

la douleur

Guide d'un réseau pluridisciplinaire

VILLE
lutter **contre**
la **douleur**
HÔPITAL

*En hommage
à François Boureau*

RÉDACTION

COORDINATEURS

Esther Soyeux, médecin généraliste, orientation douleur, coordinateur du Réseau Lutter contre la douleur (LCD), Paris.

Françoise Laroche, rhumatologue, Centre d'évaluation et de traitement de la douleur, hôpital Saint-Antoine, coordinateur adjoint du Réseau LCD, Paris.

AUTEURS

Valérie Bellamy, gériatre, équipe mobile gériatrique hôpital Saint-Antoine, consultation douleur du sujet âgé, hôpital Rothschild, Paris.

Véronique Blanchet, médecin généraliste, orientation douleur et soins palliatifs, Vice-présidente de la Société Française d'Accompagnement et de Soins palliatifs (SFAP), Paris.

Ida Cohen-Pariente, psychologue clinicienne, Paris.

Jean-Baptiste Fassier, médecin généraliste, coordination de la mission socioprofessionnelle du Réseau LCD, Paris.

François Hirszowski, médecin généraliste, orientation douleur et soins palliatifs, Paris.

Françoise Laroche, rhumatologue, Centre d'évaluation et de traitement de la douleur, hôpital Saint-Antoine, coordinateur adjoint du Réseau LCD, Paris.

Gaëlle Lenclud, médecin généraliste, orientation douleur et soins palliatifs, Centre d'évaluation et de traitement de la douleur, hôpital Saint-Antoine, Paris.

Michel Morel-Fatio, médecin rééducateur, Unité d'évaluation et de réadaptation de la douleur – Centre de médecine physique et de réadaptation, Coubert, Seine-et-Marne.

Sylvie Rostaing-Rigattieri, anesthésiste réanimateur, responsable du Centre d'évaluation et de traitement de la douleur, hôpital Saint-Antoine, Paris.

Patrick Sichère, rhumatologue libéral (Paris) et hospitalier, Président du Comité de lutte contre la douleur (CLUD) des hôpitaux de Saint-Denis (93).

Esther Soyeux, médecin généraliste, orientation douleur, coordinateur du Réseau LCD, Paris.

Barbara Tourniaire, pédiatre, Unité Fonctionnelle d'Analgésie Pédiatrique, Centre de la migraine, hôpital Trousseau, Paris.

RELECTEURS

Bich Dang Vu, médecin généraliste, orientation douleur et soins palliatifs, Centre d'évaluation et de traitement de la douleur, hôpital Saint-Antoine, Paris.

Serge Perrot, rhumatologue, service de médecine interne et consultation douleur de l'Hôtel-Dieu, Paris.

Sylvie Rostaing-Rigattieri, anesthésiste réanimateur, responsable du Centre d'évaluation et de traitement de la douleur, hôpital Saint-Antoine, Paris.



© Brain Storming SAS

Directeur des publications : Pierric Couturier
122, avenue du Général Leclerc – 75014 Paris

PRÉFACE

LES patients qui présentent des douleurs chroniques rebelles ayant mis en échec l'ensemble des thérapeutiques proposées nécessitent une prise en charge pluridisciplinaire dans une structure spécialisée de lutte contre la douleur. La symptomatologie douloureuse est analysée de façon somatique, psychologique et sociale. Une évaluation pluridimensionnelle est proposée en évaluant les mécanismes en cause, les facteurs de survenue de la douleur et de sa chronicisation (facteurs favorisants, entretenants...).

La plainte douloureuse du patient demande à être entendue mais aussi décodée en recherchant les enjeux qu'elle peut présenter pour le patient lui-même dans son contexte de vie (familial, social, professionnel). Il faut apporter des réponses à la question principale : « Quelle est la plainte du patient ? ». Il faut entendre la plainte mais également comprendre la demande réaliste ou celle qui est exprimée. Il faut donc évaluer les différentes composantes biopsychosociales de la douleur (réévaluation du diagnostic somatique, dimension psychologique et sociale, analyse des examens complémentaires, thérapeutiques antérieures). Cette évaluation est concrétisée par un projet thérapeutique en fixant à la « carte », au cas par cas, un contrat d'objectifs et de moyens permettant d'envisager des résultats réalistes, adaptés à la pathologie et au comportement du patient.

Cette synthèse pluridisciplinaire nécessite la mobilisation de l'ensemble de l'équipe qui prend en charge le patient. Cette prise en charge, autour d'un programme thérapeutique consensuel, ne peut se faire qu'en collaboration étroite avec les différents acteurs de santé (médecin traitant, de spécialité, psychologues, kinésithérapeutes, etc.) afin d'éviter la polymédication, le nomadisme médical et de privilégier le renforcement de la confiance du malade envers son médecin traitant. Ce travail se fait également en coopération avec les organismes sociaux et de médecine du travail (réinsertion du patient, dossiers d'indemnisation). Pour que cette démarche médicale spécifique ait un sens et qu'elle puisse déboucher sur une amélioration de la qualité de vie du patient, il est fondamental que celui-ci abandonne un rôle passif. Il doit se prendre en charge, accepter les répercussions de sa douleur, notamment psychologiques, et participer au traitement. De son côté, le médecin doit dépasser son rôle curatif. Le traitement est principalement réadaptatif ; il convient d'évaluer l'efficacité du traitement non seulement sur la douleur, mais aussi sur les modifications comportementales du patient.

La mise en œuvre de ce type de prise en charge et de programme thérapeutique est confrontée à la réalité quotidienne de la médecine de ville, car elle nécessite du temps, ainsi qu'à celle de la médecine hospitalière dont les structures de prise en charge de la douleur sont saturées. Il est fondamental et néces-

saire de proposer des soins coordonnés entre la ville et l'hôpital comme le précise l'ordonnance relative à la maîtrise médicalisée qui incite à la création de réseaux de soins : « ...Mise en place d'un ensemble de moyens humains et matériels organisés dans une aire géographique donnée afin d'atteindre les objectifs communs : coordonnées de suivi des pathologies avérées complexes ou suivi d'une population ».

Par définition, le travail en réseau a pour objectifs d'améliorer la qualité de la prise en charge de la douleur par une prise en charge multidisciplinaire cohérente et souple, d'assurer une meilleure orientation du patient, de faciliter l'accès aux structures de prise en charge de la douleur, de faciliter l'information du patient, de permettre la continuité et la délivrance des soins de proximité de qualité, de favoriser la coordination des soins et de rompre l'isolement des professionnels en permettant la communication entre tous.

Comme le fait le Réseau Lutter Contre la Douleur (LCD), il est nécessaire d'établir un réseau de correspondants formés et opérationnels afin de créer un véritable maillage sur la région Paris-Île-de-France. Les intervenants, par définition, doivent venir de plusieurs établissements de santé (hôpitaux, cliniques, centres de lutte contre le cancer [CLCC], médecins spécialistes ou généralistes, infirmières, kinésithérapeutes, psychologues...). Cette structure en réseau doit répondre à la nécessité pour le patient d'avoir des soins de qualité mais elle doit répondre également à d'autres objectifs. Elle nécessite de la continuité, de la sécurité, de la proximité en tenant compte des contraintes économiques et des pertinences locales et régionales, mais elle doit également, pour les cas difficiles, réunir les différents intervenants et permettre des espaces de discussion, d'information, de coordination et de formation.

Ce sont sur ces bases et sur la définition de cette « feuille de route » que l'équipe du Réseau Ville-Hôpital Lutter Contre la Douleur Paris-Île-de-France propose cet ouvrage d'une qualité rare qui permet de guider le lecteur au fil des pages vers la pratique pluridimensionnelle.

Alain SERRIE

*Président de la Société Française d'Étude et de Traitement de la Douleur (SFETD)
et responsable de la Fédération de médecine de la douleur et de médecine palliative –
Équipe mobile de soins palliatifs de l'hôpital Lariboisière, Paris*

LE MOT DE LA PRÉSIDENTE

EN 1994, François Boureau proposa à un collectif de médecins généralistes et hospitaliers (Jean Brami, Jean-François Doubrère et Mai Luu) de travailler ensemble à l'élaboration de l'association Ville-Hôpital Lutter Contre la Douleur. Il sollicita également ma participation et nous avons élaboré ce beau projet qui est devenu au fil des années le Réseau LCD-Paris.

Je tiens ici à lui rendre hommage.

François Boureau avait déjà mesuré la nécessité de s'organiser en réseau pour la prise en charge des patients douloureux chroniques. Il était toujours bouillonnant d'idées, très avant-gardiste et j'avoue qu'à l'époque je n'imaginai pas le développement que prendrait cette initiative.

Si je reprends l'historique c'est surtout pour souligner que les objectifs du Réseau lui sont restés fidèles.

En 1995, naissait l'Association Ville-Hôpital Lutter Contre la Douleur (AVHLCD). Dans ses statuts, le nom Réseau était déjà évoqué.

L'article 2 explique les objectifs de l'association et il me tient à cœur de le rappeler ici :

« Cette association pluridisciplinaire a pour objet de favoriser toute action visant :

- l'amélioration de la prise en charge de la douleur et le développement des soins palliatifs grâce à la constitution d'un réseau coordonné de professionnels de santé exerçant en libéral et à l'hôpital ;
- le développement des méthodes d'étude de la douleur et ses traitements ;
- l'enseignement et la diffusion de toutes notions concernant l'évaluation de la douleur et ses traitements ».

Cette collaboration s'est au départ composée de réunions mensuelles de discussions de dossiers et de formations (celles-ci continuent d'exister !) et de la création d'une assistance téléphonique d'aide aux médecins généralistes (algorithme). D'autres médecins formés à la douleur sont venus nous rejoindre et nous aider puis d'autres disciplines et d'autres acteurs de santé (psychiatres, psychologues, pharmaciens, gériatres, médecins de l'Hospitalisation à Domicile (HAD), neurologues, rhumatologues et j'en oublie...) nous ont rejoints.

Très vite, notre association a mis en évidence la nécessité de créer des liens entre les différents professionnels de santé autour du patient grâce à la coordination et aux supports qu'offrait le Réseau.

Une enquête, par le biais du travail de thèse réalisé par notre future coordinatrice, Esther Soyeux, a permis de confirmer la nécessité de cette transformation. Au départ, il y avait peu de membres mais aujourd'hui grâce au Réseau, j'observe

LA DOULEUR

GUIDE D'UN RÉSEAU PLURIDISCIPLINAIRE

chaque année l'augmentation du nombre d'adhérents et la diversité des professionnels de santé qui travaillent de concert avec un regard pluridisciplinaire.

Le Réseau est à l'image de la prise en charge de la douleur chronique : il est multidisciplinaire. Il permet la communication entre nous, il fait le lien.

Les fondements mêmes du Réseau, c'est-à-dire la collaboration entre l'hôpital et la ville, sont donc en phase avec les demandes actuelles des tutelles.

En ce qui concerne l'enseignement, la diffusion de toutes notions concernant l'évaluation de la douleur, notre Réseau a beaucoup œuvré dans ce sens grâce aux formations apportées à tous les professionnels de santé et par la diffusion de brochures d'information pour les patients (mal de dos, migraines, douleur de l'enfant, de la personne âgée, douleurs neurogènes et fibromyalgie) actuellement en ligne sur le site du Réseau.

Très tôt, François Boureau nous a impliqués dans la formation et nous a transmis les outils nécessaires.

Nos étudiants en médecine générale en cours de stage chez le praticien sont sensibilisés à la « culture du travail en réseau » et au problème de la douleur.

Je compare notre réseau actuel à une véritable « ruche » de professionnels de santé au service de la prise en charge du patient douloureux chronique.

En tant que médecin généraliste et présidente du Réseau, je mesure tous les jours ses enjeux et l'aide concrète qu'apportent cette structuration et cette coordination de soins au patient et à moi-même.

Je suis d'ailleurs une des premières à solliciter mes collègues pour discuter des dossiers difficiles en réunion, à demander une consultation d'orientation à la coordination médicale ou à assister aux formations thématiques organisées par le Réseau.

Marie-Josée PRUNIÈRES-THÉVENOT

*Médecin généraliste, orientation douleur et soins palliatifs,
présidente du Réseau LCD-Paris*

SOMMAIRE

NOTRE RÉSEAU CONTRE LA DOULEUR

Esther Soyeux, Françoise Laroche

■ Notre histoire	9
■ Quels objectifs pour le Réseau ?	9
■ Qui coordonne le Réseau ?	10
■ Que proposons-nous aux professionnels de santé ?	10
■ Comment intégrer le patient dans le Réseau ?	14
■ Comment intégrer les professionnels de santé dans le Réseau ?	14
■ Nos outils de communication	15
■ Nos partenaires hospitaliers	15
■ Comment est évalué le Réseau ?	17
■ Quelques exemples de travail avec nos correspondants	18

LES DOULEURS VUES DANS LE RÉSEAU

■ Lombalgie commune	20
<i>Jean-Baptiste Fassier, Michel Morel-Fatio, Françoise Laroche</i>	
■ Syndrome myofascial et fibromyalgie	25
<i>Patrick Sichère, Françoise Laroche</i>	
■ Douleur cancéreuse	32
<i>Sylvie Rostaing-Rigattieri</i>	
■ Douleur de la personne âgée	38
<i>Valérie Bellamy</i>	
■ Migraine et céphalées chroniques par abus médicamenteux	44
<i>Véronique Blanchet, Gaëlle Lenclud, Esther Soyeux</i>	
■ Migraine de l'enfant	51
<i>Francine Hirszowski, Barbara Tourniaire, Esther Soyeux</i>	

SOMMAIRE

APPROCHES THÉRAPEUTIQUES PROPOSÉES PAR LE RÉSEAU

Esther Soyeux, Françoise Laroche

■ Traitements médicamenteux	55
■ Traitements non médicamenteux	57

NOS PROJETS D'AVENIR

Esther Soyeux, Françoise Laroche, Jean-Baptiste Fassier

■ Enquête sur la douleur cancéreuse	68
■ Approche médico-socioprofessionnelle de la lombalgie chronique	68
■ Projet de consultation d'orientation médico-sociale des patients douloureux chroniques	71
■ Développement des partenariats hospitaliers	71

NOTRE SITE

Esther Soyeux, Françoise Laroche

■ Espace public	72
■ Espace privé et sécurisé (professionnels de Santé)	73

SITES UTILES	75
---------------------------	-----------

ANNEXES	77
----------------------	-----------

Notre réseau contre la douleur

Esther Soyeux, Françoise Laroche

Notre histoire

Le Réseau Lutter Contre la Douleur- Paris est un réseau Ville-Hôpital pour la prise en charge des patients douloureux chroniques. Il a été conçu à l'initiative de François Boureau (aujourd'hui décédé) qui était alors responsable du Centre de traitement et d'évaluation de la douleur (CETD) de l'hôpital Saint-Antoine, de Marie-Josée Prunières Thévenot et de Jean Brami, médecins de ville, de Mai Luu et de Jean-François Doubrère, médecins hospitaliers. Tous ressentent les mêmes difficultés pour « communiquer et parler le même langage ». En effet, ils voulaient modifier les relations entre les médecins et ainsi améliorer la pratique clinique. L'idée était donc de rendre effectif le lien entre la ville et l'hôpital en termes de prise en charge de la douleur.

Une association est née de ces réflexions et permet, depuis, de formaliser la coordination des soins, la formation et l'information des professionnels. Cette association, déclarée loi 1901, a été constituée en avril 1995. En 1997, Francine Hirszowski, médecin généraliste, intègre le CETD de l'hôpital Saint-Antoine et coordonne les relations Ville-Hôpital. En 2000, Esther Soyeux, encore interne au CETD de l'hôpital Saint-Antoine, enquête auprès de médecins généralistes afin de vérifier que les actions menées par le Réseau LCD répondent à leurs besoins. Les résultats de cette enquête, traités dans son rapport de thèse, sont très utiles pour élaborer le dossier de demande de financement.

Ainsi, en mai 2003, une Convention avec le Fonds d'Aide à la Qualité des Soins de Ville (FAQSV) est signée. Un médecin et une secrétaire temps plein coordonnent alors le Réseau et les membres sont de plus en plus nombreux.

Le financement est prolongé en octobre 2005, par la Dotation Régionale de Développement des Réseaux (DRDR) pour 18 mois, permet le recrutement d'un second médecin coordinateur en vue de multiplier les partenariats.

À ce jour, le Réseau compte une centaine de membres.

Quels objectifs pour le Réseau ?

Les objectifs du Réseau LCD-Paris sont de promouvoir la qualité des soins, en facilitant un accès rapide au traitement, de permettre une prise en charge globale et pluridisciplinaire, d'assurer la continuité et la coordination des soins entre la ville et l'hôpital, d'organiser la formation

des professionnels de santé et de faciliter l'éducation des patients, en optimisant les coûts. En pratique, le Réseau privilégie une prise en charge précoce et concertée de tous les professionnels de santé afin d'éviter le nomadisme médical et l'évolution vers la chronicité avec ses conséquences en termes d'incapacité et de retentissement professionnel.

- En 2006, nos confrères généralistes et spécialistes attendent des aides ponctuelles au travers d'avis téléphoniques et d'avis spécialisés dans des délais rapides. En outre, ils portent beaucoup d'intérêt aux réunions de formation.
- Les membres du Réseau LCD-Paris déclarent qu'ils éprouvent désormais moins de difficultés dans leur pratique quotidienne (céphalées, organisation des fins de vie à domicile et maniement des analgésiques).

Qui coordonne le Réseau ?

La coordination médicale (un médecin généraliste à temps plein, un rhumatologue à mi-temps et un médecin généraliste à mi-temps) et administrative (une assistante à plein temps, une secrétaire stagiaire à 60 %) met en place les outils ci-dessous.

Les médecins ont une formation douleur (Capacité de médecine – Évaluation et traitement de la douleur) et chacun d'entre eux a une spécificité au sein du réseau : soins palliatifs, médecine du travail, thérapie comportementale et cognitive, céphalée.

Que proposons-nous aux professionnels de santé ?

Mise à disposition d'un dossier médical partagé (DMP)

Le DMP qui figure sur le site Internet du Réseau permet de saisir les dossiers d'inclusion des patients (**annexe I**). Ce dossier possède un accès sécurisé. Il est utilisé par les professionnels de santé et par la coordination. C'est le patient qui autorise l'accès et qui est lui-même détenteur de son numéro de dossier (conformément aux exigences de la Commission Nationale Informatique et Libertés [CNIL]).

Accès facilité aux traitements de la douleur

La coordination est informée en temps réel des inclusions de patients et des demandes de soins des professionnels du Réseau par le biais du site sécurisé. Elle oriente les demandes dans des délais rapides (10-15 jours). Les dossiers pour lesquels une discussion collégiale est prévue sont programmés à la réunion de dossiers suivante (réunions mensuelles). Le dossier peut aussi être discuté auprès de l'équipe du Centre de la douleur de l'Hôpital Saint-Antoine (réunions quotidiennes).

Les moyens permettant l'amélioration et la rapidité des soins sont résumés en **annexe 2**.

Accès facilité à d'autres réseaux (soins palliatifs, prévention main, gériatrie, etc.) et à l'hospitalisation à domicile

Le Réseau met en place des partenariats avec d'autres réseaux afin de faciliter la coordination des soins et la mutualisation des moyens.

Aide aux démarches administratives

Le Réseau facilite l'organisation de la prise de rendez-vous médicaux, de l'orientation et l'hospitalisation des patients dans les services appropriés.

Formation des professionnels

Pour les adhérents au Réseau

Pour les professionnels déjà adhérents au Réseau, nous organisons des réunions de formation thématiques, en soirée, suivies par une quarantaine de participants environ (médecins, kinésithérapeutes, pharmaciens, psychologues, etc.). Celles-ci sont animées par des intervenants spécialisés.

En 2005-2006, les thèmes choisis ont porté sur la neurostimulation transcutanée (TENS), la prise en charge de la lombalgie chronique, l'optimisation de la relation entre le médecin et le patient douloureux chronique, la douleur cancéreuse, les indications, modalités et apprentissage de la relaxation, les thérapies comportementales et cognitives de la fibromyalgie...

Pour les médecins généralistes intégrant le Réseau, une formation dite « de sensibilisation »

Nous organisons chaque année, une série de quatre soirées de formation de 2h30, à 1 mois d'intervalle, dites « de sensibilisation à la prise en charge de la douleur » destinée aux médecins généralistes.

Les thèmes abordés sont :

- les différents types de douleur, l'évaluation de la douleur et les bases de la prise en charge ;
- la douleur cancéreuse, le maniement des morphiniques ;
- la gestion des cas difficiles, la lombalgie chronique, la fibromyalgie ;
- les migraines et céphalées.

Pour les kinésithérapeutes intégrant le Réseau, une formation dite de « sensibilisation »

Comme pour les médecins, une série de quatre soirées de formation de 2 h 30, à 1 mois d'intervalle, dites « de sensibilisation à la prise en charge de la douleur » destinée aux kinésithérapeutes, est mise en place.

Ces formations sont organisées par un rhumatologue, un kinésithérapeute-ergonome et une psychologue, animateurs de groupes thérapeutiques de patients.

Les thèmes abordés sont :

- la lombalgie chronique ;
- la fibromyalgie ;
- les cas difficiles pour les kinésithérapeutes en ville ;
- des discussions à propos d'un film en centre de rééducation.

Réunions mensuelles de discussion de dossiers

Ces réunions attirent les professionnels de façon ponctuelle lorsqu'ils ont un cas à soumettre. Le nombre de participants est d'environ 25 personnes. Les patients dont le cas est discuté ne sont pas obligatoirement inclus dans le Réseau. Les réunions ont lieu de 12h30 à 14h00 un vendredi par mois. Cet espace convivial permet à chacun de s'exprimer aisément.

Il incite les professionnels de santé (médecins, kinésithérapeutes, psychologues...) à discuter en équipe afin d'avoir un mode de raisonnement commun. Nous faisons régulièrement le point sur

Bibliographie professionnelle

- Laroche F, Coutaux A. *Et si c'était votre patient ? Mieux communiquer avec votre patient douloureux*. Paris : Éditions scientifiques L&C ; 2006.
- Soyeux E. *Contribution à la mise en place d'un Réseau Ville-Hôpital pour la prise en charge des patients douloureux chroniques*. Thèse de médecine, janvier 2002.

Documents pour les patients

- Blanchet V, Boureau F. *Douleurs neurogènes et fibromyalgie*. Paris : Éditions scientifiques L&C ; 2001 (en ligne sur le site).
- Hirszowski F, Boureau F. *Mieux vivre avec une douleur : la douleur chez l'enfant*. Paris : Éditions scientifiques L&C ; 2004 (en ligne sur le site).
- Jean A, Boureau F. *Mieux vivre avec une douleur. Prévenir les effets de l'âge*. Paris : Éditions scientifiques L&C, Paris ; 2000 (en ligne sur le site).
- Koskas-Sergent AS, Boureau F. *La migraine, ce qu'il faut savoir pour mieux la gérer*. Paris : Éditions scientifiques L&C ; 1999.
- Laroche F, Boureau F. *Mieux vivre avec une douleur : l'arthrose*. Paris : Éditions scientifiques L&C ; 2006.
- Thévenot MJ, Boureau F. *Mieux vivre avec une douleur : soulager le mal de dos*. Paris : Éditions scientifiques L&C ; 1998 (en ligne sur le site).

Supports multimédias

- Boureau F, Soyeux E. *Comprendre la douleur rebelle*. Film à télécharger sur le site.
- *Mieux vivre avec une douleur*. Exercices de relaxation. CD à télécharger sur le site.

la douleur liée aux soins et la lombalgie (<http://www.lcd-formation.com>).

Des formations spécifiques pour les infirmières et psychologues seront aussi organisées.

Éducation des patients

Des documents d'éducation du patient, CD de relaxation (pour adultes et enfants) sont proposés aux professionnels de santé lors des formations. Ils sont en ligne sur le site du Réseau (espace public). Les patients peuvent ainsi les télécharger.

Dédommagements des professionnels de santé

Dédommagements des formations

L'indemnisation des participants est de 40 €/h pour les réunions de formations. Depuis le financement par la Dotation Régionale de Développement des Réseaux (DRDR), un formateur et un médecin coordinateur animent ces soirées de formations.

de nombreux patients inclus qui posent des difficultés aux médecins de ville. Certains ont été vus au CETD de l'hôpital Saint-Antoine. L'échange direct avec les personnels hospitaliers est très riche d'enseignements pour les professionnels de ville.

Des dossiers cliniques peuvent être discutés sans que le médecin référent soit présent, grâce au DMP. Une mise au point d'actualité est effectuée régulièrement (recommandations internationales sur la prise en charge de la douleur; nouveautés pharmaceutiques...).

Grâce à ces formations personnalisées, le Réseau élargit le nombre de ses correspondants. Ces rencontres permettent de futures collaborations.

Des documents pédagogiques (brochures ou protocoles de soins) sont remis systématiquement à ces différentes formations.

Site d'autoformation pour les professionnels paramédicaux (Formadirect)

Conçue avec un spécialiste de l'autoformation en établissements de santé, la coordination médicale a rédigé des modules de formation pour les personnels paramédicaux, disponibles en ligne. Les thèmes abordés sont la douleur cancéreuse, la douleur de la personne âgée, la douleur postopératoire, les syndromes myofasciaux – la fibromyalgie,

Des formations dans un centre de la douleur sont dédommagées à la hauteur de 40 €/h pour tout type de professionnel, quel que soit le lieu de formation (professionnels assistant à des consultations, à des groupes thérapeutiques ou à des séances de relaxation) en ville ou à l'hôpital.

Dédommagements du Dossier Médical Partagé

La saisie du dossier est dédommagée 20 € (dossier d'inclusion et dossiers de suivi).

Rémunérations spécifiques pour les psychologues

Une prise en charge psychologique en ville peut être nécessaire pour un apprentissage de la relaxation, une psychothérapie cognitivo-comportementale, une psychothérapie de soutien ou d'amorce.

Des groupes de relaxation : migraines-enfants, polyopathologies (migraine, douleur myofasciale, fibromyalgie...) et vulvodynies sont aussi prises en charge dans le cadre des rémunérations spécifiques. Ces groupes sont animés par un médecin ou par un psychologue.

Dix séances annuelles sont proposées et dédommagées directement par le Réseau. La coordination médicale valide chaque indication au préalable. Un contrat patient-psychologue-coordination médicale est signé par les trois intervenants. Un dossier de suivi est saisi au terme des dix séances.

Rémunérations spécifiques pour les kinésithérapeutes

La rééducation des patients douloureux nécessite un travail actif et long pour le kinésithérapeute. Celui-ci est détaillé dans le contrat patient/kinésithérapeute/médecin (**annexe 3**). Des rémunérations spécifiques sont en cours de discussion auprès de la Caisse Primaire d'Assurance Maladie (CPAM) de Paris.

Rémunérations spécifiques pour les médecins

Le patient souffrant de douleur rebelle et persistante rapporte souvent une longue histoire de consultations, d'examen et de traitements. L'entretien initial a valeur d'évaluation et demande du temps (au moins 1 heure).

Lors d'une consultation-douleur, dans le cadre du Réseau, il est demandé aux médecins d'utiliser les outils d'évaluation suivants :

- grille d'entretien semi-structuré de l'Agence Nationale d'Accréditation et d'Évaluation en Santé (ANAES) (**annexe 4**) ;
- outils ANAES : « Évaluation et suivi de la douleur chronique chez l'adulte en médecine ambulatoire » (www.anaes.fr; rubrique « Publications ») :
 - échelles d'évaluation de l'intensité de la douleur ;
 - l'évaluation du mécanisme de la douleur ;
 - l'évaluation du retentissement de la douleur ;
- examen clinique ;
- évaluation du traitement.

Une demande de rémunérations spécifiques est en cours de discussion auprès de la CPAM de Paris.

Avenir des rémunérations spécifiques

Des discussions sont en cours avec les organismes financeurs afin d'obtenir, pour les médecins et les kinésithérapeutes, des rémunérations spécifiques à hauteur des compétences et du temps passé. Nous espérons vivement finaliser ces demandes auprès de la CPAM de Paris. Celles-ci sont difficiles à obtenir du fait de la nomenclature des actes qui existe déjà pour ces professionnels de santé.

Comment intégrer le patient dans le Réseau ?

Quels patients ?

Le Réseau a pour mission de prendre en charge les patients douloureux chroniques cancéreux ou non. La zone géographique considérée se limite à Paris. Cependant, les patients impliqués dans le fonctionnement du Réseau, de même que les membres de l'association LCD représentent une aire géographique beaucoup plus large.

Quel parcours ?

Les patients suivent un parcours concerté entre les différents professionnels et la coordination (*cf. exemples infra*). Un e-mail d'information de la saisie d'un nouveau dossier médical partagé (DMP) est reçu par l'équipe. Celle-ci oriente le patient en fonction de la demande ou reçoit le patient en consultation d'orientation. Ce système permet de garder les données confidentielles et de travailler très rapidement.

Les médecins n'ayant pas encore accès au site Internet adressent leur demande soit par courrier, soit par fax.

De quelle façon ?

L'adhésion au Réseau de santé LCD par le patient est gratuite. Conformément aux textes législatifs, le patient reste libre quant au choix de son (ou ses) professionnel(s) de santé. Cette adhésion est matérialisée par la signature d'une fiche d'adhésion (en ligne sur le site www.reseau-lcd.org, Espace public) par laquelle le patient :

- accepte la constitution d'un dossier médical partagé (DMP) par le Réseau LCD dans le cadre du suivi assuré par le Réseau ;
- adhère à l'objectif du Réseau et s'engage à respecter ses modalités de fonctionnement ;
- s'engage à suivre les recommandations formulées par les médecins membres du Réseau ;
- s'engage, dans le cadre du traitement de sa douleur, à ne consulter des médecins spécialistes qu'après concertation avec son médecin habituel ;
- accepte de participer à l'évaluation du Réseau et notamment de répondre aux questionnaires qui lui sont adressés, sachant que ces derniers sont anonymes.

Comment intégrer les professionnels de santé dans le Réseau ?

Quels professionnels ?

Tout professionnel de santé (médecin, kinésithérapeute, pharmacien, psychologue, infirmier...) peut adhérer au Réseau. Il est fortement recommandé d'avoir une formation à la douleur

NOTRE
RÉSEAU CONTRE
LA DOULEUR

ou d'accepter de suivre le programme de « sensibilisation » à la douleur, proposé chaque année par le Réseau.

De quelle façon ?

Les professionnels de santé qui souhaitent participer au Réseau, sont parrainés par deux membres. Les demandes sont soumises au Comité Médical qui compte dix membres actifs du Réseau.

Quelles charges ?

Les professionnels de santé s'engagent, pour intégrer le dispositif, à signer la charte du Réseau (en ligne sur le site www.reseau-lcd.org, Espace public), à être actifs dans la prise en charge des patients et à assister régulièrement aux formations du Réseau.

Nos outils de communication

Site Internet

C'est un outil de communication capital pour le Réseau : www.reseau-lcd.org. On y trouve un espace grand public et un accès réservé aux membres du Réseau permettant de saisir le dossier médical partagé. Les protocoles rédigés par le Réseau, les documents de références et les liens sont mis à jour régulièrement ainsi que l'annuaire du réseau. Une page de liens permet d'avoir accès à des sites de référence.

Un web mail, e-mail sécurisé, permettant des échanges de données-patients, est disponible. L'arrivée d'un courrier sur le site du Réseau est notifiée à la coordination du Réseau à son adresse électronique usuelle.

Protocoles communs de prise en charge de la douleur en ligne

Nous avons établi une cinquantaine de protocoles de soins et de documents de référence, validés par les membres du Comité Médical et mis à jour régulièrement. Ils sont disponibles sur le site Internet (www.reseau-lcd.org, rubrique « Adhérents »).

Répertoire et adresses utiles

Le Réseau offre un carnet d'adresses de correspondants motivés et formés à la douleur, avec des compétences spécifiques (relaxation, thérapie de soutien, réentraînement à l'effort, vulvodynie, urodynamique, etc.). Chaque correspondant est identifié sur l'annuaire du Réseau, en ligne sur le site.

Nos partenaires hospitaliers

Des partenariats cliniques sont en cours de finalisation, grâce à une convention entre le Réseau LCD-Paris et l'Assistance Publique des Hôpitaux de Paris (AP-HP). Chaque service hospitalier a une spécificité et un mode de collaboration avec le Réseau LCD.

Les services concernés sont les suivants :

Centre d'Évaluation et Traitement de la Douleur (CETD) de l'hôpital Saint-Antoine, Dr Rostaing Rigattieri

La collaboration entre l'hôpital Saint-Antoine et le Réseau est ancienne puisque la création du Réseau a été faite sur le site. Les activités sont multiples. De nombreux patients du Réseau bénéficient des thérapies comportementales et cognitives de la lombalgie, de la fibromyalgie, proposées par le CETD. Les avis, hospitalisations ou consultations pluridisciplinaires du CETD sont à disposition pour les patients du Réseau. De la même façon, les professionnels du CETD proposent aisément à leurs patients des correspondants en ville, travaillant avec le Réseau.

Centre de la douleur et service de rhumatologie de l'hôpital de la Pitié-Salpêtrière, Pr Bourgeois

L'objectif est de mutualiser les compétences pour la prise en charge des patients lombalgiques. Un programme commun, coordonné sur les deux sites, est en cours d'élaboration. Celui-ci associera des séances de réentraînement à l'effort à l'hôpital de la Pitié-Salpêtrière et des séances de thérapie comportementale et cognitive à l'hôpital Saint-Antoine. Une réunion de dossiers mensuelle permettra d'inclure les patients.

Les professionnels correspondants du CETD de l'hôpital de la Pitié-Salpêtrière seront formés dans le cadre des programmes de sensibilisation.

Centre de la douleur de l'hôpital Lariboisière, Dr Serrie

Un partenariat est en cours pour la prise en charge des douleurs de tout type, l'intégration et la formation des médecins de ville situés à proximité.

Unité fonctionnelle d'analgésie pédiatrique – Centre de la douleur de l'hôpital Trousseau (UFAP), Dr Annequin

L'objectif est d'améliorer la prise en charge en ville des enfants migraineux et la concertation des professionnels. Un des médecins coordinateurs du Réseau effectue une vacation clinique hebdomadaire à l'hôpital Trousseau. Ce travail de proximité favorise le rapprochement Ville-Hôpital.

Le Réseau LCD « fournit » les médecins ressources, assure les formations et le suivi des dossiers en concertation avec l'équipe de l'UFAP. Une thèse est actuellement en cours (parcours de soins et évaluation de la consommation médicale des enfants migraineux).

Centre des maladies neuromusculaires de l'hôpital Henri-Mondor, Pr Authier

L'objectif est d'orienter les patients souffrant de fibromyalgie vers des professionnels de ville de proximité formés par le Réseau.

Service de médecine interne et consultation douleur de l'Hôtel-Dieu, Dr Perrot

L'objectif est d'améliorer la prise en charge des douleurs inexplicées et de la fibromyalgie afin d'orienter au mieux, à proximité, en ville, les patients douloureux chroniques, d'hospitaliser si nécessaire les patients souffrant de céphalées chroniques quotidiennes et de former les médecins de ville correspondants de l'Hôtel-Dieu. Une hospitalisation de jour-douleur est possible et des réunions de dossiers sont organisées.

Comment est évalué le Réseau ?

Il est indispensable d'évaluer nos actions et leur impact. Cette évaluation est réalisée d'après les recommandations des financeurs (Agences Régionales d'Hospitalisation [ARH], Union Régionale des Caisses d'Assurance Maladie [URCAM]), du Comité Régional des Réseaux et de la Haute Autorité de Santé (HAS).

Que doit-on évaluer ?

Les points à évaluer sont :

- les processus et procédures mis en place pour que le réseau fonctionne, notamment pour répondre aux recommandations des partenaires financiers ;
- les processus et procédures mis en place pour déterminer la traçabilité des parcours des patients du Réseau ;
- la satisfaction des acteurs ;
- les résultats obtenus au regard des objectifs ;
- les sources d'amélioration potentielles de l'expérimentation ;
- le coût de l'expérimentation.

L'évaluation a pour but :

- de comparer les écarts observés entre les résultats obtenus et les objectifs que le Réseau s'est fixés au départ ;
- d'obtenir des données quantitatives et qualitatives permettant de rendre compte du fonctionnement du réseau, de son organisation interne, de ses processus, des flux et des échanges d'informations circulant en son sein. L'objectif est ici d'évaluer les processus organisationnels mis en place.

Une prestation d'accompagnement est nécessaire et se définit comme telle :

- conseils opérationnels, issus des données recueillies en routine dans le cadre de l'évaluation du Réseau pendant les séances de travail ;
- mise en place d'une comptabilité analytique qui permet de mettre en évidence les coûts du Réseau par grandes fonctions, de manière précise. Ces coûts peuvent être rapprochés des éventuelles économies réalisées par le Réseau ;
- assistance à la structuration du processus de remontée de données lié à la mise en place des rémunérations spécifiques pour les professionnels de santé ;
- assistance à la définition et à la mise en œuvre de la politique de communication : réflexion relative au contenu des messages, création et/ou optimisation des supports produits ;
- aide à l'élaboration des conventions de partenariat avec les tiers.

Une enquête prospective, déclarative, médicoéconomique est en cours. Son objectif est d'évaluer l'impact du Réseau sur la consommation de soins (données colligées 1 an avant l'inclusion et pendant l'année suivant l'inclusion dans le Réseau). Les domaines suivants sont évalués :

- la durée d'arrêts de travail ;
- les consultations et les consommations de médicaments ;
- les hospitalisations ;
- la gestion de la douleur par les patients ;
- la satisfaction globale des patients et des médecins adressant les patients.

Qui évalue le Réseau ?

Le Réseau est évalué en interne par des questionnaires de satisfaction après chaque formation et après la prise en charge des patients.

Une évaluation externe est effectuée par une société indépendante, financée par les tutelles. Enfin, les tutelles organisent des audits réguliers.

Quand doit-on évaluer le Réseau ?

Le Réseau rend un rapport d'activités et un bilan financier tous les six mois aux tutelles qui se réservent le droit d'effectuer deux audits annuels.

Quelques exemples de travail avec nos correspondants

Avec le médecin généraliste

Docteur M., médecin généraliste de ville, appelle la coordination médicale pour une assistance téléphonique.

Il est en consultation à domicile pour un patient de 35 ans qui souffre d'une lombocruralgie discale hyperalgique depuis 3 jours. Les douleurs sont résistantes aux traitements antalgiques de palier II associés aux anti-inflammatoires non stéroïdiens (AINS) et aux myorelaxants.

Au téléphone, le médecin d'algovigilance propose la stratégie suivante :

- aide à la prescription d'un morphinique par voie orale, en cure courte (7-10 jours) :
 - sulfate de morphine d'emblée, sous forme LP 30 mg x 2/J, avec traitement préventif systématique de la constipation et prescription d'un antiémétique (si nécessaire) ;
 - information du patient et de son entourage ;
 - réévaluation du patient sous 24-48 heures ;
- informations envoyées par courrier, mail, fax ou documents en ligne sur le site (recommandations de Limoges – traitement par morphiniques pour les douleurs rhumatologiques non cancéreuses, recommandations de l'Agence Française de Sécurité Sanitaire des Produits de Santé [AFSSAPS] « morphine et douleur non cancéreuse », aide-mémoire pour la rotation des opioïdes, ordonnances types) ;
- proposition d'une consultation d'orientation par la coordination médicale (à l'hôpital ou à domicile avec le médecin) si les douleurs persistent.

Avec le kinésithérapeute

Monsieur T., 37 ans, maçon, se plaint de lombalgie chronique sur arthrose et discopathie L4-L5 depuis 6 mois. Il est en arrêt maladie. Il ne fait plus rien et reste prostré chez lui toute la journée, sur son canapé. Pourtant, il aimait faire du vélo et sortir avec sa femme. Chaque fois qu'il reprend une activité physique, même faire les courses, il se plaint de « devoir le payer » le lendemain par une accentuation des douleurs. Il ne sait pas comment faire pour se remettre « dans le coup ».

Ce patient est reçu par l'un des médecins généralistes du Réseau qui décide entre autre de l'orienter vers l'un des kinésithérapeutes du Réseau, proche de son domicile. Celui-ci est formé au réentraînement à l'effort de la lombalgie chronique.

Pour ce faire, le médecin rédige une ordonnance et signe un contrat patient/kinésithérapeute/médecin (**annexe 3**). Il informe le patient des buts et modalités de ce type de rééducation. Celui-ci est motivé et signe lui aussi le contrat.

Avec le psychologue

Madame T., 34 ans, consulte son médecin traitant pour des cervicalgies de tension chroniques.

L'examen clinique est rassurant, ainsi que les examens complémentaires.

La patiente est très gênée dans son travail de saisie informatique et demande une aide à la gestion de la douleur et du stress que celui-ci engendre. Son médecin décide, via la coordination médicale, de proposer un travail de relaxation en ville.

Le rendez-vous est rapidement pris pour des séances avec une psychologue du Réseau dont le cabinet est proche du lieu de travail de la patiente.

Un contrat est mis en place pour la prise en charge psychologique des patients, dans le cadre des rémunérations spécifiques (10 séances dédommagées par le Réseau).

Avec le pharmacien

Un patient qui souffre de migraines invalidantes se présente régulièrement auprès d'une pharmacienne du Réseau. Il prend l'habitude de lui demander, à partir d'une ancienne ordonnance, de renouveler son traitement de crise à base de triptans. Le patient ne demande pas de remboursement de ses médicaments. Malgré les conseils de la pharmacienne, le patient ne retourne pas consulter son médecin ni un neurologue. La peur de la crise entraîne chez ce patient une consommation anticipée, abusive de médicaments et le traitement ne semble plus adapté. En effet, il ne s'agit plus de migraines vraies mais plutôt de céphalées chroniques quotidiennes par abus médicamenteux.

À l'occasion d'une réunion de dossiers, la pharmacienne décide d'évoquer ce cas préoccupant. La discussion du dossier permet de proposer des solutions que la pharmacienne pourra communiquer lors du prochain passage à la pharmacie du client. Il s'agit d'envisager un sevrage après avoir bien expliqué les raisons de ce sevrage et ses modalités. Une plaquette d'information est donnée au patient. Les coordonnées de médecins (afin de mettre en place le sevrage) et de psychologues (pour un apprentissage de la relaxation antalgique) lui sont fournies. Les médecins et psychologues choisis exercent dans le quartier du patient et sont disponibles pour le recevoir rapidement en consultation. ●

LES DOULEURS
VUES DANS
LE RÉSEAU

Les douleurs vues dans le Réseau

Lombalgie commune

Jean-Baptiste Fassier, Michel Morel-Fatio, Françoise Laroche

À propos d'un patient

Monsieur A., 43 ans, est maçon de profession. Il est père de quatre enfants (de 3 à 17 ans) et possède un niveau d'étude Bac professionnel. Il présente une surcharge pondérale (85 kg pour 1,68 m), un tabagisme en cours à 20 paquets-années et un mode de vie essentiellement sédentaire.

En faisant des heures supplémentaires sur un chantier « urgent » à la demande de son patron, M.A. a perdu l'équilibre en voulant rattraper sa truelle. Il est tombé d'une hauteur d'environ 3 m sur le dos et a été dans l'impossibilité de se relever.

Le compte rendu du bilan fait aux urgences ne montre aucune anomalie clinique particulière en dehors d'une douleur spontanée évaluée à 10/10 sur une échelle numérique et d'une contracture musculaire lombaire diffuse. Les radiographies du rachis lombaire de face et de profil sont normales. La douleur et l'examen de M.A. sont inchangés après 8 jours de traitement antalgiques de palier II et de repos à domicile.

L'entretien montre que M.A. présente plusieurs signes de détresse psychologique et un sentiment d'injustice d'avoir été blessé en faisant des heures supplémentaires. Il redoute de finir « invalide ».

Quels avantages apporte le Réseau ?

Les avantages du Réseau sont différents selon la phase d'évolution de la lombalgie commune : aiguë, subaiguë ou chronique.

À la phase aiguë (moins de 4 semaines d'évolution), le plus important est d'éliminer une lombalgie symptomatique d'une affection sous-jacente (fracture, tumeur, infection) présente dans moins de 5 % des cas. Une lombalgie symptomatique doit être suspectée devant la présence d'un ou plusieurs « drapeaux rouges » (les *red flags* des Anglo-saxons) qui sont les suivants :

- Âge d'installation de la lombalgie < 20 ans ou > 55 ans.
- Histoire de traumatisme violent récent.
- Douleur constante, progressive, non mécanique (non soulagée par le repos au lit).
- Douleur thoracique.
- Antécédents médicaux de tumeur maligne.
- Prise prolongée de corticoïdes.

- Utilisation de drogues intraveineuses, immunodépression, VIH.
- Altération de l'état général.
- Perte de poids inexplicable.
- Signes neurologiques diffus (y compris un syndrome de la queue de cheval).
- Déformation structurelle.
- Fièvre.

Cette démarche de triage diagnostique permet dans plus de 95 % des cas de porter le diagnostic de lombalgie commune qui est un diagnostic d'élimination. À ce stade et en cas de doute diagnostique du médecin traitant, le Réseau peut fournir à sa demande un avis spécialisé de la part d'un médecin spécialiste de l'appareil locomoteur pour affirmer le diagnostic de lombalgie commune ou orienter les investigations vers une autre pathologie.

À la **phase subaiguë** (4 à 12 semaines d'évolution), le travail en réseau de correspondants permet de proposer une stratégie rapide et adaptée. En effet, il est important d'intégrer précocement les dimensions médicale, psychologique, sociale et professionnelle de la douleur, et d'identifier les facteurs de risque de chronicité. L'objectif le plus important dans la lombalgie commune est la prévention de la douleur chronique rebelle.

Les facteurs psychosociaux identifiés à ce jour sont :

- la conviction que la douleur et/ou que les activités sont nuisibles ;
- des comportements de maladie (attitudes démonstratrices de douleur : mimiques faciales, boiteries, utilisation d'une canne, etc.) ;
- des comportements inappropriés d'évitement (arrêt de toute activité physique, de loisirs, de travail) ;
- une humeur triste ou négative, un retrait des activités sociales ;
- un problème de litige (notamment avec l'employeur et/ou avec la Sécurité sociale) ;
- des antécédents de lombalgie, d'absentéisme au travail ;
- des conflits et/ou une faible satisfaction au travail ;
- un travail « lourd » (physiquement exigeant) ;
- des horaires de travail incompatibles avec une vie sociale (travail de nuit, rotations...) ;
- une absence de support familial, ou au contraire une famille excessivement protectrice.

À la **phase chronique** (plus de 12 semaines d'évolution), la lombalgie commune se caractérise comme une douleur chronique rebelle aux traitements entrepris jusqu'alors. Le Réseau peut proposer et organiser à ce stade une consultation pluridisciplinaire, rassemblant autour du patient et avec son accord les différents professionnels éventuellement concernés : médecin traitant, rhumatologue et/ou rééducateur fonctionnel, psychologue et/ou psychiatre, etc. Cette consultation a pour objectifs de faire le point avec le patient sur son parcours de soins et d'établir un plan de traitement partagé, orienté vers des buts réadaptatifs et non pas curatifs (voir Figure 1 p. 22).

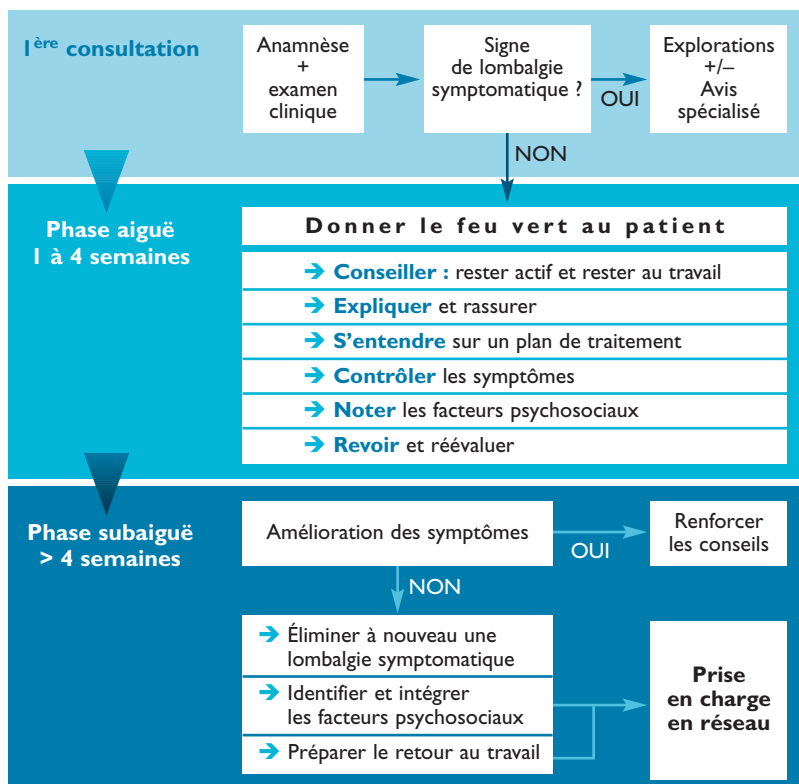
La figure 1 représente de façon schématique les recommandations pour la prise en charge des lombalgies à la phase aiguë et subaiguë.

Comment évaluer, dans le Réseau, les facteurs psychologiques et professionnels ?

Cette évaluation nécessite du temps (1 heure minimum) et des compétences spécifiques dans les domaines suivants : psychologie de la douleur, connaissance du milieu et des exigences de travail, éventuellement les droits des accidentés du travail et des maladies professionnelles.

LES DOULEURS
VUES DANS
LE RÉSEAU

Figure 1. Recommandations pour la prise en charge d'un épisode de lombalgie aux stades aiguë et subaiguë (Traduit et adapté de : New Zealand Acute Low Back Pain Guide, 2004, Accident Compensation Corporation and the New Zealand Guidelines Group :Wellington)



Le travail en réseau avec différents professionnels de santé regroupant les compétences précédentes et disposant du temps nécessaire constitue l'une des réponses les plus adéquates pour l'évaluation et la prise en charge de ces facteurs psychologiques, sociaux et professionnels.

Comment évaluer l'aptitude d'un patient lombalgique à reprendre son travail ? Comment le Réseau peut-il faciliter la reprise ?

Dans le cadre de la lombalgie commune à la phase aiguë ou subaiguë, l'activité professionnelle n'est pas contre-indiquée tout comme les autres activités physiques. Les recommandations de la Société Française de Rhumatologie en 2000 sur l'activité professionnelle sont les suivantes :

- si la charge physique de travail est similaire aux activités personnelles, la reprise du travail doit être la plus précoce possible ;
- si une adaptation professionnelle est jugée nécessaire, un contact avec le médecin du travail doit être pris 1 mois avant la reprise effective ;
- en cas d'inadaptation physique définitive au poste de travail après 2 ou 3 mois de traitement, le reclassement professionnel doit être mis en route.

Il arrive que la question de la reprise du travail ou de la prolongation de l'arrêt de travail soit un casse-tête et/ou un véritable cas de conscience. Dans ces situations, le médecin généraliste ou spécialiste ne possède que très rarement l'ensemble des informations nécessaires à la prise de décision. Ces informations sont habituellement réparties par ailleurs auprès du médecin du travail et du médecin conseil de la Sécurité sociale.

Lorsque la reprise du travail peut être élaborée en concertation entre les différents acteurs (patient, médecin traitant, médecin du travail, employeur, médecin conseil, autres professionnels de santé impliqués), celle-ci peut être considérée comme faisant partie intégrante de la prise en charge d'un épisode de lombalgie. Il s'agit du « retour thérapeutique au travail » dont l'efficacité a été démontrée par une équipe canadienne.

Ce type de prise en charge associant les professionnels de santé, l'Assurance-maladie et les entreprises est encore peu structurée en France. Le Réseau a pour objectif de développer des modalités similaires de collaboration intersectorielle au service des patients présentant des lombalgies difficiles.

Comment gérer la reprise d'activités dans le cadre du Réseau ?

Dans la lombalgie commune, les activités ne sont pas contre-indiquées, elles sont au contraire encouragées. Il s'agit autant des activités de la vie quotidienne que des activités de loisirs et des activités professionnelles. La prescription d'un arrêt de travail dans le cadre d'une lombalgie commune doit être exceptionnelle, de courte durée et son bénéfice soigneusement évalué.

Cette attitude peut sembler paradoxale compte tenu de l'intensité parfois importante des douleurs, et il est souvent difficile de la faire admettre aux patients, à leur entourage voire à leur employeur. Ces réticences à encourager l'activité physique et professionnelle malgré la douleur existent également chez les professionnels de santé, ce qui rend parfois difficile une prise en charge coordonnée et harmonisée.

Les professionnels qui travaillent ensemble ont le même discours vis-à-vis du patient et proposent une démarche cohérente et concertée.

Comment fonctionner avec le kinésithérapeute pour la lombalgie commune ?

Pour la Haute Autorité de Santé (HAS), la prescription de massokinésithérapie :

- « doit permettre la reprise des activités du patient dans les meilleures conditions possibles et, dans le cadre des lombalgies subaiguës ou récidivantes, la prévention des rechutes ou du passage à la chronicité. Pour mener à bien ce programme, le masseur-kinésithérapeute dispose d'une série d'actes comprenant notamment : les exercices thérapeutiques (gymnastique médicale), le massage, l'électrothérapie, les tractions vertébrales, la balnéothérapie, les contentions lombaires, la thermothérapie, la cryothérapie et les réflexothérapies » ;
- « est importante dans le traitement des patients lombalgiques après la phase aiguë, en soulignant que l'analyse de la littérature ne permet pas de dégager de protocoles bien définis tant en ce qui concerne le contenu des prescriptions que le nombre et le rythme des séances » ;

LES DOULEURS
VUES DANS
LE RÉSEAU

LES DOULEURS
VUES DANS
LE RÉSEAU

- « la priorité du traitement repose sur les exercices thérapeutiques par leur action physique et psychologique sur le patient qui retrouve confiance en ses possibilités. La prescription est fondée sur des exercices d'entretien articulaires lombaires, des étirements, sur le renforcement des muscles du tronc et du segment lombopelvien et sur des exercices généraux. L'augmentation croissante des exercices semble jouer un rôle favorable dans la réadaptation du patient lombalgique en phase chronique ».

La lombalgie chronique peut être considérée comme une succession de réactions en chaîne, qui se développent avec la persistance de la douleur, contribuant à une aggravation de l'incapacité. Cet enchaînement doit être compris et partagé par l'équipe patient-kinésithérapeute-médecin afin que la rééducation inverse le processus. C'est pourquoi, la concertation est indispensable entre les professionnels. Bien sûr, un accompagnement professionnel et psychosocial est indispensable.

Comment faire la rééducation ?

Le processus motivationnel est central. Le patient s'implique dans la logique du programme de rééducation afin qu'il mesure son rôle dans la modification de sa situation physique et fonctionnelle. Les professionnels ayant un discours commun, favorisent la motivation du patient et le sentiment de maîtrise de l'activité vis-à-vis de la peur de se déclencher la

douleur. Il faut faciliter le retour rapide dans un environnement non médicalisé : en salle de musculation, tai-chi, gym, footing... Ces exercices peuvent être réalisés à partir des principes développés avec le kinésithérapeute.

Comment établir l'ordonnance ?

Exemple : 15 séances de rééducation du rachis et des membres inférieurs – Urgent.

Comment rédiger le courrier ?

Un courrier au kinésithérapeute est vivement conseillé afin d'indiquer le diagnostic, la logique développée avec le patient, les objectifs fonctionnels, les activités-relais qui suivront ces séances de kinésithérapie : gymnastique, salle de musculation, footing à quotas...

Bibliographie

- Abenheim L, Rossignol M, Valat JP et al. *The role of activity in the therapeutic management of back pain. Report of the International Paris Task Force on Back Pain. Spine 2000 ; 25(4 Suppl) : p. 1S-33S.*
- Abenheim L et al. *Travail de la Paris Task Force : Synthèse et recommandations.* Section Rachis de la Société française de rhumatologie, 2000. http://www.med.univ-rennes1.fr/section_rachis/recomm1.pdf.
- ACC, New Zealand Acute Low Back Pain Guide, 2004, *Accident Compensation Corporation and the New Zealand Guidelines Group* : Wellington.
- ANAES, *Prise en charge diagnostique et thérapeutique des lombalgies et lombosciatiques communes de moins de trois mois d'évolution.* Paris : Agence nationale d'évaluation et d'accréditation en Santé ; 2000.
- Durand M, Loisel P. *Therapeutic return to work : rehabilitation in the workplace.* Work 2001 ; 17(1) : p. 57-63.
- Manek NJ, Mac Gregor AJ. *Epidemiology of back disorders : prevalence, risks factors and prognosis.* Current Opinion in Rheumatology, 2005 ; 17 : 134-40.
- Ostelo RWJG, Van Tulder MW, Vlaeyen JWS et al. *Behavioural treatment for chronic low-back pain (Review).* The Cochrane Collaboration in The Cochrane Library 2006, Issue 1.
- Van Tulder MW, Becker A, Bekkering T et al. *European guidelines for the management of acute nonspecific low back pain in primary care.* www.backpaineurope.org, Editor: 2004, European Commission - COST B13 Working group.

Conclusion

L'évaluation globale des patients ayant une lombalgie rebelle présente deux exigences particulières : du temps et un regroupement de compétences pluridisciplinaires et pluriprofessionnelles. C'est un avantage important du travail en réseau que de pouvoir bénéficier de ces ressources.

LES DOULEURS
VUES DANS
LE RÉSEAU

Syndrome myofascial et fibromyalgie

Patrick Sichère, Françoise Laroche

À propos d'une patiente

Madame A., âgée de 39 ans, mariée, un enfant, agent commercial dans une importante société d'assurances, consulte pour des cervicalgies avec irradiation vers le trapèze et la région de l'omoplate droite. Ses douleurs évoluent depuis plus d'un an, de façon intermittente. Elles sont à type de brûlures, d'impression de tension, soulagées par l'application de chaleur mais ravivées par les massages qu'elle ne supporte plus.

Elle supporte d'autant moins ses douleurs que son entourage lui dit que c'est parce qu'elle est stressée et que c'est dans la tête puisque les examens sont normaux. Ses douleurs la fatiguent beaucoup et le sommeil n'est pas réparateur. Elle a essayé de nombreux traitements antalgiques, anti-inflammatoires, et a subi des manipulations en vain.

Elle apporte un scanner cervical considéré comme normal. De ce fait, une IRM a été effectuée et ne montre qu'une image d'inversion de la courbure rachidienne. Le bilan biologique est sans anomalie (pas de perturbation du bilan thyroïdien, immunitaire et pas de syndrome inflammatoire.)

L'examen clinique révèle la présence de 12 points douloureux myofasciaux aux épaules, coudes, grands trochanters, face interne des genoux et région fessière haute.

Le reste de l'examen clinique ne montre pas d'anomalie ostéoarticulaire, neurologique ou de l'examen général. La patiente cote ses douleurs à 8/10 et l'évaluation émotionnelle montre une anxiété sans syndrome dépressif associé.

Quels avantages apporte le Réseau ?

Le médecin propose, dans le cadre du Réseau, des séances de relaxation, en groupe ou en individuel, et une activité gymnique adaptée. Cette prise en charge est facilitée par le transfert confidentiel du dossier médical par Internet à l'équipe de coordination médicale qui oriente la patiente vers des correspondants de proximité.

Syndrome myofascial

Définition

Il s'agit d'un état douloureux musculaire évoluant de façon chronique, localisé à une partie de la musculature sans anomalie vasculaire, ostéoarticulaire, nerveuse ou traumatique.

Le syndrome myofascial est caractérisé par une zone musculaire striée, douloureuse à la pression avec point gâchette, douleur vive, localisée, et reproduction de la douleur au pincer-rouler.

LES DOULEURS
VUES DANS
LE RÉSEAU

Quels sont les critères diagnostiques ?

Les critères diagnostiques sont :

- antécédent de surmenage aigu ou localisé progressif ;
- faiblesse et limitation de la mobilité du muscle atteint ;
- bande « palpable » dans les muscles atteints ;
- douleur localisée et provoquée à la pression ;
- reproduction de la douleur à la palpation, douleur projetée par le muscle à la palpation de la zone gâchette.

Quels sont les traitements ?

Les traitements locaux sont d'abord proposés, à savoir une infiltration de lidocaïne (Xylocaïne®) au niveau des points gâchette et une kinésithérapie privilégiant un travail d'étirement musculaire. L'acupuncture peut soulager au cours des deux premières séances sinon il n'est pas utile de poursuivre. La kinésithérapie et les sources de chaleur sont souvent efficaces et l'on conseille un sport non traumatisant comme la natation ou le stretching. Pour certains, le syndrome myofascial peut être une indication à la neurostimulation transcutanée. En cas d'échec, on peut faire appel à des méthodes de relaxation ou à des approches cognitivo-comportementales.

Fibromyalgie

La fibromyalgie est une pathologie douloureuse musculaire chronique à prédominance féminine. Une enquête européenne, rapportée au congrès 2005 de l'*European League Against Rheumatism* (EULAR), révèle, qu'en France, 4,34 % de la population souffre de fibromyalgie dont 5,8 % de patientes âgées de 40 à 60 ans et 8 % entre 55 et 64 ans avec un sex-ratio de 6,10 % de femmes pour 0,52 % d'hommes.

Comment faire le diagnostic ?

Dans la forme typique de la maladie, la patiente consulte pour un syndrome douloureux qui dure depuis plus de 3 mois et pour lequel nombre d'examen complémentaires sont normaux. La douleur est un signe constant, elle est ressentie comme sévère, plus intense que celle des patients ayant une polyarthrite rhumatoïde. Cette douleur est à prédominance axiale, paravertébrale, répartie au rachis cervical, dorsal, à la région lombosacrée. L'examen clinique révèle ou confirme l'existence de points douloureux situés à la face antérieure des épaules, la région des trapèzes, des épicondyles, du grand trochanter, à la face interne du genou en regard de la région interne de la patte-d'oie.

Il est important de souligner que ces points douloureux, spontanés ou provoqués par la pression, sont situés au même endroit chez un même patient et retrouvés d'une consultation à l'autre. Ces caractéristiques de la maladie sont regroupées dans les critères de l'*American College of Rheumatology* (ACR) 1990. Cependant, ces critères font l'objet de nombreuses controverses actuellement. Quelle est la signification de fameux points myofasciaux ? Sont-ils dus à la fibromyalgie ou à d'autres facteurs, éventuellement intriqués ? Ceux-ci sont en effet fréquemment observés chez les patients anxieux et plus souvent chez les femmes. La limite arbitraire de 11 sur 18 est aussi discutable, dans la mesure où l'on peut faire le diagnostic chez des patients n'ayant pas tous les points. De plus, les fameux critères ACR oublient les autres symptômes associés (symptômes médicalement inexpliqués) qui aident beaucoup au diagnostic. En effet, les patients rapportent une asthénie dans 80 % des cas, des troubles du sommeil dans 75 % des cas, un dérouillage

matinal dans 80 % des cas, des migraines ou céphalées de tension dans 50 % des cas, de troubles digestifs fonctionnels (30 %), plus rarement un syndrome de Raynaud, des dysménorrhées et des troubles mictionnels (**annexe 5**).

L'interrogatoire recherche d'éventuels facteurs déclenchants. Il s'agit d'un traumatisme physique ou psychologique (deuil, changement de situation professionnelle ou familiale).

Quels diagnostics différentiels ?

Des douleurs musculotendineuses peuvent être observées au cours des dysthyroïdies, des rhumatismes inflammatoires, de la pseudopolyarthrite rhizomélisque, de la polymyosite, des myopathies métaboliques. Des causes iatrogènes sont à l'origine de myalgies comme par exemple les hypocholestérolémiants, la cimétidine, la D-pénicillamine.

Afin d'éliminer ces diagnostics, certains examens sont utiles tels la numération-formule sanguine, les plaquettes, la vitesse de sédimentation, la protéine C réactive, le ionogramme, la calcémie, le dosage des enzymes musculaires, la thyroid stimulating hormone (TSH), les transaminases, la recherche des virus de l'hépatite B, C, HIV, le facteur rhumatoïde et les facteurs antinucléaires. On peut être amené à effectuer des examens plus spécialisés (électromyogramme [EMG], biopsie musculaire), mais ce n'est pas nécessaire en général.

L'interrogatoire, l'examen clinique et la normalité des examens complémentaires permettent de poser le diagnostic de fibromyalgie. Cependant, le tableau clinique est souvent variable d'un patient à l'autre en raison de la prédominance d'un symptôme, ce qui peut parfois dérouter le praticien. Ce sont alors autant de formes cliniques qui nécessitent d'être reconnues en tant que telles, l'approche thérapeutique pouvant s'orienter différemment.

Quels diagnostics associés ?

Il existe des chevauchements avec le syndrome de fatigue chronique. En effet, la fatigue est le deuxième symptôme qui domine après la douleur. Il s'agit d'une fatigue à l'effort non corrigée par le repos. Cette fatigue est observée chez 80 % des patients et dure depuis au moins 6 mois.

La fibromyalgie peut aussi accompagner une polyarthrite rhumatoïde, une spondylarthrite ankylosante, un lupus et plus souvent un syndrome de Gougerot-Sjögren. Les douleurs peuvent aussi accompagner une hépatite virale ou d'autres viroses (parvovirus, herpès, virus de l'immunodéficience humaine [VIH]). On parle alors de forme concomitante ou associée. Le traitement repose aussi sur celui de l'affection d'origine.

De nombreuses études soulignent l'importance du lien entre fibromyalgie et anxiété, fibromyalgie et dépression, certains auteurs évoquant aussi le lien entre fibromyalgie et somatisation. On observe que pour 30 % des patients fibromyalgiques, la dépression joue un rôle prépondérant. La composante anxiodépressive peut aussi être expliquée par la chronicité des douleurs, le retentissement qu'elles provoquent dans la vie quotidienne, la non-reconnaissance de cette affection de la part du corps médical et/ou de l'entourage.

Il est important de déceler un éventuel « catastrophisme ». Il s'agit de pensées responsables d'une exagération de la douleur avec rumination et sensation d'impuissance. Ces distorsions cognitives, liées à l'aspect émotionnel de la douleur, justifient une prise en charge pluridisciplinaire.

Quelle reconnaissance ?

Les patients souffrant de fibromyalgie se plaignent souvent de « non-reconnaissance » de la douleur par les professionnels de santé et par leur entourage. Il est nécessaire de

LES DOULEURS
VUES DANS
LE RÉSEAU

LES DOULEURS
VUES DANS
LE RÉSEAU

valider l'existence de la douleur : « en matière de douleur, le patient a toujours raison ». Les examens normaux ne signifient pas qu'on ne croit pas à la douleur. La chronicisation et le retentissement en termes de handicap et de qualité de vie expliquent la grande détresse de ces patients. Donner le diagnostic permet d'éviter le nomadisme médical et de rassurer le patient sur le bon état de ses articulations, de ses muscles. Bien sûr, l'annonce demande beaucoup de doigté. La limite est cependant difficile à respecter entre valider une gêne et instaurer un statut institutionnel de handicap (demandes de 100 % ou d'invalidité). En effet, ce statut n'améliore pas les douleurs ni les plaintes des patients mais peut créer une « nouvelle identité » dont témoignent les groupes de pression de malades à la recherche d'une explication organique univoque. Le terme « fibromyalgie » a le mérite de qualifier une sémiologie, et de mettre un terme aux explorations inutiles. Cependant, il ne doit en aucun cas être synonyme de maladie grave et invalidante.

Des documents d'information sur la fibromyalgie (pour les médecins et les patients) sont en ligne sur le site Internet du Réseau.

Quelle physiopathologie ?

La physiopathologie est relativement complexe mais de plus en plus étudiée. Différentes hypothèses sont en cours d'étude telles que les troubles du sommeil, les anomalies musculaires, les troubles de l'axe neuroendocrinien (corticotrope), les perturbations du système neurovégétatif, les anomalies des contrôles centraux de la douleur ou les anomalies génétiques.

Un certain consensus se dégage de ces études. On observe une hyperalgésie centrale au cours de la fibromyalgie (seuil de douleur abaissé, modification des taux de substance P dans le liquide céphalorachidien [LCR], diminution des contrôles inhibiteurs diffus, une hyperréponse en imagerie par résonance magnétique fonctionnelle [IRMf] lors de la stimulation musculotendineuse...).

Ainsi se trouvent regroupées les explications psychologiques et biologiques, expliquant la chronicisation de douleurs suite à des événements de vie difficiles sur des personnalités prédisposées.

Quelle évaluation ?

Différentes évaluations sont nécessaires au cours de la fibromyalgie. Il est important d'évaluer non seulement la douleur mais aussi la fatigue, le sommeil, la qualité de vie, la fonction et la composante émotionnelle. Pour évaluer la qualité de vie et les capacités fonctionnelles, on s'aide du questionnaire *Fibromyalgia Impact Questionnaire* (FIQ), traduit et validé en français par Serge Perrot. Ce questionnaire spécifique prend en compte les variations de l'état général du patient, le handicap fonctionnel, l'intensité de la douleur, la raideur musculaire, l'anxiété, la dépression et l'impression de bien-être du patient. Il comporte 10 questions et nécessite 5 minutes pour le patient.

Quels traitements disponibles ?

- **Traitements médicamenteux**

- **Antalgiques et anti-inflammatoires :**

Les antalgiques de palier I et II ainsi que les anti-inflammatoires non stéroïdiens sont largement utilisés, mais pourtant peu efficaces. Seul le tramadol, ayant un effet opioïde et d'inhibition de recapture de la noradrénaline, aurait un impact global sur la douleur.

Les recommandations 2006 de *The European League Against Rheumatism* (EULAR) ne préconisent pas l'utilisation des morphiniques ni de la corticothérapie dans le traitement de la fibromyalgie.

– **Myorelaxants et anxiolytiques :**

Les myorelaxants ont peu d'effet sur la douleur en dehors de la cyclobenzaprine. Les benzodiazépines n'ont pas montré d'effet antalgique alors qu'elles ont l'inconvénient de retentir sur le sommeil lent et paradoxal. Si l'on cherche à traiter les troubles du sommeil qui accompagnent le syndrome fibromyalgique, on s'aidera plutôt d'hypnotiques.

– **Antidépresseurs :**

Les antidépresseurs de la famille des imipraminiques ont un effet démontré mais transitoire. Ainsi, l'amitriptyline peut être proposé à une dose de 25 à 50 mg le soir. À faible dose, on obtient une action antalgique (discutée), sur la fatigue et les troubles du sommeil. Ces effets surviennent de façon précoce. De nombreuses études ont montré l'intérêt des antidépresseurs mixtes inhibiteurs de la recapture de la sérotonine et de la noradrénaline qui agissent non seulement sur la douleur mais aussi sur l'anxiété (milnacipran, duloxétine, venlafaxine).

– **Antiépileptiques :**

Les traitements par antiépileptiques classiques n'ont pas apporté la preuve de leur efficacité. Le clonazépam, pourtant souvent prescrit, fait courir le risque d'accoutumance et de dépendance. En revanche, une étude récente montre que la prégabaline, anticonvulsivant de 2^e génération, pourrait avoir un effet antalgique.

• **Traitements non médicamenteux**

Parmi les traitements non médicamenteux, de nombreuses études rapportent l'intérêt des programmes d'exercices aérobies de renforcement et d'étirements, surtout en eau chaude, au cours de la fibromyalgie. En effet, il est important de maintenir une activité physique (de loisir ou sportive) régulière, en la fragmentant. Différents auteurs soulignent l'importance d'associer à l'activité physique régulière des exercices de reconditionnement à l'effort et de la relaxation.

Le kinésithérapeute permet au patient de reprendre confiance en ses capacités, tout en indiquant les exercices à effectuer. Il doit au préalable être informé de la pathologie et savoir utiliser des techniques de rééducation qui n'aggravent pas les douleurs (éviter les massages trop appuyés, les exercices trop intenses au début).

L'approche cognitivo-comportementale est en continuité avec l'approche multidisciplinaire de la douleur. Les processus mis en œuvre au cours de la thérapie comportementale et cognitive sont l'éducation, l'information, l'approche cognitive, la réactivation physique, l'apprentissage de la relaxation et de la gestion du stress et enfin l'exposition graduée *in vivo* aux situations redoutées. Les études évaluant les thérapies cognitivo-comportementales ont montré que celles-ci ont une certaine efficacité au cours de la fibromyalgie sur le sommeil, la fonction, la fatigue, l'efficacité personnelle et la qualité de vie des patients. En revanche, il n'y a pas ou peu d'amélioration de la douleur rapportée. Ces techniques permettent d'améliorer les capacités physiques lorsqu'elles sont associées à des exercices.

Certaines études ont rapporté un bénéfice de l'acupuncture, de la balnéothérapie, de l'ostéopathie, de certaines techniques par laser. En revanche, il n'y a pas d'études contrôlées de bonne qualité méthodologique pour se prononcer sur l'efficacité de ces techniques.

LES DOULEURS
VUES DANS
LE RÉSEAU

LES DOULEURS
VUES DANS
LE RÉSEAU

Recommandations de l'EULAR 2006 pour la prise en charge de la fibromyalgie ⁽¹⁾

Carville SF, Arendt Neilsen L et al.

Experts français : Francis Blotman et Serge Perrot

À partir de 145 études considérées comme analysables (37 études pour les traitements médicamenteux et 57 études pour les traitements non médicamenteux finalement retenues)

Recommandation 1. L'abord de la fibromyalgie nécessite une évaluation globale de la douleur, de la fonction et du contexte psychosocial. La fibromyalgie doit être considérée comme un état complexe et hétérogène où un processus douloureux anormal s'associe à d'autres présentations cliniques (niveau de preuve IV – force D)

Recommandation 2. Le traitement optimal nécessite une approche multidisciplinaire associant des traitements médicamenteux et non médicamenteux, adaptés à l'intensité de la douleur, à la fonction et à d'autres présentations cliniques telles la dépression, la fatigue et les troubles du sommeil en collaboration avec le patient (niveau de preuve IV – force D)

Recommandation 3. Les bains en eau chaude avec ou sans exercices sont efficaces dans la fibromyalgie (niveau de preuve IIa – force B)

Recommandation 4. Des programmes d'exercices individualisés incluant des exercices aérobies et de renforcement peuvent être bénéfiques pour certains patients souffrant de fibromyalgie (niveau de preuve IIb – force C)

Recommandation 5. Les thérapies cognitives et comportementales peuvent être bénéfiques pour certains patients souffrant de fibromyalgie (niveau de preuve IV – force D)

Recommandation 6. D'autres thérapies telles la relaxation, la rééducation, la physiothérapie et le soutien psychologique peuvent être proposées selon les besoins individuels des patients (niveau de preuve IIb – force C)

Recommandation 7. Le tramadol est recommandé dans la prise en charge de la douleur de la fibromyalgie. Les antalgiques tels le paracétamol et les opioïdes faibles peuvent aussi être utilisés dans le traitement de la fibromyalgie. Les corticostéroïdes et les opioïdes forts ne sont pas recommandés (niveau de preuve Ib – force A)

Recommandation 8. Les antidépresseurs : amitriptyline, fluoxétine, duloxétine, milnacipran, moclobémide et pirlindole, diminuent la douleur et améliorent souvent la fonction. Ils sont donc recommandés dans le traitement de la fibromyalgie (niveau de preuve Ib – force A)

Recommandation 9. Le tropisetron, le pramipexole et la prégabaline diminuent la douleur et sont recommandés dans le traitement de la fibromyalgie (niveau de preuve Ib – force A)

CONCLUSION

- Nombreux essais randomisés contrôlés dans la fibromyalgie
- Traitements efficaces disponibles dans la fibromyalgie
- Traitements nécessitant une adaptation individuelle aux besoins du patient
- Mise à disposition de Recommandations (EULAR 2006)

(1) Données présentées au congrès de l'EULAR (European League Against Rheumatism) 2006, (sous réserve de modifications lors de la publication écrite et de la traduction française)

Conclusion

Les patients souffrant de fibromyalgie se présentent avec un ensemble de symptômes variés qu'il faut savoir reconnaître afin d'éviter l'escalade des explorations complémentaires, source d'anxiété et d'entretien de la douleur.

La physiopathologie est source de nombreuses recherches. L'hypothèse centrale de la douleur semble actuellement consensuelle.

Il est capital d'envisager une approche multidisciplinaire en réseau et de rassurer les patients quant au diagnostic et au pronostic. Des programmes multimodaux sont publiés actuellement dans la littérature internationale. Ils mettent l'accent sur le « self-management ». Ils associent des techniques d'éducation-information, des exercices physiques aérobie, des activités centrées sur les activités quotidiennes et de la relaxation.

Grâce à la prise en charge dans le Réseau, une approche thérapeutique individuelle ou collective est possible. Par exemple, les rémunérations spécifiques permettent de dédommager les professionnels, en général des psychologues, à hauteur de dix séances de psychothérapie par an. La coordination médicale et le professionnel de santé décident du type de travail à effectuer : évaluation psychologique du patient douloureux, psychothérapie de soutien ou d'amorce, relaxation, thérapie comportementale et cognitive.

Bibliographie

- Burckhardt CS. *Multidisciplinary approaches for magement of fibromyalgia*. Curr Pharm Des 2006 ; 12 : 59-66.
- Busch AJ. *Exercise for treating fibromyalgia syndrome (review)*. The cochrane collaboration, 2006.
- Cedraschi C, Desmeules J, Rapiti E et al. *Fibromyalgia : a randomised, controlled trial of a treatment programme based on self management*. Ann Rheum Dis 2004 ; 63- 290-6.
- Katz RS, Wolfe F, Michaud K. *Fibromyalgia diagnosis. A comparison of Clinical, Survey and American College of Rheumatology Criteria*. Arthritis and Rheumatism 2006, 54 : 169-76.
- Littlejohn GO, Guymer EK. *Fibromyalgia syndrome : which antidepressant drug should we choose*. Curr Pharm Des 2006 ; 12 : 3-9.
- Mease P. *Fibromyalgia syndrome : review of clinical presentation, pathogenesis, outcome measures and treatment*. J Rheumatol 2005 ; 75: 6-21.
- Mease PJ, Clauw DJ, Arnold LM et al. *Fibromyalgia syndrome*. J Rheumatol 2005, 32: 2270-7.
- Morley S. *RCTs of psychological treatments for chronic pain: progress and challenges*. Pain 2006; 121: 171-2.
- Ozgocmen S. *New strategies in evaluation of therapeutic efficacy in fibromyalgia syndrome*. Curr Pharm Des 2006 ; 12 : 67-71.
- Perrot S, Dumont D, Guillemin F et al. *French Group for Quality of Life Research. Quality of life in women with fibromyalgia syndrome : validation of the QLF, the french version of the fibromyalgia impact questionnaire*. J Rheumatol 2003 ; 30 : 1054-9.
- Recommandations EULAR 2006 (à venir sur www.eular.org)
- Sarak AJ, Gur A. *Complementary and alternative medical therapies in fibromyalgia*. Curr Pharm Des 2006 ; 12: 47-57
- Sichère P, Laroche F. *Le syndrome fibromyalgique : nouvelles approches physiopathologiques et thérapeutiques*. Synoviale, janvier 2006, n° 147.
- Travell JG, Simons DG. *Douleurs et troubles fonctionnels myofasciaux. Traité des points-détente musculaires*. Tome 1. Bruxelles : Éditions Haug international ; 1993. 763 p.
- Wolfe F et al. *The American College of Rheumatology 1990 criteria for the classification of fibromyalgia : report of the Multicenter Criteria Committee*. Arthritis Rheum 1990 ; 33 : 160-72.

LES DOULEURS
VUES DANS
LE RÉSEAU

Douleur cancéreuse

Sylvie Rostaing-Rigattieri

LES DOULEURS
VUES DANS
LE RÉSEAU

À propos d'un patient

Monsieur C., 67 ans, souffre d'un cancer du côlon actuellement en rechute. Le dernier bilan fait en hospitalisation a révélé des métastases hépatiques, pulmonaires et péritonéales. Le patient a été informé des résultats d'examens, du pronostic et de l'arrêt de la chimiothérapie. Il a souhaité retourner à son domicile, entouré des siens. Il doit revoir son médecin oncologue dans 1 mois. Il a été inclus par son médecin généraliste dans le Réseau Ville-Hôpital Lutter Contre la Douleur (LCD). Une semaine après son retour à domicile, Monsieur C. se plaint de douleurs abdominales diffuses, quasi permanentes, en moyenne à 6/10 sur une échelle numérique de 0 à 10, avec des accès douloureux intolérables entre 8 et 10/10, de plus en plus fréquents. Le sommeil est perturbé et le moral médiocre. L'état général se dégrade. Le Topalgic® LP, qu'il prend à la posologie de 200 mg matin et soir, ne le calme plus. Son médecin généraliste, appelé au domicile, prend le relais du Topalgic® LP, par du Skénan® LP à la posologie de 30 mg matin et soir, et décide de passer le voir tous les jours. Devant l'inefficacité du Skénan® LP, il augmente progressivement les doses de morphine à libération prolongée (LP). Trois jours plus tard, M. C. dit n'être soulagé que partiellement, et pendant 3 heures seulement, par les 60 mg de Skénan® LP matin et soir. Par ailleurs, il se plaint de constipation, nausées permanentes et de vomissements intermittents, sans somnolence, malgré les troubles du sommeil. Le médecin généraliste se demande si le Skénan® LP est l'antalgique adapté et s'il ne s'agit pas d'une intolérance au traitement. Il décide d'appeler l'algovigilance du Réseau LCD pour des conseils téléphoniques.

Quels avantages apporte le Réseau ?

Le médecin spécialiste de la douleur du Réseau propose, par téléphone, une explication aux symptômes du patient et une stratégie thérapeutique. Il s'agit de douleurs cancéreuses de mécanisme nociceptif, liées à l'évolution de la tumeur initiale ou au développement de métastases. Ces douleurs sont généralement sensibles au traitement morphinique de palier III de l'Organisation mondiale de la santé (OMS) (traitement opioïde fort). Les nausées et vomissements sont des effets indésirables fréquents (40 %) en début de traitement. Il ne s'agit pas d'un phénomène d'intolérance à la morphine. Compte tenu de l'évolutivité rapide de la maladie cancéreuse, de l'insuffisance d'efficacité antalgique, et de l'absence de somnolence, l'hypothèse la plus probable est un sous-dosage morphinique.

Proposition thérapeutique

On réalise une titration morphinique, en associant, au Skénan LP®, des interdosés de morphine à libération immédiate (Sevredol® ou Actiskénan®), à la posologie de 15 ou 20 mg par prise (1/6^e à 1/10^e de la dose de morphine LP des 24 heures), lors des accès douloureux, au maximum 6 fois par 24 heures. Si le patient est soulagé (par exemple avec 6 interdosés de Sevredol® à 20 mg/j), on augmente la posologie du Skénan® LP en tenant compte de la consommation morphinique des dernières 24 heures, soit (60 mg × 2 de Skénan® LP) + (6 × 20 mg de Sevredol®) = 240 mg de morphine par jour. On prescrit à Monsieur C. du Skénan® LP 120 mg matin et soir systématiquement, avec des interdosés

de Sevredol® à 30 mg, selon les accès douloureux (à la demande), en prévoyant un maximum de 6 prises par jour.

Gestion des effets indésirables

Ceux-ci doivent être traités :

- la constipation par un laxatif (macrogol, lactulose...) et des conseils diététiques ;
- les nausées-vomissements par un anti-nauséeux : métoclopramide, dompéridone, halopéridol...

Chez le patient cancéreux, que faut-il repérer ?

La douleur cancéreuse est une douleur persistante avec des épisodes douloureux aigus itératifs. C'est une maladie douloureuse à part entière, liée à une pathologie évolutive. L'évaluation d'une douleur cancéreuse s'apparente à celle d'une douleur chronique. Cette évaluation doit être pluridimensionnelle et sa prise en charge globale, somato-psycho-sociale.

La douleur est présente chez environ 30 à 50 % des malades cancéreux ; peu fréquente à la phase précoce (20 à 30 %), elle est retrouvée en phase terminale dans 80 % des cas. La douleur est rarement révélatrice de la maladie ; 70 % des douleurs sont liées à la tumeur elle-même, 5 à 20 % aux traitements étiologiques (chirurgie, chimiothérapie, radiothérapie), et 10 à 15 % sont en rapport avec une affection intercurrente, sans lien de causalité avec le cancer. 80 à 90 % des douleurs cancéreuses répondent au traitement antalgique standard.

Il est important de faire le diagnostic de douleur par excès de nociception, de douleur neuropathique, et de douleurs mixtes :

- les **douleurs nociceptives** (ou par excès de nociception) sont en rapport avec un envahissement tumoral ;
- les **douleurs neuropathiques**, en rapport avec l'envahissement tumoral, sont toujours associées à une composante nociceptive. On peut utiliser le questionnaire de douleur neuropathique (DN4, Bouhassira D et coll. *Pain*, 2005) pour confirmer le diagnostic (**annexe 6**).

On distingue :

- les **douleurs neuropathiques périphériques** par compression focale, envahissement (par les cellules tumorales), ou troubles de la microcirculation : l'atteinte neuropathique touche les racines (coulée métastatique lors des épидurites par exemple), les troncs nerveux périphériques (nerf sciatique, dans les métastases du bassin par exemple), ou les plexus nerveux (plexus brachial, plexus lombosacré...) ;
- les **douleurs neuropathiques centrales** : infiltration méningée des arachnoïdites, épидurites métastatiques, méningites carcinomateuses localisées ou diffuses (douleurs en mosaïque avec dysesthésies généralisées, allodynie, crises paroxystiques intolérables), compression médullaire, métastases cérébrales.

Les douleurs iatrogènes sont les suivantes :

- les douleurs aiguës nociceptives après un geste à visée diagnostique ou thérapeutique ;
- les douleurs postopératoires d'exérèse tumorale ;
- les séquelles chirurgicales ;
- les douleurs postchimiothérapies liées aux cytotoxiques :
 - mucites (fluorouracile, méthotrexate, bléomycine...)
 - neuropathies périphériques sensitivomotrices, toxicité dose-dépendante et réversibilité variable, dues aux :
 - dérivés du platine ;

LES DOULEURS
VUES DANS
LE RÉSEAU

LES DOULEURS
VUES DANS
LE RÉSEAU

- alcaloïdes de la pervenche (vincristine, vinblastine) ;
- taxanes (paclitaxel, docétaxel) ;
- à un moindre degré : à la cytosine arabinoside, à l'ifosfamide, au thalidomide...
- les douleurs musculaires ou osseuses : taxanes, cytokines ;
- les douleurs postradiques : radiodermite, ostéoradionécrose, plexite radique, atteinte viscérale radique (grêle, vessie...) ;
- les douleurs liées à la position lors d'examens complémentaires ou lors des séances de radiothérapie ;
- les céphalées et douleurs osseuses après granocyte (traitement des leucopénies postchimiothérapie) ;
- les douleurs liées à l'immunodéficience : zostériennes ou postzostériennes ;
- les douleurs liées à la corticothérapie : nécrose aseptique de la tête fémorale ou humérale, ostéoporose, tassements vertébraux.

Comment évaluer la douleur ?

La consultation d'algologie a pour objectifs de noter les antécédents carcinologiques : nature de la tumeur primitive, date du diagnostic, traitements déjà entrepris ou envisagés (chirurgie, radiothérapie, chimiothérapie), stade évolutif, pronostic, informations données au patient. L'interrogatoire doit être semi-directif, selon la grille d'entretien semi-structurée de l'ANAES (**annexe 4**). Il permet aussi de faire le point sur la douleur et son évolution.

Une bonne collaboration est indispensable entre le médecin généraliste, le cancérologue, le radiothérapeute et le médecin spécialiste de la douleur.

Comment traiter la douleur ?

Traitement étiologique

Il comporte : chirurgie, chimiothérapie, radiothérapie, hormonothérapie, immunothérapie, radiothérapie métabolique...

Traitement symptomatique antalgique

Le traitement symptomatique repose sur les trois paliers de l'OMS. On effectue souvent des associations de paliers différents : par exemple l'association d'un antalgique de palier I (AINS) et d'un antalgique de palier III, dans les douleurs de métastases osseuses.

La douleur cancéreuse comporte souvent une douleur de fond et des accès douloureux. Ces accès douloureux sont spontanés ou provoqués. On distingue (SOR 2002) :

- les accès douloureux nommés *breakthrough pain* par les Anglo-Saxons : c'est une variation transitoire d'intensité d'une douleur de fond, contrôlée par le traitement : ces accès sont spontanés ou provoqués (par le mouvement par exemple), ou ils surviennent en fin d'action d'un antalgique ;
- les accès douloureux nommés *episodic pain* par les Anglo-Saxons : il s'agit d'épisodes transitoires de douleur non contrôlée ;
- les « accès douloureux prévisibles » : à la marche, au mouvement, lors de l'alimentation, de la digestion, de la défécation, ou de la miction. Le traitement de ces accès doit être préventif ;
- les « accès douloureux nociceptifs » : ils correspondent à des douleurs non prévisibles (spasmes digestifs, douleurs solaires, carcinose, hypertension intracrânienne...) ;
- les « accès douloureux neuropathiques » : il s'agit de modification d'intensité de la composante permanente, parfois prévisible, ou plus souvent, d'une composante paroxystique fulgurante, imprévisible.

Le choix d'un traitement antalgique se fait en fonction :

- de l'intensité douloureuse (choix du palier de l'OMS selon le score d'intensité) ;
- du diagnostic de la maladie ;
- du mécanisme physiopathologique (nociceptif ou neuropathique) ;
- du profil évolutif des douleurs (continues ou intermittentes, quotidiennes ou non) ;
- des traitements associés (interférences possibles) ;
- des traitements antalgiques antérieurs (observance, mode de prise, efficacité, tolérance) ;
- des antécédents médicaux (contre-indications éventuelles à un antalgique) ;
- de la décision thérapeutique : un traitement étiologique curatif est-il envisagé ? Ce traitement peut avoir une incidence sur la douleur et nécessiter un ajustement du traitement symptomatique.

Voies d'administration des antalgiques

Il faut privilégier les voies d'administration non invasives (voies orale et transdermique) afin de préserver l'autonomie du malade, donner des antalgiques à horaires réguliers (pour le traitement de la douleur permanente), et adapter la prescription aux besoins individuels. Il est important de connaître les propriétés pharmacologiques des antalgiques (délai et durée d'action recherchés). Si les voies orale ou transdermique deviennent impossibles, on a recours aux autres voies : parentérale, médullaire (péridurale, intrathécale) ou intra-cérébroventriculaire (exceptionnelle) qui ont des indications propres.

Modalités de prescription des antalgiques de palier III de l'OMS

Les morphiniques sont prescrits en toutes lettres sur ordonnance sécurisée (qui comporte le n° ADELI du prescripteur), pour une durée maximale de 28 jours (avec le nombre de médicaments prescrits inscrit sur l'ordonnance dans la case en bas et à droite) .

Un traitement efficace se définit par (SOR 2003) :

- douleur de fond absente ou d'intensité faible ;
- respect du sommeil ;
- moins de 4 accès douloureux par jour ;
- efficacité des traitements, prévus pour les accès douloureux, supérieure à 50 % ;
- activités habituelles possibles ;
- effets indésirables des traitements mineurs ou absents.

• Information du patient

Des explications claires sont données au patient. On ne devient pas toxicomane avec un traitement morphinique, mais il ne faut jamais arrêter brutalement celui-ci (risque de syndrome de sevrage). Il faut donc anticiper les rendez-vous chez le médecin pour éviter toute interruption brutale de traitement. Il faut également dire au patient qu'il n'existe pas de dose limite de morphine à ne pas dépasser, qu'il faut quelques jours pour trouver la posologie efficace, qu'il ne doit pas hésiter à recontacter son médecin traitant s'il a des questions à poser.

Il faut demander au patient de revenir en consultation dans les 24 à 48 heures qui suivent la prescription de morphiniques (réévaluation rapide) pour adapter le traitement antalgique et corriger les effets indésirables éventuels.

• Gestion des effets indésirables des morphiniques

Les nausées et vomissements sont fréquents en début de traitement, mais transitoires, une somnolence est possible dans les premiers jours, transitoire aussi en général ; la constipa-

LES DOULEURS
VUES DANS
LE RÉSEAU

LES DOULEURS
VUES DANS
LE RÉSEAU

tion est quasi constante et durable (traitement associé quasi obligatoire). Il faut dire au patient qu'on peut traiter les effets indésirables par une prescription concomitante.

• Indications d'une rotation d'opioïde

Les indications sont :

- les effets indésirables incontrôlables malgré un traitement symptomatique adéquat, indication la plus fréquente (exemples : délires, hallucinations, somnolence, myoclonies, nausées...).
- la résistance aux opioïdes (exceptionnelle) qui se définit par l'absence d'efficacité antalgique et l'absence d'effets indésirables.

Et cela, malgré une augmentation massive et rapide des doses.

Les produits disponibles pour la rotation sont tous les opioïdes agonistes :

- morphine : Skénan[®], Moscontin[®], Kapanol[®]... ;
- oxycodone : Oxycontin[®] LP... ;
- hydromorphone : Sophidone LP[®] ;
- fentanyl : Durogésic[®], Actiq[®]...

Il faut se méfier des tables d'équianalgie du fait de l'insuffisance de travaux scientifiques méthodologiquement bien faits dans la littérature, des résultats très variables d'une étude à l'autre, de la variabilité interindividuelle. Il faut toujours privilégier la sécurité et évaluer le patient fréquemment lors d'une rotation d'opioïdes pour ajuster la posologie (**annexe 7**).

• Antalgie autocontrôlée (SOR 2002)

On peut proposer l'utilisation des morphiniques par voie parentérale, IV de préférence, pour un ajustement plus fin de l'antalgie en fonction des besoins du patient, en utilisant un mode de perfusion IV continue associé à des bolus (interdoses), grâce à une pompe. C'est le principe de la *patient controlled analgesia* (PCA) ou antalgie contrôlée par le patient (ACP). La voie sous-cutanée (SC) peut être utilisée en l'absence de voie veineuse correcte (absence de chambre implantable).

Les indications d'une pompe PCA sont :

- douleurs cancéreuses mal contrôlées ;
- douleurs cancéreuses instables : accès douloureux fréquents spontanés ou provoqués ;
- anorexie, alimentation difficile (pour réduire les prises médicamenteuses orales).

Les contre-indications à la PCA sont :

- malade ou famille non coopérants ou incapables de comprendre ;
- troubles psychiques du malade ;
- absence de formation préalable du personnel médical et paramédical ;
- toxicomanie (contre-indication relative).

Les principes généraux sont :

- pompe programmable portable : système informatisé (programme prédéterminé) ;
- administration IV (chambre implantable ou cathéter veineux central) ou voie SC ;
- voie IV : changement d'aiguille de Huber tous les 7 jours ; voie SC : tous les 3 à 5 jours ;
- changement de réservoir : selon la consommation de morphine du patient (tous les 2 à 7 jours en moyenne), selon la consommation de morphine quotidienne ;
- réservoir : cassettes ou poches souples (de 50 à 250 ml) ;
- pompe verrouillable ;
- prescription des paramètres par le médecin ;
- programmation de la pompe et remplissage des réservoirs par l'infirmière ou par le médecin ;

- suivi possible à domicile : collaboration avec la ville (médecin, infirmière, pharmacien, prestataire de service ou HAD) ;
- coopération et éducation du malade et de son entourage.

La prescription des paramètres par le médecin comprend :

- la quantité totale de morphine (en mg) et le volume du réservoir (en ml) ;
- la concentration de morphine (en mg/ml) ;
- le débit de base (en mg/h) ;
- la valeur des interdoses ou bolus (en mg) : égale au débit horaire en général ;
- la période réfractaire entre 2 bolus est de 10 à 20 minutes ;
- la limitation du nombre de bolus par heure (3 bolus par heure par exemple) (facultatif).

Les ordonnances de sorties comprennent :

- l'ordonnance du matériel : pour le prestataire de service ou le pharmacien ;
- l'ordonnance de morphine : pour le pharmacien d'officine ou d'HAD ;
- l'ordonnance des actes : pour l'infirmière.

Autres traitements

Le traitement de la douleur cancéreuse neuropathique fait appel aux :

- antidépresseurs tricycliques :
 - amitriptyline (Laroxyl[®], Elavil[®]) ;
 - clomipramine (Anafranil[®]...),
 - imipramine (Tofranil[®]) ;
- inhibiteurs de la recapture de la sérotonine / de la noradrénaline ;
- anticonvulsivants : carbamazépine (Tégréto[®]), gabapentine (Neurontin[®]), prégabaline (Lyrica[®])... ;
- topiques locaux : lidocaïne-prilocaine (Emla[®]), capsaïcine ;
- morphiniques qui ont un effet variable sur les douleurs neuropathiques : patients « répondeurs ou non répondeurs ». Il peut être nécessaire d'augmenter progressivement les doses, avant de parler d'échec ;
- antagonistes N-méthyl-D-aspartate (NMDA) : la kétamine en association avec les morphiniques, ou la méthadone (qui n'a pas l'AMM pour l'analgésie) ;
- techniques locorégionales : blocs tronculaires ou analgésie périmédullaire ;
- neurostimulation électrique transcutanée ;
- traitement neurochirurgical, exceptionnel en cancérologie : techniques de stimulation (stimulation cordonale postérieure, stimulation corticale) ou de section (intervention chirurgicale de Drez, intervention de Nashold...).

Conclusion

La douleur est fréquente au cours de la maladie cancéreuse. Sa prise en charge implique un travail d'équipe pluridisciplinaire, c'est-à-dire une collaboration entre cancérologue, radiothérapeute, chirurgien, médecin spécialiste de la douleur et médecin traitant. Cette collaboration est facilitée par le travail en réseau. En effet, les différents professionnels de santé ont des espaces de discussion de dossiers et de formations qui permettent de mieux traiter ces patients. De plus, cela améliore la coordination des soins et la cohérence des avis donnés aux patients et à leur famille, l'aspect relationnel étant fondamental.

LES DOULEURS
VUES DANS
LE RÉSEAU

LES DOULEURS
VUES DANS
LE RÉSEAU

Bibliographie

- Bouhassira D, Attal N, Alchaar H, Boureau F et al. *Comparison of pain syndromes associated with nervous or somatic lesions and development of a new neuropathic pain diagnostic questionnaire (DN4)*. Pain 2005 ; 114 : 29-36.
- Brasseur L, Chast F, Lassaunière JM et al. *Caractéristiques et prise en charge médicale des accès douloureux transitoires*. Douleurs, 2001, 2, 5 : 226-231.
- Collin E, Fergane B, Krakowski I, Pichard-Leandri E. *Stratégies d'évaluation et de traitement d'un malade souffrant de douleur cancéreuse. Douleurs aiguës, Douleurs chroniques, Soins Palliatifs*. Coordinateur : F. Boureau. Ed MED-LINE : 2004 : 199-242.
- Delorme T, Wood C, Bataillard A. et al. *Recommandations pour la pratique clinique : Standards, Options et Recommandations pour l'évaluation de la douleur chez l'adulte et l'enfant atteints d'un cancer (mise à jour)*. Validation du rapport original : mai 1995. Validation de la dernière mise à jour : septembre 2003 (disponible sur www.fnclcc.fr).
- Groupe de travail de la SFAP : Barbier C, Bouillet C, Charvin S et al. *Recommandations pour l'indication et l'utilisation de la PCA à l'hôpital et à domicile pour l'administration de morphine chez le patient atteint de cancer et douloureux, en soins palliatifs*. Médecine palliative : sous presse.
- Krakowski I, Conroy T, Bey P. *Place des traitements spécifiques dans la douleur du cancer : Chirurgie, radiothérapie et traitements médicaux spécifiques*. In : Brasseur L, Chauvin M, Guilbaud G, eds. *Douleurs, bases fondamentales, pharmacologie, douleurs aiguës, douleurs chroniques, thérapeutiques*. Maloigne ; 1997. p. 597-627.
- Krakowski I, Theobald S, Collin E et al. *Standards, Options et Recommandations 2002 pour les traitements antalgiques médicamenteux des douleurs cancéreuses par excès de nociception chez l'adulte, mise à jour (rapport intégral) [online]*. Fédération Nationale des Centres de Lutte Contre le Cancer, ed. Available : URL : site FNCLCC : <http://www.fnclcc.fr>
- Navez ML, Laurent B, Peyron R, Queneau P. *Données physiopathologiques concernant les douleurs et les antalgiques et synopsis pour l'utilisation des antalgiques*. In : *Le médecin, le malade et la Douleur*, P. Queneau et G. Ostermann. Ed Masson 2000 : 11-28.
- Organisation Mondiale de la Santé. *Traitement de la douleur cancéreuse*. Genève : OMS ; 1987.
- Organisation Mondiale de la Santé. *Traitement de la douleur cancéreuse : complétée par une analyse des problèmes liés à la mise à disposition des opioïdes*. Genève : OMS ; 1997.
- Rostaing-Rigattieri S, Rousselot H, Krakowski I et al. *Standards, Options et Recommandations 2002 pour les traitements antalgiques médicamenteux des douleurs cancéreuses par excès de nociception chez l'adulte, mise à jour : place des opioïdes forts (morphine orale exclue) et rotation des opioïdes*. Bull Cancer. 2003 Aug-Sept ; 90 (8-9) : 795-806.

Douleur de la personne âgée

Valérie Bellamy

Quels avantages apporte le Réseau ?

Le cas pratique suivant montre l'intérêt d'un réseau tissé entre différentes structures : médecins de ville, centre de la douleur et structure gériatrique pour permettre une prise en charge optimisée de la douleur de la personne âgée. En effet, les pathologies chez la personne âgée sont nombreuses et intriquées.

À propos d'une patiente

Madame P., 84 ans, veuve, vit seule au 5^e étage avec ascenseur, sans aide. Ses antécédents :

- une dépression réactionnelle au décès de sa fille ;
- une hypertension artérielle traitée par Hyperium[®] et Cotareg[®] ;
- une thrombose de l'artère centrale de la rétine gauche traitée par Praxilène[®] et Aspégic[®].

Elle souffre de douleurs lombaires irradiant vers les fesses, d'horaire mécanique. Ces douleurs ont un grand retentissement sur la vie quotidienne avec une perte d'autonomie et une réduction de la vie sociale. Mme P. réduit son périmètre de marche et ses sorties au strict minimum. Elle ne sort plus pour rencontrer ses amis.

La patiente est sous Laroxyl[®] et Di-Antalvic[®].

Le médecin traitant, correspondant du Réseau, décide d'adresser la patiente à la consultation d'orientation médicale du Réseau. Lors de cette consultation, on constate que le traitement par palier II est insuffisant et que la patiente souffre de troubles cognitifs non évalués.

La patiente est alors orientée à la consultation douleur de gériatrie, afin d'évaluer précisément la douleur et d'instaurer éventuellement un traitement antalgique de palier III.

L'évaluation de la douleur montre :

- une échelle verbale simple (EVS) :
 - 2/4 au moment de la consultation ;
 - 4/4 lorsqu'elle est la plus intense dans les 8 derniers jours ;
- un retentissement de la douleur sur le comportement quotidien :
 - humeur : 8/10 ;
 - capacité à marcher : 8/10 ;
 - travail habituel : 6/10 ;
 - relation avec les autres : 6/10 ;
 - sommeil : 2/10 ;
 - goût de vivre : 8/10.

L'évaluation cognitive montre :

- mini mental state (MMS) : 23/30 ;
- test de l'horloge normal ;
- épreuve des 5 mots de Dubois : 10/10 ;
- échelle de dépression gériatrique (EGD) : 11/15.

On conclut donc à des lombalgies d'origine arthrosique avec retentissement sur l'autonomie et syndrome dépressif.

On propose à la patiente :

- sur le plan thérapeutique, de traiter le syndrome dépressif par du Déroxat[®] en arrêtant le Laroxyl[®] qui n'est pas efficace et de remplacer le Di-Antalvic[®] par du tramadol ;
- sur le plan diagnostique, de faire une évaluation complète des troubles cognitifs en hôpital de jour après un traitement antidépresseur bien mené et avant mise éventuelle sous antalgiques de palier III.

L'évaluation mnésique est rassurante. Les troubles cognitifs sont en rapport avec le syndrome dépressif et ne sont pas en rapport avec une maladie neurodégénérative.

Au cours du suivi de cette patiente, on observe que le syndrome dépressif n'est pas seulement une conséquence du syndrome douloureux mais aussi un facteur d'aggravation.

C'est la prise en charge concomitante des deux syndromes qui permet une amélioration. Sur le plan social, une incitation à la mise en place d'aides pour rompre l'isolement est recommandée.

LES DOULEURS
VUES DANS
LE RÉSEAU

LES DOULEURS
VUES DANS
LE RÉSEAU

La douleur du sujet âgé a-t-elle des particularités ?

La prise en charge de la douleur du sujet âgé suscite un intérêt croissant depuis la reconnaissance du vieillissement de la population dans les pays développés et l'augmentation de la prévalence de la douleur avec l'âge. Au domicile, les taux de prévalence sont de 71,5 % avec un taux de douleur persistant plus de 6 mois à 32,9 %.

En institution, les taux de prévalence sont de 49 à 83 %.

La prévalence des douleurs articulaires et des douleurs rachidiennes augmente avec l'âge. Les douleurs rhumatologiques représentent 50 % des douleurs (arthrose).

Les douleurs neurogènes sont sous-estimées : douleurs post-zostériennes, polyneuropathies (diabète, alcool, toxique...), douleurs des membres fantômes, douleurs post-accident vasculaire cérébral (AVC), douleurs de la maladie de Parkinson...

Les douleurs cancéreuses sont en augmentation avec l'âge, parallèlement à l'augmentation de la prévalence des cancers. Ces patients souffrent aussi de douleurs de fin de vie non liées au cancer; douleurs liées aux œdèmes et aux rétractions musculaires et tendineuses. Les douleurs d'escarres (66 % des porteurs d'escarres ont plus de 75 ans) sont à prendre en charge à tous les stades de l'évolution.

Chez le sujet âgé, il existe des particularités de prise en charge de la douleur :

- la douleur est souvent sous-estimée du fait de certains préjugés : banalisation (« la douleur fait partie du vieillissement normal »), peur d'être hospitalisé, peur de perdre son autonomie. Ces préjugés émanent de l'entourage comme des patients eux-mêmes ;
- la difficulté à s'exprimer (troubles du langage, troubles sensoriels ou troubles cognitifs).

Hypothèses physiopathologiques

Contrairement aux idées reçues, le vieillissement ne s'accompagne pas d'une diminution du ressenti douloureux. La majorité des travaux réalisés, mêmes s'ils sont peu nombreux et de faible qualité méthodologique, montre une hyperalgésie relative chez la personne âgée. Une des hypothèses physiopathologiques serait la diminution du taux de bêta-endorphines et d'acide gamma aminobutyrique (GABA) (synthétisés dans la partie latérale du thalamus), associée à une diminution du nombre de récepteurs du GABA et de la sérotonine. Certains autres mécanismes sont évoqués, telle la diminution de la capacité et de la vitesse de conduction du stimulus nociceptif.

Comment s'exprime la douleur chez la personne âgée ?

L'expression de la douleur chez le sujet âgé peut revêtir différents aspects :

- syndrome douloureux classique nécessitant une enquête étiologique et une prise en charge thérapeutique classique ;
- langage, prétexte pour entrer en relation, pour attirer l'attention et obtenir un moment d'échange avec le médecin, la famille ou les soignants (situation d'isolement, de conflit, de deuil, de crainte de la maladie, de la dépendance, de la mort) ;
- confusion, agitation, insomnie ;
- repli sur soi, anorexie, mutisme ;
- dépression ;
- syndrome confusionnel ;
- perte d'autonomie.

Tout changement de comportement doit faire rechercher des signes évocateurs de douleur.

Comment évaluer ?

Autoévaluation

L'autoévaluation est bien sûr préférable tant que le patient peut le faire : il n'y a pas de meilleur évaluateur de la douleur que le patient lui-même.

- **Échelles unidimensionnelles**

L'échelle visuelle analogique (EVA), échelle la plus fiable, est difficile à utiliser chez les sujets âgés, c'est l'échelle verbale simple (EVS) (la moins sensible) qui est la plus facile d'utilisation, celle en cinq points (douleur : absente, faible, modérée, intense ou très intense).

- **Échelles pluridimensionnelles**

Le Questionnaire Douleur de Saint-Antoine (QDSA, www.anaes.fr; rubrique « Publications ») abrégé peut être utilisé, les échelles spécifiques sont plus difficiles d'utilisation.

L'évaluation est souvent complétée par une échelle de dépression (Échelle Gériatrique de Dépression [EGD]) (**annexe 8**).

Hétéroévaluation

Le patient n'étant plus ou pas capable de s'évaluer, on se fonde sur le retentissement de la douleur pour effectuer une évaluation. Il est important d'effectuer cette évaluation à plusieurs afin de diminuer la subjectivité de l'observateur. L'échelle comportementale d'évaluation de la douleur pour la personne âgée (ECPA) et Doloplus 2 (www.doloplus.com) sont deux échelles d'hétéroévaluation fondées sur le retentissement comportemental, validées en gériatrie.

Le travail en réseau permet d'effectuer en ville ce type d'évaluation grâce à l'apport de plusieurs professionnels de santé au domicile du patient.

Comment traiter ?

Traitements médicamenteux

Les antalgiques doivent être utilisés en fonction de l'intensité de la douleur et non de sa cause.

Les sujets âgés sont souvent sous-traités du fait de la crainte de la polymédication et de l'insuffisance rénale. C'est pour cette raison que le rôle du médecin généraliste est fondamental dans la prise en charge car il permet de centraliser les informations. Le Réseau permet d'aider le médecin traitant dans ses choix thérapeutiques (traitements adaptés à la fonction rénale, à la diminution de la masse maigre, de l'eau totale et, lors de la dénutrition, à la diminution de l'albumine augmentant la fraction libre des médicaments).

La démarche thérapeutique sera la même que chez l'adulte plus jeune hormis certaines précautions.

- Pour les antalgiques de palier I, on préfère le paracétamol compte tenu des effets secondaires de l'aspirine. L'usage des AINS en gériatrie fait l'objet d'une réflexion « bénéfique/risque » à l'échelon individuel, compte tenu des effets secondaires gastrotoxiques mais surtout néphrotoxiques. On est surtout vigilant aux interactions médicamenteuses (diurétiques, inhibiteurs de l'enzyme de conversion, corticoïdes, anticoagulants...). Si le traitement AINS s'avère nécessaire, on utilise les médicaments ayant la durée de vie la plus courte, à la plus faible posologie, administrés le moins longtemps possible hormis dans les maladies inflammatoires chroniques. On surveille la pression artérielle, l'apparition d'œdèmes au niveau des membres inférieurs, de troubles digestifs, ainsi que la fonction rénale.

LES DOULEURS
VUES DANS
LE RÉSEAU

LES DOULEURS
VUES DANS
LE RÉSEAU

- Pour les antalgiques de palier II, on augmente progressivement les posologies, en associant parfois paliers I et II afin d'épargner la dose d'opioïdes faibles. On utilise des posologies suffisantes et régulières pour couvrir les 24 heures. Les effets secondaires sont prévenus et recherchés (constipation...).
- Pour les antalgiques de palier III, on préfère la morphine. Lorsque les « bonnes règles » sont respectées, celle-ci est bien tolérée.

On effectue un bilan clinique avant mise sous morphine qui permet d'avoir un élément de comparaison en cas d'effets secondaires.

Une *check-list* a été élaborée par l'équipe mobile Douleur Sainte-Perrine :

Respirer	Fréquence respiratoire Pauses respiratoires
Éliminer	Dates des dernières selles moulées Date du dernier toucher rectal (TR) Mictions régulières ?
Boire et manger	Nausées Vomissements Fausses routes
Dormir	Le patient dort-il la nuit ? le matin ? l'après-midi ? Est-il alors facilement réveillable ?
Communiquer	Le patient est-il confus, agité, délirant ? A-t-il déjà eu des hallucinations ?

La morphine est prescrite régulièrement sur les 24 heures. Il est nécessaire d'adapter les doses en fonction de la douleur et de la fonction rénale. La voie orale est toujours privilégiée. Il est recommandé de commencer par une titration à l'aide d'une forme à libération immédiate, à demi-dose par rapport au sujet plus jeune, voire au quart de dose si le sujet est dénutri et très âgé. Pour une clairance de la créatinine inférieure à 30 ml/min, on espace les doses (toutes les 6 heures). On augmente progressivement les doses, guidé par les réévaluations. Une douleur intense épisodique fait choisir de la morphine à la demande (en cas d'accès douloureux et non systématique).

Les effets secondaires sont les mêmes que chez le sujet jeune :

- la constipation justifie une prévention systématique ; la constitution de fécalome n'est pas rare.
- les nausées et vomissements sont moins fréquents que chez le sujet plus jeune, ils doivent donc être recherchés et traités mais non systématiquement prévenus ;
- la rétention d'urine peut être favorisée par la constipation ou une pathologie prostatique ;
- la somnolence peut se manifester en début de traitement et n'être qu'une somnolence de récupération (dette de sommeil liée à la douleur). Il faut rester vigilant et se méfier des interactions médicamenteuses ;
- la confusion nécessite une baisse de posologie et impose d'éliminer auparavant d'autres causes (déshydratation, hypercalcémie...).

Le mélange équimolaire oxygène-protoxyde d'azote (MEOPA) est intéressant pour la prévention des douleurs induites par des gestes douloureux (ponction lombaire, myélogramme, pose de cathéter central, biopsie osseuse, évacuation de fécalome...) ou par des soins douloureux (escarres, ulcères, mobilisations par le kinésithérapeute, toilettes ou pansements douloureux...). Il est utilisé seul ou en association. Quelques études concernant de petits échantillons ont été publiées sur l'utilisation de MEOPA chez le sujet

âgé. Les résultats montrent un bon rapport « bénéfique/risque » dans le respect des contre-indications avec une bonne tolérance même chez les patients ayant des troubles cognitifs (pas de nausées, de vomissements ni de confusion). Il n'est utilisé actuellement qu'en milieu hospitalier et dans le cadre de l'hospitalisation à domicile.

Traitements non médicamenteux

Il existe peu de publications dans la littérature sur l'utilisation de techniques non médicamenteuses dans la prise en charge de la douleur du sujet âgé. Compte tenu de l'absence d'effets secondaires, ces techniques sont fortement recommandées.

Plusieurs études ont montré l'efficacité de l'approche cognitive et comportementale chez le sujet âgé. Le facteur limitant est l'existence de troubles cognitifs.

La relaxation et l'hypnose, même chez des patients ayant des troubles cognitifs, montrent des résultats intéressants.

Une étude préliminaire a montré l'efficacité de la neurostimulation transcutanée périphérique de type TENS dans les douleurs du sujet âgé, notamment les lombalgies, voire lomboradiculalgies chroniques. Cette méthode est sans doute sous-utilisée.

Conclusion

La prise en charge de la douleur de la personne âgée doit être globale et coordonnée entre les professionnels fonctionnant en réseau. En effet, cette douleur demande encore plus d'attention que celle du sujet plus jeune car il faut lutter contre les préjugés du sujet lui-même. Elle demande l'utilisation d'outils adaptés et l'intervention de l'entourage ou des soignants quand une hétéroévaluation est nécessaire. La prise en charge thérapeutique ne présente pas de difficulté si on prend pour principe de commencer par des faibles doses et d'augmenter progressivement. La réévaluation est le maître mot pour arriver à la posologie efficace.

LES DOULEURS
VUES DANS
LE RÉSEAU

Bibliographie

- Bozygit A, Hached D, Kiffel C et al. Intérêt, limites d'utilisation et tolérance du mélange équimolaire protoxyde d'azote-oxygène pour les actes douloureux en gériatrie. *Douleurs* 2005 ; 6 : 238-246.
- Brochet B. Épidémiologie de la douleur chez les sujets âgés. In Sebag-Lanoe R, Wary B, Mischlich D. *La douleur des femmes et des hommes âgés*. Paris : Masson ; 2002.
- Capet C, Bentot C, Druésne L et al. Les effets indésirables des anti-inflammatoires non stéroïdiens (AINS) chez le sujet âgé. *Revue de Gériatrie* 2001 ; 26 : 379-384.
- Crook J, Rideout E, Browne G. The prevalence of pain complaints in a general population. *Pain* 1984 ; 18: 299-314.
- Douillard V, D'avigneau, Cledat Y. Utilisation du mélange équimolaire protoxyde d'azote-oxygène pour les actes douloureux en gériatrie. *Revue de Gériatrie* 2002 ; 27 : 45-52.
- Ferrel BA, Ferrel BR, Osterweil D. Pain in nursing home. *J Am Geriatric Soc* 1990 ; 38: 409-414.
- François V, Dares V, Moussa H et al. Évaluation d'un stimulus de pression par des échelles verbales simples, numériques et visuelles analogiques au sein d'une population âgée hospitalisée : implications pour l'évaluation de la douleur en Gériatrie. *La revue de Gériatrie* 2004 ; 29 : 95-102.
- Jousset C. Peut-on utiliser l'hypnose dans le suivi de la douleur chronique rebelle chez des patients âgés ? *Douleurs* 2002, hors-série 13, 2S57.
- Lhuillery D, Laudet J. Pratique de la neurostimulation transcutanée en gériatrie, à propos de 20 cas. *Douleur* 2001 ; 2 : 216-220.
- Lvovschi V, Aubrun F, Riou B. Douleur chez le sujet âgé 1^{ère} partie : bases physiologiques et données épidémiologiques. *Repères en Gériatrie* 2005 ; 50 : 151-155.

LES DOULEURS
VUES DANS
LE RÉSEAU

- Recommandations AFSSAPS. *Mise au point sur le bon usage des opioïdes forts dans le traitement des douleurs chroniques non cancéreuses.*
- Rouvière S, Lavallart B, Khezzari F et al. *Procédure d'utilisation de Kalinox® pour les soins de gériatrie.* Douleurs 2005 ; 6 : 3S25-3S30.
- Sachet A, Sebag-Lanao R. *Traitement opioïde chez la personne âgée.* Douleurs 2002 ; 3 : 1S29-1S32.
- Sebag-Lanao R. *Les syndromes douloureux du sujet âgé et leurs conséquences.* L'observatoire de la Douleur 2003, 14.
- Wary B. *Douleurs chez la personne âgée, quelques spécificités.* Douleur 2002 ; 3 : 207-209.

Migraine et céphalées chroniques par abus médicamenteux

Véronique Blanchet, Gaëlle Lenclud, Esther Soyeux

À propos d'une patiente

Madame S., 45 ans, mariée, deux enfants, secrétaire à temps plein (deux jours d'arrêt dans les 3 derniers mois) souffre de migraines sans aura depuis l'âge de 15 ans. Les douleurs s'aggravent depuis 3 mois et sont actuellement permanentes. Mme S. a augmenté ses prises médicamenteuses en associant des antalgiques prescrits par des médecins différents.

Son traitement actuel comporte du paracétamol-codéine, 8 par jour, de la prantalgin 4 par jour, du Lysanxia® 1 par jour, du clomipramine 75 mg par jour et du Zomig® 1 par jour. Elle est aussi traitée pour une dépression depuis 1996. Le diagnostic de céphalées chroniques quotidiennes

par abus médicamenteux est posé par le médecin traitant de la patiente. Un sevrage en ambulatoire a échoué. Le médecin, membre du Réseau LCD, propose de discuter de la prise en charge lors de la réunion mensuelle de discussion de dossiers du Réseau.

Quels avantages apporte le Réseau ?

La coordination médicale du Réseau rencontre la patiente et décide d'effectuer un sevrage lors d'une hospitalisation dans un service de neurologie ou de médecine interne. Le médecin traitant revoit la patiente pour lui expliquer le projet thérapeutique.

Le sevrage est donc réalisé en hospitalisation. La coordination médicale du Réseau s'assure de la personnalisation de la prise en charge dans le service de neurologie en rencontrant l'équipe et la patiente au début et à la fin de l'hospitalisation. Un suivi psychologique est programmé en ville.

La patiente est revue à 6 mois par son médecin traitant : le sevrage est réussi. La patiente suit une psychothérapie et participe aux groupes de relaxation organisés par le Réseau en ville. Ce cas illustre l'intérêt de la prise en charge pluridisciplinaire et l'avantage d'une coordination des soins afin d'avoir un discours commun en organisant une offre de soins adaptée et élargie entre la ville et l'Hôpital.

Migraine

Diagnostic à connaître

La migraine est une maladie familiale à prédominance féminine, dont la prévalence est élevée et qui peut, dans les formes sévères, entraîner une altération significative de la qualité de vie. Les répercussions en termes socioéconomiques sont importantes (arrêts de travail notamment).

Le diagnostic précis et le suivi des recommandations de bonne pratique (ANAES) doit permettre d'optimiser la prise en charge thérapeutique de ces patients.

Épidémiologie de la migraine

- 12 % de la population générale adulte
- Migraine sans aura (MSA) 6 à 10 %
- Migraine avec aura (MA) 3 à 6 %
- 5 % des enfants
- 3 femmes pour 1 homme
- Début avant 40 ans dans 90 % des cas, diminue après 60 ans
- MSA 85 % des migraines
- MA : 15 %

Première consultation

Affirmer le diagnostic

Le diagnostic de migraine repose sur l'interrogatoire et l'examen clinique. Il est confirmé par les critères de l'*International Headache Society* (www.anaes.fr; Rubrique « Publications »). Les examens complémentaires sont inutiles dans la majorité des cas. Cependant, une modification des caractères habituels de la crise ou un examen clinique anormal doivent inciter à faire des explorations qui seront orientées par le contexte (NFS, vitesse de sédimentation, scanner ou IRM).

Distinguer une migraine d'une céphalée de tension

Le diagnostic étiologique d'une céphalée est parfois difficile. La formation proposée par le Réseau aux professionnels de santé permet de consolider les connaissances sur cette thématique, chaque année actualisée. Les réunions de dossier ou l'appel de l'algovigilance (coordination médicale du Réseau) permettent d'avoir un avis diagnostique et/ou thérapeutique immédiat (*tableau 4, p. 48*).

Principes de la prise en charge de la migraine

Traitement de la crise

Il comprend :

- un traitement non spécifique : AINS (ibuprofène, aspirine, kétoprofène) ;
- un traitement spécifique : les triptans. De nombreux essais contrôlés versus placebo ont montré leur efficacité sur de nombreux critères : soulagement de la céphalée à 2 heures, disparition de la céphalée à 2 heures, nécessité d'un traitement de secours, récurrence, etc. Les contre-indications, en raison de l'effet vasoconstricteur, sont :
 - coronaropathie, artériopathie, HTA sévère ;
 - association contre-indiquée avec les dérivés ergotés, en raison d'un risque de potentialisation de l'effet vasoconstricteur ;
 - antécédents d'allergie aux sulfamides, association aux inhibiteurs de la recapture de la sérotonine, aux inhibiteurs de la mono-amine oxydase (IMAO), au propranolol (précautions d'emploi).

LES DOULEURS
VUES DANS
LE RÉSEAU

Tableau 1. Traitement de la crise de migraine

Substance (DCI)	Spécialités concernées	Posologies	Règle de prescription Ne pas dépasser
Antalgiques			
Acide acétylsalicylique		1 g	3 g
Paracétamol		1 g	4 g
Anti-inflammatoires non stéroïdiens			
Naproxène	Naprosyne®, ...	500 mg (1-2 cp, suppositoire)	1 000 mg/24 h
Flurbiprofène	Cebutid®, Antadys®	100 mg	300 mg/24 h
Diclofénac	Voltarène®, ...	50 mg (1-2 cp)	150 mg/24 h
Ketoprofène	Profenid®, ... Bi Profenid®, ...	50, 100, 200 mg 150 mg	300 mg/24h
Ibuprofène	Advil®, Nurofen®, ...	400 mg (1-2 cp)	2 400 mg/24 h
Acétylsalicylate de lysine + métoclopramide	Migpriv®	1 620 mg/10 mg	2 sachets/24 h
Tartrate d'ergotamine + caféine	Gynergène caféiné®	1 mg/100 mg 1-2 mg (1-2 cp.)	6 mg/24 h 10 mg/semaine
Dihydroergotamine	DHE® ampoule Diergo Spray®	1 mg (1 amp. SC, IM, IV) 1 pulv./narine 0,5 mg/dose	2 amp/24 h 2 pulv./narine/24 h max : 2 mg/crise 8mg/semaine
Triptans			
Sumatriptan injectable Sumatriptan cp Sumatriptan spray	Imiject®, Imigrane® Imigrane® spray	6 mg (1 amp. SC, auto-inj.) 50 mg, 10 mg ou 20 mg pour pulv. Nasale	2 amp/24 h max 300 mg/24 h max 2 pulv /24h 40 mg/24 h
Zolmitriptan	Zomig®, Zomigoro®	2,5 mg/24 h (1 cp)	Max : 10 mg/24 h
Naratriptan	Naramig®	2,5 mg (1 cp)	5 mg/24 h
Eletriptan	Relpax®	20 ,40 mg (1 cp)	80 mg/24 h
Almotriptan	Almogran®	12,5 mg (1 cp)	25 mg/24 h

LES DOULEURS
VUES DANS
LE RÉSEAU**Triptans : contre-indications**

- Pathologie cardiovasculaire ischémique
- Pathologie vasculaire périphérique
- HTA non contrôlée
- Au moment de l'aura migraineuse
- Association à l'ergotamine, ses dérivés (y compris le méthysergide)
- Association avec un autre triptan
- Grossesse

Il n'y a pas d'efficacité croisée. Il faut tester les différents triptans.

Il faut prendre une dose le plus tôt possible au moment de la céphalée (ou de la fin de l'aura), à renouveler en cas de soulagement initial puis rechute dans les 24 heures. Un second comprimé (ou pulvérisation ou injection) n'a pas d'intérêt en cas d'échec.

Il faut respecter un intervalle minimum de 2 heures entre deux prises.

Les dérivés ergotés sont beaucoup moins utilisés depuis l'arrivée des triptans.

On peut utiliser comme adjuvants les antiémétiques, la caféine.

En pratique et selon les Recommandations de la HAS : on prescrit en première intention un AINS et le triptan est utilisé en secours si l'AINS n'a pas permis un soulagement complet dans les 2 heures. Le triptan est utilisé d'emblée si l'AINS est inefficace à la troisième crise ou s'il n'est pas toléré.

Traitement de fond

Il n'y a pas d'élément prédictif pour choisir une molécule plutôt qu'une autre. On procède par une démarche d'essais/succès/échecs sur des crises successives. Un traitement qui devient inefficace peut s'avérer à nouveau efficace quelques années plus tard.

L'objectif est de trouver pour chaque patient le (ou les) médicament(s) qui possèdent le meilleur rapport efficacité/tolérance.

Les principaux traitements médicamenteux sont résumés dans le tableau 2.

Importance de la relaxation

La relaxation présente un double intérêt dans le traitement de la migraine, comme traitement de fond et comme traitement des facteurs déclenchants.

LES DOULEURS
VUES DANS
LE RÉSEAU

Tableau 2. Traitement de fond de la migraine

Substance (DCI)	Spécialités concernées	Posologies
Bêtabloquants Propranolol...	Avlocardyl 40 [®] ,...	1 à 3 cp/j
Antisérotoninergiques Methysergide	Désemil [®]	1 à 3 cp/j max 6 mois
Pizotifene	Sanmigran [®]	2 à 3 cp/j
Oxetorone	Nocertone [®]	2 à 3 cp/j
Inhibiteurs calciques Flunarizine	Sibélium [®]	1/2 à 1 cp/j max 6 mois
Vérapamil	Isoptine 40 [®] ,...	3 à 6 cp/j
Dihydroergotamine	DHE [®] gouttes ou cp... Ikaran [®] , Seglor [®] ,...	30 gouttes ; 3 cp/j 2 cp/j
Antidépresseurs Amitriptyline	Laroxyl [®] , Elavil [®]	20 à 75 mg/j
Alphabloquants Indoramide	Vidora [®]	2 cp/j
Antiépileptique Acide valproïque	Dépakine 500 [®] ,...	1 à 2 cp/j
Topiramate	Epitomax [®]	25 mg à 100 mg en 2 prises

LES DOULEURS
VUES DANS
LE RÉSEAU

En effet, les études montrent que la pratique de la relaxation chez les migraineux (adulte ou enfant) diminue de façon significative la fréquence et l'intensité des crises. De façon moins fréquente, certains patients arrivent à « couper » les crises en une séance. Pour obtenir ces résultats, une pratique régulière associée à des exercices spécifiques est indispensable.

Le travail en groupe est particulièrement adapté. Il permet aux patients de se sentir moins isolés, de se sentir compris mais également de se soutenir et de s'encourager. Le groupe permet aussi de repérer et de travailler certains facteurs déclenchant les crises et, en particulier de gérer le stress.

Céphalées de tension

Les céphalées de tension font l'objet d'une classification par l'IHS (*International Headache Society*) mise à jour en 2004 (*tableau 3*). Cette classification permet d'inscrire les démarches diagnostiques et thérapeutiques dans le cadre des recommandations de bonne pratique telles les Recommandations de l'ANAES.

En France, la migraine concerne 12 % de la population générale, les céphalées de tension épisodiques 6 % et les céphalées chroniques quotidiennes 3 %.

Tableau 3. Critères IHS diagnostiques de céphalée de tension

A	Au moins 10 épisodes répondant aux critères B-D
B	Céphalée d'une durée variant entre 30 minutes et 7 jours
C	La céphalée présente au moins deux des caractéristiques suivantes : – localisation bilatérale ; – sensation de pression (non pulsatile) ; – intensité légère ou modérée ; – aucune aggravation par l'activité physique.
D	Absence des deux caractéristiques suivantes : – nausée ou vomissement ; – phonophobie et photophobie.
E	Exclusion par l'anamnèse, l'examen clinique et neurologique, éventuellement par des examens complémentaires, d'une maladie organique pouvant être la cause des céphalées.

Tableau 4. Critères diagnostiques comparés (ANAES 2004)

	Migraine	Céphalée de tension
Topographie de la douleur	Hémicrânie	Bilatérale
Type de céphalée	Pulsatile	Pression, étai
Intensité	Modérée à sévère	Légère à modérée
Aggravée à l'effort	Oui	Non
Nausée/vomissements	Oui	Non
Photophobie	Oui	oui/non*
Phonophobie	Oui	non/oui*
Durée de la crise	30 min à 7 jours	4 à 72 h

* Dans la céphalée de tension, photophobie ou phonophobie peuvent être présentes mais pas simultanément.

Céphalées Chroniques Quotidiennes (CCQ)

Pour le médecin généraliste, dépister les céphalées essentielles peut relever du défi puisque les patients consultent rarement pour ce motif. Il est pourtant essentiel de les rechercher compte tenu de leur prévalence et de leur retentissement sur la qualité de vie des patients.

Ce sont des céphalées :

- présentes plus de 15 jours par mois ;
- évoluant depuis plus de 3 mois ;
- ayant une durée quotidienne supérieure à 4 h sans traitement.

Ce tableau clinique résulte de la transformation d'une céphalée essentielle initialement épisodique (migraine ou céphalée de tension épisodique) en céphalée chronique.

On distingue trois types de céphalées chroniques quotidiennes (CCQ) :

- céphalées ayant les caractéristiques de la migraine ;
- céphalées ayant les caractéristiques de la céphalée de tension ;
- fond céphalalgique permanent auquel s'ajoutent des crises d'allure migraineuse.

L'abus médicamenteux, les facteurs psychopathologiques, hormonaux (ménopause) et musculosquelettiques (tensions musculaires) ainsi qu'une prise en charge initiale insuffisante des céphalées épisodiques favorisent ou pérennisent cette chronicisation.

Épidémiologie (France)

La prévalence des CCQ est de 3 à 4 % dans la population générale. Les consultations spécialisées dans la prise en charge des céphalées démontrent 60 à 80 % d'abus médicamenteux concernant les CCQ. 60 % des migraineux utilisent au moins quatre unités de médicament par crise. Les antalgiques en vente libre sont deux fois plus utilisés que ceux nécessitant une prescription médicale. 4 % des migraineux souffrent de CCQ par abus médicamenteux.

Critères IHS de l'abus médicamenteux

La prise médicamenteuse est régulière et dure depuis plus de 3 mois. Elle est présente :

- plus de 15 jours par mois pour les antalgiques non opioïdes (paracétamol, AINS) ;
- plus de 10 jours par mois pour les autres traitements de crise (opioïdes, ergotés, triptans, spécialités antalgiques associant plusieurs principes actifs).

Que faire au cours de la première consultation ?

Affirmer le diagnostic

Devant un tableau de CCQ, l'interrogatoire et l'examen clinique doivent permettre :

- d'identifier le type de céphalée initiale ;
- d'analyser la céphalée actuelle ;
- d'éliminer une CCQ symptomatique.

Évaluer les facteurs associés aux CCQ

Les facteurs associés sont :

- l'abus médicamenteux : véritable cercle vicieux, facteur d'entretien des CCQ et de résistance aux traitements de crise et de fond ;
- les facteurs psychopathologiques (troubles anxieux et dépressifs, addiction, événements de vie difficiles, troubles de la personnalité) ;
- les facteurs hormonaux (ménopause) ;

LES DOULEURS
VUES DANS
LE RÉSEAU

LES DOULEURS
VUES DANS
LE RÉSEAU

- les facteurs musculosquelettiques : devant des tensions musculaires, il convient de rechercher l'existence de facteurs posturaux, traumatiques, un dysfonctionnement de l'articulation temporomandibulaire.

Principes de la prise en charge

CCQ avec abus médicamenteux

Le traitement repose sur le sevrage, qui peut se dérouler en ambulatoire ou en hospitalisation. En cas de décision de sevrage hospitalier par exemple, le médecin s'en remet à la coordination du Réseau, qui organise l'hospitalisation et le lien avec les correspondants hospitaliers.

Il est important d'expliquer au patient les mécanismes de transformation d'une céphalée épisodique en CCQ, ainsi que l'implication des facteurs associés dans la genèse et la pérennisation des CCQ.

Dans le cadre du Réseau, on remet :

- un protocole de prise en charge des CCQ par abus médicamenteux pour les médecins (**annexe 9**) ;
- une brochure d'information patient sur les CCQ par abus médicamenteux (**annexe 10**) ;
- un agenda « céphalée » dans lequel le patient précisera la fréquence des crises, leur intensité, leur durée, les médicaments utilisés, le nombre d'unités consommées.

Il est indispensable de l'aider à accepter l'idée que le sevrage est essentiel pour rompre le cercle vicieux, et permettre la réapparition des céphalées épisodiques initiales pour lesquelles un traitement est alors proposé.

La présence de troubles anxieux, dépressifs ou de troubles de la personnalité peuvent conduire à proposer une prise en charge psychothérapeutique (TCC ou psychanalyse)

S'il existe un stress important, on pourra proposer au patient d'acquiescer des techniques de relaxation thérapeutique.

Un nombre de rechute dans les six mois du sevrage est important. Le médecin doit rechercher systématiquement les facteurs de risque de récives avant toute prise en charge : céphalée de tension préalable, coabus d'antalgique et de triptans, comorbidité psychiatrique, addiction.

CCQ sans abus médicamenteux

La prise en charge repose sur l'instauration d'un traitement de fond de la céphalée épisodique.

Exemple : amitriptyline 25 à 100 mg/j per os et du traitement des facteurs associés (psychopathologiques et musculoquelettiques).

Bibliographie

- ANAES. *Recommandations. Prise en charge diagnostique et thérapeutique de la migraine chez l'adulte et chez l'enfant : aspects cliniques et économiques*. Octobre 2002 (<http://www.has.fr/>)
- CCQ : *diagnostic, rôle de l'abus médicamenteux, prise en charge*. Septembre 2004. (<http://www.has.fr/>)
- *Headache classification subcommittee of the international headache society. The international classification of headache disorders*. Cephalalgia 2004 ; 24 : 1S9-160 (<http://www.i-h-s.org>).
- Lanteri-Minet M *et al. Prevalence and description of chronic daily headache in the general population in France*. Pain 2003, 102 : 143-149.
- Lenclud G. *Prise en charge en Ambulatoire des CCQ avec abus médicamenteux*. Thèse de médecine, mai 2003.
- Lucas C, Chaffaut C, Artaz MA, Lanteri-Minet M. *Framig 2000 : medical and therapeutic management of migraine in France*, Cephalalgia, 25 (2005) 267-279

Migraine de l'enfant

Francine Hirszowski, Barbara Tourniaire, Esther Soyeux

À propos d'un patient

La première crise de Clément survient à 4 ans ; sa mère est appelée à l'école pour un malaise avec pâleur extrême, nausées et polyalgies. On a sans doute parlé de virus à ce moment-là. Deux ans plus tard, le diagnostic de migraine est porté. Les antécédents familiaux de migraine sont nombreux chez :

- la mère de Clément ;
- ses deux arrières grands-parents ;
- son grand-père maternel.

L'examen neurologique et général de cet enfant de 6 ans est normal.

L'agenda que tient Clément (petit cahier qu'il s'approprie avec l'aide de ses parents, grands-parents et nounou) objective très vite deux périodes de grande fréquence des migraines :

- en juin : dix crises ;
- en novembre-décembre.

Le traitement est du sirop d'Advil mais on reste timidement à 7,5 mg/kg. Cependant, ce traitement n'améliore pas les crises et provoque de plus une urticaire.

LES DOULEURS
VUES DANS
LE RÉSEAU

Quels avantages apporte le Réseau ?

Le médecin demande un avis à la coordination médicale du Réseau qui organise une consultation migraine-enfant à l'hôpital Trousseau.

Une consultation de 1h30 permet de gagner la confiance de Clément et de le rassurer sur ses crises de migraine.

Cette consultation permet à Clément d'identifier les facteurs favorisant les crises : stress scolaire (changement d'école et d'amis), facteurs familiaux (parents exigeants, en instance de divorce), manque de sommeil, repas négligés.

Après un examen global physique et psychique, le médecin propose pour Clément : kétoprofène (Toprec®) : 1 comprimé par crise. Clément a alors 9 ans et pèse 35 kg.

Il propose également un apprentissage de la relaxation à raison d'une séance de 45 minutes en groupe une fois par semaine pendant 6 mois à l'hôpital Trousseau.

Depuis, Clément présente beaucoup moins de crises et parvient à bien mieux les gérer ; mais son terrain atopique (allergie aux pollens et aux animaux, eczéma) prend le dessus. Cette comorbidité (migraine – atopie) semble fréquente chez ces enfants.

Clément décide de revoir régulièrement le pédiatre du Centre de la migraine, aussi bien pour ses migraines que pour les facteurs déclenchants : soucis scolaires, stress et fatigue.

Ce pédiatre apparaît ici comme un véritable lien entre Clément et le monde qui l'agresse, sans que l'on puisse pour autant parler de psychothérapie.

Clément a maintenant 12 ans.

Le traitement proposé actuellement est variable selon l'importance des crises :

- kétoprofène (Toprec®) : 1 comprimé par crise en première intention (le Toprec® a été proposé devant l'échec de l'Advil® et la réaction allergique possible) ;
- sumatriptan (Imigrane®) : 10 mg si l'AINS est inefficace ou en première intention pour les crises les plus intenses.

LES DOULEURS
VUES DANS
LE RÉSEAU

Définition de la migraine chez l'enfant

Chez l'enfant, le diagnostic de migraine peut poser davantage de problèmes que chez l'adulte. En effet, l'interrogatoire est souvent malaisé chez un jeune enfant, et le nombre de crises n'est pas toujours suffisant pour permettre d'affirmer le diagnostic. Il est important de prendre le temps d'interroger très précisément l'enfant et sa famille, en utilisant des termes clairs et de bien séparer les crises de migraine des épisodes de céphalées de tension. Les tableaux mixtes sont très fréquents et la cause d'erreurs diagnostiques et d'abus médicamenteux éventuels. Il est nécessaire de revoir l'enfant et de le réexaminer à intervalles réguliers.

Diagnostic

La migraine ne pose pas, dans la majorité des cas, de difficultés diagnostiques.

Il s'agit d'un diagnostic d'interrogatoire. L'expression clinique est dominée par la migraine sans aura et la migraine avec aura typique, telles qu'elles sont définies par l'*International Headache Society (IHS) 2004* (www.migraine-enfant.org, Espace « Professionnels »).

Si tous les critères sont remplis et que l'examen neurologique est normal, les examens sont inutiles. En revanche, devant toutes les autres formes cliniques, ou bien s'il existe un élément clinique atypique à l'interrogatoire ou à l'examen, des examens complémentaires (scanner cérébral en particulier) sont utiles car la migraine peut être le symptôme révélateur d'une autre affection cérébrale diffuse ou localisée. L'imagerie (scanner ou IRM) est réalisée plus volontiers chez les enfants de moins de 6 ans.

Au-delà de cet âge, l'imagerie n'est effectuée que dans les cas suivants :

- anomalie de l'examen neurologique ;
- crises de migraines complexes ou atypiques ;
- crises de plus en plus fréquentes ;
- modifications du comportement ;
- difficultés d'apprentissage ;
- retard de croissance.

Les erreurs de diagnostic les plus fréquentes sont les erreurs par défaut. Il n'est pas rare que d'authentiques crises de migraine soient considérées comme des sinusites, des pathologies gastro-intestinales ou des troubles de la réfraction. L'enfant peut avoir des céphalées essentielles autres que la migraine : des céphalées de tension (très fréquentes et souvent associées aux migraines) où, comme chez l'adulte, les facteurs psychologiques sont souvent prépondérants, et très rarement des crises d'algie vasculaire de la face qui ont été décrites dès l'âge de 3 ans.

Les céphalées autres que la migraine sont facilement écartées. En revanche, il est plus difficile, chez un migraineux connu, d'identifier d'autres types de céphalées coexistantes, en particulier les céphalées de tension ou les céphalées avec abus de médicaments.

La migraine reste donc, dans une pratique médicale où les examens complémentaires prennent le devant de la scène, une affection dont le diagnostic doit rester fondé sur l'interrogatoire et l'examen clinique.

Cela implique que la première consultation d'un migraineux soit nécessairement longue, de l'ordre de 1 h. Une fiche type de consultation proposée par le centre de la migraine de l'hôpital Trousseau permet d'être exhaustif (**annexe II**).

En résumé, la migraine de l'enfant se distingue de celle de l'adulte par :

- des crises plus courtes (2 à 48 heures chez l'enfant de moins de 15 ans) ;

- une localisation bilatérale plus fréquente ;
- des troubles digestifs souvent au premier plan ;
- une pâleur inaugurale fréquente ;
- une aura sensitive, visuelle ou auditive qu'il convient de rechercher.

Traitement

Traitement de crise

Il comprend :

- ibuprofène 10 mg/kg/prise en première intention (enfant de plus de 3 mois) ;
- seulement en cas de vomissements : acide niflumique suppositoires 400 mg pour un enfant de plus de 6 mois ou diclofénac suppositoires 25 mg pour un enfant de plus de 16 kg ;
- sumatriptan 10 mg en spray nasal (enfant de plus de 12 ans ou de plus de 30 kg).

Tableau 1. Traitement de la crise de migraine chez l'enfant.

Substance (DCI)	Spécialités concernées	Posologies/ remarques	Règle de prescription
Ibuprofène Suspension buvable	Advil® sirop ou Nureflex® sirop,...	1 dose kg délivre 7,5 mg d'ibuprofène 20 mg/mL sirop dose/kg (10 mg par graduation)	Enfant de plus de 3 mois. Posologie recommandée : 10 mg/kg
cp	Antarene®, Advil®,...	cp de 100, 200, 400 mg	Un enfant de 20 kg peut prendre 1 cp de 200 mg
tabs	Nurofentabs®,...	200 mg cp orodispersible	
Diclofenac	Voltarène®,...	Suppositoire 25, 100 mg et cp à 25mg 1 mg/kg	Uniquement en cas de vomissements
Acide acétylsalicylique	Aspegic®,...	Sachet 10 à 15 mg/kg	
Acide acétylsalicylique + métoclopramide	Migpriv®	900 mg/10 mg Sachet	
Triptans Sumatriptan	Imigrane® spray	Spray nasal 10 mg	Donné à partir de 30 kg ou de 12 ans

Traitement de fond

Les méthodes psychocorporelles sont proposées en première intention, comme chez l'adulte (recommandations ANAES). Elles sont fondées sur la relaxation et/ou l'hypnose. Ces techniques peuvent être proposées individuellement ou en groupe. Des groupes de relaxation pour enfants et adolescents sont organisés au centre de la migraine mais aussi en ville par le Réseau LCD-Paris dans le cadre des rémunérations spécifiques.

LES DOULEURS
VUES DANS
LE RÉSEAU

LES DOULEURS
VUES DANS
LE RÉSEAU

Bibliographie

- Abu-Arefeh I, Russell G. *Prevalence of headache and migraine in schoolchildren*. BMJ, 1994, 309: 765-769.
- ANAES. *Recommandation. Prise en charge diagnostique et thérapeutique de la migraine de l'adulte et de l'enfant. La migraine, connaissances descriptives, traitements et prévention*. Paris : expertise collective Inserm ; 1998.
- ANAES. *Recommandations. Prise en charge diagnostique et thérapeutique de la migraine chez l'adulte et chez l'enfant : aspects cliniques et économiques*. Octobre 2002 (www.anaes.fr).
- Annequin D, Dumas C, Tourniaire B, Massiou H. *Migraine et céphalée chronique de l'enfant*. Rev Neurol 2000 ; 156 : 4568-74.
- Annequin D. *Céphalée de l'enfant*. La revue du Praticien-Médecine Générale. N°726/727 ; Mars 2006.
- *Headache classification subcommittee of the international headache society. The international classification of headache disorders*. Cephalalgia 2004; 24:159-160.
- Lewis DW, Kellstein D, Dahl G et al. *Children's ibuprofen suspension for the acute treatment of pediatric migraine*. Headache 2002 ; 42 : 780-6.
- Maytal J, Bienkowski RS, Patel M, Eviatar L. *The value of brain imaging in children with headaches*. Pediatrics 1995; 96: 413-6.
- Winner P, Rothner AD, Saper J, Nett R et al. *A randomized double-blind, placebo controlled study of sumatriptan nasal spray in the treatment of acute migraine in adolescents*. Pediatrics, 2000, 106 (5) : 989-997.

Pour en savoir plus

- Livret à remettre aux enfants : *Comment comprendre et traiter la migraine de l'enfant*. UFAP. Centre de la migraine de l'enfant, hôpital Trousseau (www.migraine-enfant.org).

En seconde intention seulement, un traitement médicamenteux peut être envisagé. L'amitriptyline reste le traitement de fond le plus utilisé en pédiatrie, en débutant à petites doses : par exemple, 0,25 à 0,5 mg/kg atteints progressivement (débuter par 3 à 5 gouttes le soir au coucher pour un enfant de 30 kg).

Agenda

La tenue d'un agenda des crises aide l'enfant et sa famille à mieux prendre en charge la maladie migraineuse.



Approches thérapeutiques proposées par le Réseau

APPROCHES
THÉRAPEUTIQUES
PROPOSÉES PAR
LE RÉSEAU

Traitements médicamenteux

Esther Soyeux, Françoise Laroche

Les traitements médicamenteux de la douleur sont nombreux. Le Réseau établit des fiches thérapeutiques simplifiées puis les met en ligne sur le site. Elles sont régulièrement actualisées et consultables par les professionnels de santé, adhérents au Réseau, à tout moment. Il s'agit des antalgiques, coantalgiques, des antalgiques au cours de la grossesse et l'allaitement, de la rotation des opioïdes, du maniement des morphiniques pour les douleurs non cancéreuses, ainsi que les traitements des douleurs neuropathiques (*cf. notre site*).

Tableau 1. Antalgiques de palier II de l'OMS

Substance (DCI)	Règles de prescription	Spécialités concernées	Indications
Tramadol forme LI	1 mois	Contramal® 50 Topalgic® 50 Zumalgic® 50 Takadol® 100 Biodalgic® 50 Orozamudol® 50 Zamudol 50 Tous génériques	Après 15 ans Maximum 400 mg/j
Tramadol forme LP	1 mois	Contramal® LP 100, 150, 200 Topalgic® LP 100, 150, 200 Monocrioxo® LP 100, 150, 200 (une prise quotidienne) Zamudol® LP 50, 100, 150, 200	Après 12 ans Maximum 400 mg/j
Tramadol injectable	Réservé à l'usage hospitalier	Contramal® 100 mg/2ml Topalgic® 100 mg/2ml Zamudol® 100 mg/2ml	Après 15 ans Maximum 600 mg/j

APPROCHES
THÉRAPEUTIQUES
PROPOSÉES PAR
LE RÉSEAU

Tramadol Solution buvable	1 mois	Contramal® 100 mg/ml Topalgic® 100 mg/ml	Après 3 ans
Tramadol/ paracétamol (37,5/325)	1 mois	Zaldiar® Ixprim®	Après 12 ans Maximum 8 cp par jour
Dextropropoxyphène/ paracétamol (30/400)	1 mois	Di-Antalvic® Tous génériques	Après 15 ans Maximum 6 par jour
Dextropropoxyphène/ paracétamol/ caféine (27/400/30)	1 mois	Propofan® Tous génériques	Après 15 ans Maximum 6 par jour
Paracétamol- caféine-opium (300/30/10)	1 mois	Lamaline®	Après 15 ans Maximum 10 gel par jour
Dihydrocodéine	1 mois	Dicodin® LP 60	Après 15 ans Maximum 2 par jour
Paracétamol/ codéine	1 mois	Lindilane® (400/25) Algisedal® (400/25) Claradol codéiné® (500/20) Codoliprane® (400/20) Dafalgan codéiné® (500/30) Efferalgan codéiné® (500/30) Klupal codéiné® (300/25 et 600/50) Tous génériques	Après 15 ans Maximum 6 par jour

Tableau 2. Antalgiques et femme enceinte

Paracétamol	Administration possible pendant la grossesse
Ibuprofène	La prescription ne doit être envisagée que si nécessaire pendant les 3 premiers mois de grossesse. Elle est contre-indiquée à partir du 6 ^e mois (24 SA).
Aspirine	La prescription ne doit être envisagée que si nécessaire pendant les 3 premiers mois de grossesse. Elle est contre-indiquée à partir du 6 ^e mois (24 SA).
Codéine	Administration possible pendant la grossesse
Dextropropoxyphène	Administration possible pendant la grossesse, en traitement bref et en respectant les doses préconisées
Triptans	A éviter
Morphine	Possible pendant la grossesse mais surveillance de l'enfant à la naissance si traitement long et en fin de grossesse
Tramadol	Ne pas utiliser pendant la grossesse

SA : semaine d'aménorrhée.

**Pour en savoir plus : Centre de Renseignement sur les Agents Tératogènes (CRAT),
Hôpital Trousseau. <http://www.lecrat.org/>**

Tableau 3. Antalgiques et allaitement

Paracétamol	Administration possible pendant l'allaitement
Ibuprofène	Possible pendant l'allaitement
Aspirine	L'acide acétylsalicylique passe dans le lait maternel et est déconseillé pendant l'allaitement
Codéine	En dehors d'une prise ponctuelle, est déconseillé pendant l'allaitement
Dextropropoxyphène	Contre-indiqué pendant l'allaitement
Triptans	L'administration ne doit être envisagée que si le bénéfice attendu pour la mère est supérieur aux risques possibles pour le fœtus
Morphine	<ul style="list-style-type: none"> - Une dose unique apparaît sans risque pour le nouveau-né - En cas d'administration répétée sur quelques jours, suspendre momentanément l'allaitement - En cas d'instauration ou de poursuite après la naissance d'un traitement au long cours, l'allaitement est contre-indiqué.
Tramadol	Utilisation non recommandée pendant l'allaitement Il n'est généralement pas nécessaire d'arrêter l'allaitement après une seule administration de tramadol

APPROCHES
THÉRAPEUTIQUES
PROPOSÉES PAR
LE RÉSEAU

Traitements non médicamenteux

Françoise Laroche

À propos d'une patiente

Madame L., 38 ans, coiffeuse, souffre de fibromyalgie depuis 6 ans. Elle se plaint d'entendre par les différents professionnels de santé consultés « que c'est dans la tête ». Elle se rend bien compte qu'elle est anxieuse pour son avenir professionnel et craint d'être licenciée, mais « les douleurs sont bien réelles ». Elle souhaite cependant apprendre des techniques de détente. En effet, elle a constaté que quand elle n'est pas « sous stress », elle a moins mal et, qu'au contraire, quand sa patronne lui demande « d'augmenter la cadence de travail », les douleurs augmentent.

Quels avantages apporte le Réseau ?

Dans le cas de Madame L., différentes propositions sont envisageables dans le cadre de la prise en charge en réseau. Madame L. peut bénéficier d'une relaxation individuelle ou en groupe, par des professionnels de santé de ville, à proximité de son domicile ou de son travail. Ceux-ci sont des correspondants adhérents du Réseau et sont formés à la relaxation et à la douleur chronique. Il s'agit de médecins, de psychologues ou de kinésithérapeutes. Ces prises en charge sont justiciables de « rémunérations spécifiques » dans le cadre du Réseau LCD pour les psychologues et les médecins. En effet, 10 séances sont dédommagées directement par le Réseau au professionnel, après validation du cahier des charges par la coordination médicale. Les traitements non médicamenteux font partie intégrante du traitement de la douleur chronique. En effet, ils permettent de réduire la douleur et donc de limiter le recours aux antalgiques et/ou aux coantalgiques.

Les thérapeutiques proposées nécessitent une formation spécifique des professionnels. La rééducation est abordée dans les chapitres concernés.

« Approches psychologiques » de la douleur

La douleur chronique induit une dégradation de la qualité de vie avec retentissement psychosocio-professionnel. Ce retentissement peut amplifier la douleur et entretenir un cercle vicieux délétère pour le patient. Le but des traitements psychologiques est de rompre ce cercle vicieux, à l'aide de diverses méthodes qui permettent, par exemple, de se relaxer.

En effet, on connaît différents facteurs psychologiques de vulnérabilité à la douleur. Il s'agit des affects négatifs, de l'hypervigilance, de la dépression, de la peur de la douleur, du catastrophisme, de la « sensibilité anxieuse » et de la « vulnérabilité anxieuse à la maladie ou aux lésions physiques ».

Ces facteurs exposent eux-mêmes à des troubles :

- la « sensibilité anxieuse » favorise les attaques de panique, l'amplification des douleurs de l'accouchement, l'hypervigilance, les biais d'interprétation et les symptômes évoquant le syndrome de stress post-traumatique chez les patients souffrant de douleur chronique. En effet, 10 à 15 % des douleurs chroniques répondent cliniquement aux critères du syndrome de stress post-traumatique. Celui-ci est important à connaître pour l'évaluation des douleurs après accident du travail ou de la voie publique par exemple ;
- la « vulnérabilité anxieuse à la maladie ou aux lésions physiques » est un facteur prédictif de catastrophisme, de peur de la douleur et serait associée à une forte anticipation de la douleur expérimentale ;
- l'hypervigilance répond à un double mécanisme : cognitif et affectif. Elle survient dans certaines situations de douleur intense avec manque de stimuli extérieurs, la douleur étant vécue comme menaçante. Cette hypervigilance a pour conséquences une altération de la mémoire, de la concentration avec augmentation de la douleur (anticipée ou actuelle).

Thérapies de soutien ou d'amorce (Ida Cohen-Pariente)

Il s'agit, dans un premier temps, d'une assistance psychologique que le Réseau met à la disposition du patient douloureux chronique. Cette prise en charge est l'amorce d'une thérapie éventuelle. Il est question de faire le point avec le patient sur le bien-fondé d'une proposition du médecin, de sa propre demande en fonction des besoins qu'il ressent. Le psychologue ou le psychiatre travaillent en collaboration avec des professionnels spécialisés dans le domaine de la douleur. L'objectif est de permettre au patient de retrouver un équilibre psychique, une motivation lui permettant de se réadapter à son environnement affectif, familial et professionnel. C'est aussi lui permettre de trouver un sens à sa douleur; de découvrir; s'il y a lieu, le sens des bénéfices secondaires que peut engendrer une douleur persistante. Dans certains cas, il est question de diminuer la perception de la douleur ou bien d'apprendre à la tolérer et à vivre avec.

Le patient, seul, décide ce type de thérapie d'amorce, avec comme principe le volontariat. Souvent, le patient n'a qu'une connaissance sommaire de ce que représente une cure par la parole, ou bien, il a un savoir erroné, voire une méconnaissance totale de cette thérapie. Il est fréquent d'entendre de la part de patients à qui on propose de consulter un « psy », des propos tels que : « Je n'en ai pas besoin », « Je ne suis pas déprimé », « Je ne suis pas fou »...

Grâce aux rémunérations spécifiques, proposées dans le cadre du Réseau (10 séances de psychothérapie prises en charge intégralement), le patient a l'occasion de mesurer son implication dans le vécu douloureux. Cela permet aussi au patient d'entrevoir qu'il n'y a pas que le soma seul, détaché de son être, qui est le lieu de sa douleur. Par des associations d'idées, de mots, le sujet relève comment le psychisme, constitué de son histoire, de sa culture, de son environnement, répercute à l'endroit du corps son malaise, ses non-dits, ses conflits non résolus, ses désirs non satisfaits, ses manques... L'abord psychanalytique ne vise pas à guérir tout, il n'est pas

APPROCHES
THÉRAPEUTIQUES
PROPOSÉES PAR
LE RÉSEAU

question de restauration de l'état antérieur; celui d'avant la maladie. En effet, si une partie du symptôme doit tomber; comme l'indique une partie de l'étymologie du terme, en tant que compromis qui a servi à vivre mais qui n'a plus lieu d'être, l'autre partie subsiste. Elle forme la singularité du sujet, sa « marque de fabrique ». Cette idée est centrale dans la cure, difficilement assimilable et admissible par le tout-venant et souvent complètement méconnue des patients. D'où cette attente massive des patients pour ce qui est de l'apport du médical. Par ailleurs, l'intérêt de la thérapie d'amorce est aussi d'évoluer éventuellement vers une analyse avec tout ce qu'elle implique : à savoir une régularité dans le suivi des séances, un cadre thérapeutique posé et respecté et surtout le paiement des séances par le patient lui-même. L'objectif est que le patient se prenne en charge, dans le sens littéral du terme. Actuellement, le remboursement des frais médicaux, par la Sécurité sociale tend à maintenir le patient en position d'« assisté ». Cela rend impossible l'autonomie psychique du sujet et risque par là la fixation à un stade infantilissant. De plus, cela permet à la résistance psychique de prendre toute son ampleur et, de ce fait, empêche le travail de s'accomplir: Le bien-être, qui souvent résulte des premières séances, dont l'origine se trouve dans la relation transférentielle entre analysé et analysant, peut encourager le patient à continuer son travail ultérieurement, sans prise en charge quelconque.

APPROCHES
THÉRAPEUTIQUES
PROPOSÉES PAR
LE RÉSEAU

Thérapies comportementales et cognitives (TCC)

À propos d'un patient

Monsieur M., 40 ans, chauffeur routier, souffre de lombalgie chronique sur discopathie L5-S1 depuis 10 mois, des suites d'un accident du travail. C'est un ancien sportif. Il ne comprend pas pourquoi il souffre au moindre effort alors qu'on lui a dit que ce n'était pas grave. Il a déjà consulté de nombreux médecins sans succès. Il est très déçu. Il ne fait plus rien et reste toute la journée sur son canapé. Pourtant, il aimait faire du vélo et sortir avec sa femme. D'ailleurs, avec elle, cela ne va plus du tout. Elle ne le comprend pas et dit qu'il a changé ; qu'il est devenu agressif et nerveux. Il souhaiterait pouvoir gérer son agressivité et le stress qu'il ressent depuis qu'il ne travaille plus.

Quels avantages apporte le Réseau ?

Le médecin traitant, l'un des médecins généralistes correspondants du Réseau, adresse le patient en consultation d'orientation de rhumatologie. Cette consultation offre différentes possibilités. Il peut s'agir d'une prise en charge dans un groupe d'« École du dos - TCC », d'un apprentissage de relaxation individuelle ou en groupe, d'une consultation avec un psychologue ou un psychiatre ou d'une consultation pluridisciplinaire.

Après avoir été évalué par le médecin rhumatologue de la coordination médicale du Réseau, le patient est inclus dans le groupe « École du dos - TCC » de l'hôpital Saint-Antoine. Il s'agit d'un programme global de prise en charge de la lombalgie combinant plusieurs techniques comportementales et cognitives (cf. p. 60-61) et de débiter un sevrage médicamenteux en ville ou à l'hôpital si nécessaire.

Afin de mieux diffuser ces techniques en ville, les principes fondamentaux de la thérapie cognitivo-comportementale sont repris lors des différentes formations du Réseau. Nous avons établi des supports (en ligne sur notre site Internet, Espace « Adhérents ») qui résument les principes fondamentaux de cette approche. Ces techniques sont un plus pour la prise en charge des patients douloureux. Certains médecins et psychologues de ville ont obtenu le diplôme universitaire en thérapie cognitivo-comportementale, ce qui permet, dans le cadre du Réseau, de prendre en charge de façon individuelle les patients qui ne répondent pas aux critères d'inclusion ou qui refusent la prise en charge en groupe.

Exemple d'un programme de thérapie comportementale et cognitive (TCC) – « École du dos Saint-Antoine » effectué au Centre d'Évaluation et de Traitement de la Douleur (CETD) de l'hôpital Saint-Antoine à Paris.

Nous exposons ici un exemple de programme, effectué depuis de nombreuses années, au CETD de l'hôpital Saint-Antoine, à Paris. Il reprend les grands principes et les modalités des programmes de TCC ayant montré leur efficacité dans la littérature internationale.

L'« École du dos - TCC » de l'hôpital Saint-Antoine est animée par un médecin rhumatologue, spécialisé dans les thérapies comportementales et cognitives (TCC) et un kinésithérapeute – ergonome, formé aux TCC.

Les patients inclus souffrent de lombalgie et/ou de lomboradiculalgie chronique, en échec des autres thérapeutiques. Ils sont inclus selon leur motivation et leur capacité à s'investir dans un groupe, avec des « tâches » à effectuer pendant et entre les séances.

L'étape préalable à la prise en charge est la formulation, par les patients, des objectifs personnels qu'ils souhaitent atteindre. Les objectifs sont discutés individuellement afin d'être les plus réalistes possibles. Cette prise en charge s'établit dans un climat d'écoute et d'empathie avec renforcements positifs des succès.

Le programme comprend une séance d'information et de motivation, suivie de six séances, de 2h30 chacune, à 1 semaine d'intervalle. Des séances de rappel sont prévues tous les 3 mois environ. Chaque patient possède un agenda sur lequel il note les « tâches » à effectuer; dans la semaine, entre les séances.

Les objectifs

Les objectifs du programme sont de :

- maintenir/repandre les activités professionnelles et non professionnelles ;
- favoriser le mouvement – l'exercice physique ;
- améliorer la qualité de vie, le sommeil, l'humeur; le niveau de confiance, la relation aux autres ;
- modifier les peurs et les croyances des patients ;
- réduire le nomadisme médical et la dépendance aux soins passifs ;
- limiter la kinésiophobie, les évitements, le déconditionnement physique.

Les critères d'inclusion sont :

- lombalgie/radiculalgie chronique commune ;
- échec des traitements médicochirurgicaux ;
- retentissement socioprofessionnel : diminution des activités, déficit en stratégies adaptatives, cognitions erronées ;
- motivation à effectuer le programme et les tâches à domicile ;
- disponibilité pour les 7 (1 + 6) sessions (engagement écrit) ;

APPROCHES
THÉRAPEUTIQUES
PROPOSÉES PAR
LE RÉSEAU

- capacité à comprendre, à s'exprimer, à lire et à écrire le français ;
- capacité à se déplacer par ses propres moyens (pas de remboursement de frais de transport).

Les critères de non-inclusion sont :

- pathologie évolutive ou symptomatique justifiant d'un traitement spécifique ;
- investigations diagnostiques insuffisantes ou en cours ;
- autre pathologie douloureuse (fibromyalgie, céphalée) ;
- incapacité à communiquer à lire ou à écrire ;
- incapacité à se rendre sur le lieu du programme, à monter quelques marches ou à marcher sur une courte distance ;
- pathologie addictive pouvant interférer avec le travail de groupe ;
- troubles psychiatriques lourds ;
- patient en conflit avec revendications envahissant le discours ;
- absence de motivation personnelle dans une autoprise en charge.

En pratique

La première séance est réservée à l'information. Elle permet de se présenter (thérapeutes et patients), d'expliquer les pathologies motivant la prise en charge dans le groupe. Cette séance permet d'entendre et de reformuler les attentes des patients, d'expliquer le programme, le principe et l'intérêt du groupe. Une vidéo de 30 minutes est présentée et permet une discussion et des commentaires de la part des patients et des thérapeutes.

À l'issue de la séance, il est demandé aux patients qui souhaitent suivre le programme de s'engager à être présent aux six séances et de pratiquer les exercices proposés entre les séances. Des questionnaires d'évaluation initiale sont remplis sur place (questionnaires d'intensité de la douleur, de croyances, de *coping*, de motivation, de retentissement émotionnel de la douleur et questionnaire de Dallas qui évalue l'impact des activités et du travail sur la douleur rachidienne).

Principes du programme

Un dossier est distribué à la première séance. Celui-ci contient une brochure d'information sur la douleur, une brochure sur « le mal de dos », un agenda d'exercices, un résumé du programme, un CD de relaxation avec une brochure de mise en place.

Le programme met l'accent sur le *coping*. Il s'agit de la capacité à s'adapter, à s'ajuster, à faire face. En effet, les stratégies de *coping* mises en place par le patient sont souvent inappropriées (stratégies passives tel l'évitement, la prière, le catastrophisme). Le programme permet un *coping* actif, afin d'apprendre aux patients à gérer les crises douloureuses, en les aidant à se poser les bonnes questions sur les facteurs en cause (aspects physiques, psychologiques) et à trouver leurs propres solutions.

Une **reformulation** permanente (thérapie cognitive) est faite afin que les patients comprennent chaque étape du programme et en quoi cela diffère de ce qu'ils ont préalablement appris. Pour favoriser l'accrochage relationnel, l'acquisition des étapes cognitives est bien évaluée au fur et à mesure afin de pouvoir poursuivre le programme. Par exemple, la reformulation porte sur « Cela fait mal, donc c'est dangereux », « Porter, ce n'est pas bon », « On m'a interdit le sport », « Ma colonne est fragile », « Il faut payer après avoir fait un effort ». Croire au retour à l'état antérieur (avant l'accident...) et rechercher un niveau de douleur zéro ne sont pas des objectifs réalistes.

L'**information-éducation** est une notion clé du programme. Elle permet de rassurer les patients sur la bénignité des lésions (pas de cancer), sur l'absence de parallélisme entre les crises douloureuses et les lésions anatomiques, sur la capacité à se mobiliser sans risque, sur l'importance du mouvement et, à l'inverse, sur les effets négatifs du repos, sur l'absence

APPROCHES
THÉRAPEUTIQUES
PROPOSÉES PAR
LE RÉSEAU

APPROCHES
THÉRAPEUTIQUES
PROPOSÉES PAR
LE RÉSEAU

d'évolutivité grave à long terme (pas de risque de fauteuil roulant), et sur les mécanismes physiopathologiques de la douleur chronique (autoentretien en cercle vicieux douleur/contraction/inaction, intrications de multiples facteurs...).

Le **reconditionnement** à l'effort est mis en place dès la première séance. Il comprend le renforcement musculaire, la lutte contre la peur du mouvement, l'intégration des exercices dans la vie quotidienne et l'exploration de nouveaux schémas moteurs. Différents mouvements sont proposés. Il s'agit de l'ergonomie dans la préhension des objets, des étirements, du verrouillage lombopelvien, du dérouillage matinal et des exercices de renforcement musculaire. Les exercices sont réalisés *a quota*, de façon à réaliser une séquence activité/non-douleur qui renforce la réalisation des exercices et se substitue à la séquence spontanée des patients. En effet, ceux-ci mènent les activités physiques jusqu'à la limite tolérable, réalisant une séquence de punition. Tous les exercices proposés sont systématiquement mis en perspective dans le quotidien et les patients partent avec un programme individuel avec tenue d'un agenda (prescription de tâches). L'objectif est de mettre les patients en situation de succès de gestion de la douleur et de transformer les comportements réactionnels en des comportements anticipés.

La **relaxation** est une des clés du programme. En effet, les patients ont remarqué l'importance du stress comme facteur de recrudescence douloureuse et certains décrivent une tension, voire une sensation d'anxiété permanente. La relaxation permet de diminuer la douleur, les contractions musculaires, le stress et l'insomnie. Les premières séances sont effectuées à domicile à l'aide d'un support audio. L'entraînement doit s'effectuer par étapes, d'abord allongé, au calme, puis dans la vie quotidienne (réflexe de relaxation/respiration). La relaxation permet aux patients de se préparer aux situations difficiles. Un rythme d'une à deux séances (10 minutes environ) par jour est recommandé. Les difficultés sont abordées à chaque séance et une séance collective est effectuée au cours du programme.

La littérature

L'efficacité des traitements pluridisciplinaires de la douleur chronique est documentée dans la littérature depuis de nombreuses années. L'approche cognitivocomportementale a démontré son efficacité dans la prise en charge de la douleur chronique et dans le traitement de la lombalgie chronique. Différentes études randomisées et contrôlées ont montré une amélioration de la reprise professionnelle, de la qualité de vie et de l'efficacité personnelle. Les recommandations ANAES 2000 concluent : « Les thérapies comportementales sont efficaces sur l'intensité de la douleur et le comportement vis-à-vis de la douleur en comparaison à un placebo ou à une liste d'attente. Aucune technique n'est supérieure aux autres. Les thérapies comportementales associées à un autre traitement (exercice physique, kinésithérapie, etc.) semblent plus efficaces sur la douleur que ce même traitement seul. »

Les processus mis en œuvre au cours de la thérapie comportementale et cognitive sont l'éducation et l'information à visée thérapeutique (avec reformulation des croyances sur la maladie et sur le rôle à adopter), l'approche cognitive (avec apprentissage des stratégies de *coping* et réassurance afin de renforcer l'efficacité personnelle), la réactivation physique (pour limiter la kinésiophobie, les évitements et le déconditionnement physique), l'apprentissage de la relaxation (avec désensibilisation en imagination) et de la gestion du stress et enfin l'exposition graduée (aux situations redoutées et évitées).

Les patients inclus dans les programmes de TCC sont sélectionnés. Ils doivent avoir compris les enjeux (motivation, mise en situation, rôle actif), ne pas être en attente d'un traitement supposé curatif ou radical, ne pas souffrir d'une pathologie addictive ou de troubles psychiatriques lourds.

Entretiens motivationnels

La motivation au changement fait actuellement l'objet de très nombreuses recherches dans le domaine de la douleur chronique. Les axes d'évaluation de la motivation sont essentiellement la perception, par le patient lui-même, de l'importance de l'autogestion de la douleur, les croyances et freins au traitement et le concept d'être « prêt au changement ». Un questionnaire a été mis en place en 1997 par Kerns (PSOCQ). Il s'inspire de ceux utilisés en addictologie, pour le sevrage tabagique par exemple. Ce questionnaire dénombre quatre étapes du changement. Les réponses au questionnaire permettent d'identifier à quelle étape se situent les patients quant à leur motivation à se prendre en charge. Dans l'étape de précontemplation, les patients constatent qu'aucun traitement n'a été efficace et attendent des solutions extérieures. Dans l'étape de contemplation, les patients prennent conscience qu'ils ont probablement des solutions à mettre en place pour gérer eux-mêmes la douleur. Dans l'étape d'action, les patients cherchent des outils et sont actifs à les utiliser. Enfin, la dernière étape consiste à maintenir les acquis, tout en sachant que l'étape rechute fait partie du processus de changement.

Les entretiens motivationnels mis en place par les thérapeutes ont pour objectifs d'encourager le changement de discours, de faire percevoir aux patients l'importance de la pathologie et la

APPROCHES
THÉRAPEUTIQUES
PROPOSÉES PAR
LE RÉSEAU

Bibliographie

- ANAES. *Diagnostic, prise en charge et suivi des malades atteints de lombalgie chronique*. ANAES 2000.
- Boureau F. *Modèles théoriques cognitifs et comportementaux de la douleur chronique*. *Doul et Analg* 1999 ; 4 : 265-72.
- Cedraschi C. *Fibromyalgia : a randomized, controlled trial of a treatment program based on self-management*. *Ann Rheum Dis* 2004 ; 63 : 290-6.
- Eccleston C, Morley S, Williams AC, Yorke L, Mastroiannopoulou K. *Systematic review of randomised controlled trials of psychological therapy for chronic pain in children and adolescents, with a subset meta-analysis of pain relief*. *Pain* 2002 ; 99 : 157-65.
- Kerns R, Rosenberg R, Jamison R et al. *Readiness to adopt a self-management approach to chronic pain: the Pain Stages of Change Questionnaire (PSOCQ)*. *Pain* 1997 ; 72 : 227-34.
- Kerns RD, Jensen MP, Nielson WR. *Motivational issues in pain self management*. *Proceedings of the 11th World Congress on Pain*. Ed IASP Press, Seattle 2006.
- Linton SJ. *The effects of cognitive-behavioral and physical therapy preventive interventions on pain-related sick leave : a randomized controlled trial*. *The Clinical Journal of Pain* 2005 ; 21 : 109-19.
- Laroche F. *Approche cognitivo-comportementale des lombalgies chroniques*. *Synoviale*, 2004 ; 129 : 34-8.
- Laroche F. *Aspects psycho-comportementaux de la douleur*. *Réflexions Rhumatologiques* 2005 ; 84 : 40-2.
- Laroche F. *Et si c'était votre patient. Mieux communiquer avec votre patient douloureux chronique*. Editions Scientifiques L&C, Paris 2006.
- Main CJ, Keefe FJ, Rollman GB. *Psychological assessment and treatment of the pain patient*. *Pain* 2002 ; 30 : 281-301.
- Mease P. *Fibromyalgia syndrome : review of clinical presentation, pathogenesis, outcome measures and treatment*. *J Rheumatology* 2005 ; 32 : 6-21.
- Morley S. *RCTs of psychological treatments for chronic pain : progress and challenges*. *Pain* 2006 ; 121 : 171-2.
- Ostelo RWJG, Van Tulder MW, Vlaeyen JWS, Linton SJ, Morley SJ, Assendelft WJJ. *Behavioural treatment for chronic low-back pain (Review)*. *The Cochrane Collaboration in The Cochrane Library* 2006, Issue 1.
- Vlaeyen J. *Cognitive-behavioral treatments for chronic pain : what works for whom ?* *The Clinical Journal of Pain* 2005 ; 21 : 1-8.
- Van Tulder M, Ostelo R, Vlaeyen JW, Linton SJ, Morley SJ, Assendelft WJJ. *Behavioral treatment for chronic low back pain : a systematic review within the framework of the Cochrane Back Review Group*. *Spine* 2000 ; 25 : 270-81.

nécessité d'un apprentissage de l'autogestion de la douleur. Les entretiens abordent la diminution des comportements douloureux, le *coping*, l'exposition et le fractionnement des activités (ou *pacing*), les exercices, l'apprentissage de la distraction cognitive vis-à-vis de la douleur, les capacités à éviter la demande d'aide, le repos excessif, ou l'utilisation inadaptée des médicaments. Ces entretiens sont fondés sur l'empathie et l'écoute active. Cette dernière consiste en la reformulation des mots des patients, le renvoi de façon affirmative des émotions exprimées (et non de façon interrogative), l'utilisation de questions ouvertes, en « surfant » sur les résistances, la possibilité de choix et la gestion des rechutes. L'évaluation des patients sous cet angle motivationnel permet de proposer un traitement individualisé.

APPROCHES
THÉRAPEUTIQUES
PROPOSÉES PAR
LE RÉSEAU

Techniques de relaxation

Les méthodes de relaxation font partie de la plupart des programmes de lutte contre la douleur. Leur intérêt a été démontré à de nombreuses reprises. Les principes utilisés sont la réduction de l'hyperactivité sympathique (favorisée par le stress) l'apprentissage du contrôle et de la maîtrise de soi, la réduction des tensions musculaires liées à la douleur et l'induction d'émotions et de pensées positives, utilisant les techniques de distraction. Différentes techniques sont disponibles. Il s'agit du training autogène de Schutz, de la technique de Jacobson et de l'association dirigée d'images. Sur le site du Réseau (espace public), les patients peuvent télécharger un CD d'apprentissage à la relaxation.

Le training autogène

Cette méthode utilise des exercices standardisés afin d'obtenir un bien-être par auto-hypnose. Le patient se concentre sur différentes régions de l'organisme afin d'en obtenir la détente grâce à la respiration. Il s'agit de rechercher une sensation de chaleur et/ou de lourdeur dans le membre concerné. Des exercices respiratoires et cardiaques permettent d'obtenir un ralentissement respiratoire et des battements cardiaques réguliers.

La technique de Jacobson

C'est une méthode de relaxation musculaire progressive. Le patient contracte puis relâche certains groupes musculaires afin de bien sentir la différence de sensation entre la contraction et le relâchement. L'exercice est progressivement élargi à d'autres groupes musculaires afin d'éviter la survenue de crampes et d'obtenir un relâchement global. L'objectif de cette technique est d'apprendre à se relaxer rapidement, lors des activités quotidiennes. Cette technique permet d'améliorer les douleurs surtout quand celles-ci s'accompagnent de tension nerveuse. Il faut éviter cette technique chez les patients pour lesquels la contraction musculaire peut être douloureuse.

Techniques de biofeedback

Les techniques de *biofeedback* permettent au patient de percevoir des fonctions corporelles à peine conscientes. Cela permet ensuite d'agir sur ces fonctions afin de contrôler la tension musculaire, la fréquence cardiaque, la température cutanée par exemple. Afin de mieux visualiser les tensions musculaires, il est possible d'utiliser des appareils électriques qui rendent compte de l'état de tension musculaire initial et du relâchement obtenu après relaxation.

Hypnose

L'hypnose est un déplacement de l'attention qui permet à l'imagination de prendre le relais de la conscience. Le thérapeute peut recourir à différentes modalités techniques; l'hypnose

« conversationnelle », l'hypnose formelle ou l'hypnose thérapeutique.

L'hypnose conversationnelle peut être proposée à des patients qui arrivent à exprimer leurs émotions, dans le cadre d'une relation empathique. L'hypnose formelle peut être proposée lors d'un geste douloureux afin de contrôler la douleur. Elle permet de proposer une technique immédiatement opérationnelle (celle du souvenir agréable).

L'hypnose thérapeutique peut être proposée à des patients douloureux chroniques chez lesquels la part de la psyché est prédominante et qui recherchent une approche thérapeutique différente. L'objectif de l'hypnose est d'aider le patient douloureux à se remobiliser en abandonnant un « état de sidération » qui l'empêche de faire face. L'hypnose thérapeutique comporte plusieurs phases ; des préliminaires, une induction, une phase thérapeutique et une terminaison. Elle permet la mise en perspective de l'histoire personnelle de chaque patient. Le thérapeute peut proposer des techniques « d'autohypnose » qui donnent plus d'autonomie. Il peut s'agir de la pratique de l'autosuggestion dans la vie quotidienne par exemple.

L'efficacité de l'hypnose a été évaluée dans de nombreuses pathologies douloureuses aiguës et chroniques (migraine, syndrome du colon irritable, polyarthrite rhumatoïde, arthrose, fibromyalgie, pathologie coronarienne). Deux métaanalyses récentes n'ont pas montré de supériorité de l'hypnose par rapport à d'autres approches psychologiques de la douleur. Il est cependant difficile de comparer les techniques car beaucoup utilisent des éléments de relaxation. Les comparaisons s'avèrent donc ardues, compte tenu de la faible spécificité des techniques psychologiques et de la variabilité de la réponse individuelle des patients. De plus, comme pour tout traitement non médicamenteux, l'évaluation est difficile du fait de la technique même. L'induction devrait être identique et standardisée au cours des essais cliniques. Ceci n'est pas cohérent avec le principe même de l'hypnose qui nécessite une individualisation au cas par cas et au cours de la séance.

Neurostimulation électrique transcutanée

La TENS ou neurostimulation transcutanée périphérique est une technique de traitement symptomatique de la douleur. Elle utilise un stimulus électrique pour agir sur la sensation douloureuse. C'est un courant électrique qui stimule les fibres nerveuses périphériques. Cette technique est fondée sur le principe de la contre-stimulation, expliquée par la théorie du *Gate control* de Melzack et Wall (1965).

En effet, la TENS repose sur l'activation des mécanismes médullaires endogènes d'inhibition de la douleur. Ces mécanismes dépendent de la fréquence utilisée. En effet, la TENS de haute

Bibliographie

- Astin JA. *Mind-body therapies for the management of pain*. Clin J Pain 2004 ; 20 : 27-32.
- Gay MC, Philippot P, Luminet O. *Differential effectiveness of psychological interventions for reducing osteoarthritis pain : a comparison of Erickson hypnosis and Jacobson relaxation*. Eur J Pain 2002 ; 6 : 1-16.
- Gibert E, Petit-Perrin M, Becchio J. *L'hypnose en rhumatologie*. Actualités Rhumatologies, Viggo Petersen 2005.
- *L'hypnose aujourd'hui*. Ouvrage collectif sous la direction de JM Benaïem. Editions In Press, Paris.
- Rainville P, Hofbauer RK, Paus T, Duncan GH, Bushnell MC, Price DD. *Cerebral mechanisms of hypnotic induction and suggestion*. J Cogn Neurosci 1999 ; 11 : 110-25.
- Roustang F. *Savoir attendre pour que la vie change*. Editions Odile Jacob 2006-09-07.
- Syrjala KL, Donaldson GW, Davis MW, Kippes ME, Carr JE. *Relaxation and imagery and cognitive-behavioral training reduce pain during cancer treatment: a controlled clinical trial*. Pain 1995 ; 63 : 189- 98.

APPROCHES
THÉRAPEUTIQUES
PROPOSÉES PAR
LE RÉSEAU

APPROCHES
THÉRAPEUTIQUES
PROPOSÉES PAR
LE RÉSEAU

fréquence stimule les grosses fibres A β qui inhibent la transmission de la douleur par les fibres A δ et C au niveau médullaire. La TENS de basse fréquence stimule les fibres A δ et C mais aussi les systèmes supramédullaires d'inhibition de la douleur. Selon les conditions de stimulation, on observe deux types d'analgésie. Il s'agit de la TENS conventionnelle (faible intensité, haute fréquence – environ 100 Hz, action médullaire, recherche de paresthésies non douloureuses) et de la neurostimulation acupunctureale (forte intensité, faible fréquence – inférieure à 20 Hz, action supramédullaire, recherche de mouvements musculaires).

En pratique, la TENS conventionnelle est utilisée pour les douleurs neurogènes périphériques (tronculaires, plexiques, radiculaires). Il s'agit d'une procédure simple et non invasive. La TENS présente un rapport bénéfice/risque favorable et permet de rendre le patient autonome. La technique peut être appliquée à n'importe quel moment de la journée. Le patient applique régulièrement l'appareil, plusieurs heures par jour. Cependant, la réponse à la TENS n'est pas prévisible. Il faut donc vérifier individuellement le soulagement obtenu, en faisant quelques essais avant de conclure à l'inefficacité de la technique. Il existe des facteurs de bonne réponse à la technique : douleur localisée (tronculaire, radiculaire), fixe, d'intensité modérée, avec troubles de la sensibilité partiels ou peu étendus.

L'entraînement du patient est important, ainsi que le réglage de l'appareil et le positionnement des électrodes. Les électrodes sont placées au niveau de la zone douloureuse, au niveau des points de déclenchement de la douleur, au niveau des points d'acupuncture ou sur le trajet des nerfs concernés. Ce positionnement dépend des conditions de stimulation (TENS conventionnelle ou acupunctureale). Il est parfois difficile de poser les électrodes en cas d'allodynie importante. On peut alors poser les électrodes dans un territoire adjacent au territoire douloureux, dont l'innervation dépend d'un métamère voisin. Il est important d'expliquer la méthode au patient (apprentissage du fonctionnement de l'appareil, définition des paramètres de stimulation, conditions d'utilisation...).

Avec le temps, il peut apparaître un phénomène de tolérance, qui se définit par une perte progressive des effets. Il peut survenir des réactions cutanées, souvent de nature allergique du fait des électrodes. Des électrodes hypoallergéniques sont disponibles.

La présence d'un pacemaker est une contre-indication à une stimulation thoracique, la stimulation cervicale est impossible du fait de sa proximité avec la bifurcation carotidienne. La stimulation ne fonctionne pas si la sensibilité est complètement altérée (fibres lemniscales détruites). La grossesse est une contre-indication relative (contre-indication les 3 premiers mois, les électrodes ne pouvant être placées à proximité du fœtus).

La neurostimulation transcutanée est remboursée par la Sécurité sociale. Elle peut être prescrite par un médecin généraliste de ville (**annexe 12**). Il est recommandé de louer l'appareil pour 6 mois et de l'acheter ensuite, si les résultats sont positifs, afin qu'il puisse être remboursé.

Bibliographie

- Blond S, Touzet G, Reyns N et al. Neurostimulation dans le traitement de la douleur chronique. Neurochirurgie 2000 ; 46 : 466-82.
- Boureau F, Luu M. Neurostimulation transcutanée et douleur chronique. Douleur et Analgésie 1991 ; 4 : 153-6.
- Costantini A. Spinal cord stimulation. Minerva Anesthesiol 2005 ; 7-8 : 471-474.
- Khadilkar A, Milne S, Brosseau L et al. Transcutaneous electrical nerve stimulation (TENS) for chronic low-back pain. Cochrane Database Syst Rev. 2005 Jul 20 ; 3.
- Mailis-Gagnon A, Furlan AD, Sandoval JA, Taylor R. Spinal cord stimulation for chronic pain. Cochrane Database Syst Rev 2004 (3) : CD003783.
- Verret JM. La Neurostimulation transcutanée. Rev Neurol 1999 ; 155 : 234-6.

Stimulation médullaire

La stimulation médullaire représente une autre technique de stimulation. Cependant, son indication et sa mise en place sont réservées aux équipes spécialisées. En effet, il s'agit d'une technique invasive qui nécessite la pose d'électrodes dans l'espace épidual. La voie d'abord est chirurgicale après laminectomie ou percutanée après anesthésie locale.

Acupuncture

L'acupuncture fait partie de la médecine chinoise traditionnelle. Elle se fonde sur les deux formes d'énergies, antagonistes, le Yin et le Yang. L'effet analgésique fait intervenir des mécanismes médullaires et supramédullaires. Le mécanisme d'action de l'acupuncture passerait par l'activation des mécanismes d'inhibition de la douleur (au niveau médullaire), la libération d'endorphines et l'activation de mécanismes sérotoninergiques et adrénérgiques d'inhibition de la douleur (au niveau supramédullaire). Les effets centraux inhibiteurs de l'acupuncture expliquent l'efficacité des points d'acupuncture à distance des zones douloureuses. Il existe différents points d'acupuncture : les « points adjacents », qui sont proches de la zone douloureuse, et les « points à distance » qui sont situés le long des méridiens concernés.

Les indications de l'acupuncture sont nombreuses : céphalées, douleurs musculosquelettiques, douleurs neurogènes, viscérales...

De nombreuses études sont publiées actuellement avec des résultats encourageants mais parfois aussi contradictoires. Une revue de la Cochrane, publiée en 2005, montre, à partir d'une trentaine d'études, une efficacité à court terme de l'acupuncture pour la douleur et la fonction chez les patients souffrant de lombalgie chronique. En revanche, aucune donnée ne montre un tel effet dans la lombalgie aiguë. Plusieurs études rapportent un effet antalgique et fonctionnel de l'acupuncture, comme adjuvant des autres traitements de la gonarthrose. Ces effets sont cependant de courte durée.

Les contre-indications relatives sont la grossesse, les troubles de la coagulation...

Cette technique nécessite une bonne compliance du patient.

L'absence d'efficacité de l'acupuncture après quelques séances nécessite d'arrêter le traitement.

Les complications sont les infections, les hématomes ou les traumatismes plus profonds en cas de mauvaise technique. Le matériel se doit d'être stérile et à usage unique.

Il s'agit d'une option supplémentaire de traitement qui complète les autres approches dans le cadre d'une démarche concertée. ●

APPROCHES
THÉRAPEUTIQUES
PROPOSÉES PAR
LE RÉSEAU

Bibliographie

- Furlan AD, van Tulder M, Cherkin D et al. *Acupuncture and dry-needling for low back pain ; an updated systematic review within the framework of the Cochrane collaboration.* Spine 2005, 30: 944-63.
- Harris RE, Tian X, Williams DA et al. *Treatment of fibromyalgia with formula acupuncture: investigation of needle placement, needle stimulation, and treatment frequency.* J Altern Complement Med 2005, 11: 663-71
- Scharf HP, Mansmann U, Streiberger K, Witte S et al. *Acupuncture and knee osteoarthritis: a three-armed randomized trial.* Ann Intern Med 2006, 145: 12-20
- Staud R, Price DD. *Mechanisms of acupuncture analgesia for clinical and experimental pain.* Expert Rev Neurother 2006 ; 6 : 661-667.

Nos projets d'avenir

Esther Soyeux, Françoise Laroche, Jean-Baptiste Fassier

Enquête sur la douleur cancéreuse

Une enquête d'opportunité dans le service de cancérologie et de pneumologie de l'hôpital Saint-Antoine a été réalisée entre décembre 2005 et février 2006. Les résultats de cette enquête ont fait l'objet d'une thèse en médecine générale. L'objectif principal est de mieux comprendre et d'identifier les difficultés de la prise en charge des patients cancéreux ambulatoires.

Les résultats obtenus, sur 125 patients, nous permettent de proposer des mesures pour aider les médecins traitants à :

- identifier les douleurs associées au cancer ;
- manier les analgésiques forts (paliers III de l'OMS) ;
- prendre en charge la douleur cancéreuse.

Les résultats de cette enquête permettent de mieux cibler nos actions envers les patients et les professionnels (poster accepté au Congrès de la Société Française d'Évaluation et de Traitement de la Douleur, SFETD 2006).

Approche médico-socioprofessionnelle de la lombalgie chronique

Le Réseau souhaite travailler à l'amélioration de la prise en charge de la lombalgie dont les coûts sont concentrés pour l'essentiel dans la forme chronique (80 %). Le passage à la lombalgie chronique (épisode douloureux supérieur à 12 semaines) concerne, selon les études, 5 à 10 % des patients. La probabilité de reprise du travail n'est plus que de 40 % après 6 mois d'absence consécutifs et de 15 % après 1 an.

Les coûts médicaux directs des lombalgies (consultations, explorations diagnostiques, protocoles thérapeutiques) correspondent à 1,6 % des dépenses d'assurance maladie et à 0,1 % du PIB.

NOS PROJETS
D'AVENIR

Les coûts indirects de la lombalgie (coûts associés aux arrêts de travail : perte de production, perte de productivité, perte de revenus) sont beaucoup plus importants que les coûts médicaux directs (5 à 10 fois supérieurs selon les études).

De nombreuses études montrent que les actions multidimensionnelles qui associent des actions thérapeutiques sur les patients (éducation-formation, exercices physiques) à des améliorations des conditions de travail (aménagement ergonomiques des postes de travail) ont des résultats positifs.

Les principaux objectifs de notre action sont de :

- sensibiliser les médecins généralistes aux facteurs prédictifs de chronicisation et aux coûts de la prise en charge de la lombalgie chronique;
- informer les professionnels de santé (en particulier les médecins généralistes) sur l'impact de la lombalgie ;
- modifier les comportements iatrogènes des médecins (renouvellement des arrêts de travail, premier arrêt de plus de 7 jours, repos au lit strict) ;
- fournir une aide aux médecins pour l'évaluation des difficultés au travail et des bénéfices secondaires ;
- modifier les comportements iatrogènes des kinésithérapeutes (discours, kinésithérapie passive) ;
- diffuser aux kinésithérapeutes un programme de rééducation active ;
- maintenir dans l'emploi ou favoriser le retour au travail des patients ;
- maintenir une capacité fonctionnelle correspondant aux besoins et au statut des patients (même sans activité professionnelle) ;
- modifier les peurs et les croyances des patients.

Les principales démarches de prévention concernant les patients lombalgiques sont les suivantes :

Action de prévention précoce

Elle s'adresse à une population en activité professionnelle avec une proportion variable de personnes ayant souffert ou souffrant de lombalgie au moment de l'intervention du professionnel du Réseau.

L'objectif est de réduire la survenue ou la récurrence d'épisodes douloureux afin d'assurer la poursuite des activités habituelles des patients.

Les médecins identifient les patients à risque de chronicité. Ils saisissent les facteurs de risque dans le DMP afin d'être plus attentifs lors du suivi du patient.

Les professionnels proposent des brochures d'information et des autoexercices (en ligne sur le site du Réseau).

Ils orientent les patients vers des kinésithérapeutes partenaires qui signent le contrat kinésithérapeute/patient/médecin.

Prévention du passage à la chronicité

Elle s'adresse à des personnes actives en arrêt de travail depuis quelques semaines seulement. L'objectif est de favoriser le retour au travail.

Après une évaluation complète, le Réseau propose un programme de rééducation adapté (réentraînement à l'effort).

NOS PROJETS
D'AVENIR

Réinsertion des patients lombalgiques chroniques

Elle s'adresse à des patients qui ont interrompu leurs activités professionnelles depuis plusieurs mois.

L'objectif est de modifier les croyances et les peurs des patients afin d'améliorer leurs capacités fonctionnelles et la reprise progressive de leurs activités. Le Réseau propose une approche concertée de rééducation active avec thérapie comportementale et cognitive de la lombalgie et une prise en charge médico-socio-professionnelle.

Tableau 1. Facteurs de chronicisation de la lombalgie aiguë

Âge supérieur à 40 ans ;
Épisodes antérieurs de lombalgie ;
Antécédents d'hospitalisations pour lombalgie ;
Grande incapacité fonctionnelle initiale ;
Irradiation douloureuse initiale sous le genou ;
Tendance à la somatisation ;
Peur avec évitement ;
Tendance au catastrophisme ;
Dépression ou humeur dépressive ;
Situation familiale difficile (divorce, veuvage) ;
Faible satisfaction au travail ;
Travail perçu comme stressant ;
Faible qualification ;
Mauvaises conditions de travail ;
Facteurs médico-légaux : conflits liés à l'indemnité journalière d'un accident de travail, litiges avec les organismes sociaux ou avec un tiers.

NOS PROJETS
D'AVENIR

Bibliographie

- Manek NJ, Mac Gregor AJ. *Epidemiology of back disorders : prevalence, risks factors and prognosis*. Current Opinion in Rheumatology 2005 ; 17 : 134-40.
- Marty M., Duplan B. *Les facteurs de risques de chronicisation douloureuse lombaire*. Réflexions rhumatologiques 2005 ; 76 : 9-12.
- Ménard K. *Enquête de satisfaction sur la prise en charge de la douleur auprès de patients cancéreux ambulatoires*. Thèse de médecine générale, juin 2006.
- Morel-Fatio M, Vassel P. *Lombalgie chronique commune*. Encycl Méd Chir (Elsevier SAS, Paris), AKOS Encyclopédie pratique de médecine, 3-1520, 2002, 7p.

Projet de consultation d'orientation médicosociale des patients douloureux chroniques

Certains items du DMP prennent en compte l'activité professionnelle et les perspectives de reprise du travail des patients.

En posant ces questions très précocement de façon systématique dans la prise en charge, les arrêts de travail de longue durée pourront très probablement être réduits. Cela permet aux professionnels d'interroger précocement et de façon systématique tous les patients inclus. Les patients sont identifiés et orientés vers une consultation médicosocioprofessionnelle qui débutera fin 2006.

Ce type de consultation vise à établir une feuille de route commune aux différents acteurs impliqués dans la problématique « douleur et travail », en identifiant les moyens propres à chacun d'eux. Ainsi, une collaboration peut être envisagée avec une meilleure visibilité des possibilités et limites des partenaires identifiés (secteurs de la santé, secteur social, entreprise, assurance maladie).

Un contact auprès de la Caisse régionale d'assurance maladie d'Île-de-France (CRAMIF) est en cours afin d'identifier les assistantes sociales référentes des patients habitant Paris.

Les médecins du travail sont impliqués, avec leur accord, dans la prise en charge des patients.

Une feuille de route pour structurer la collaboration entre les partenaires est indispensable (acceptée en poster au Congrès de la SFETD 2006).

Développement des partenariats hospitaliers

Le Réseau souhaite répondre à la demande des patients et des professionnels de santé hospitaliers et libéraux. Ainsi, les actions menées avec les partenaires hospitaliers vont s'amplifier.

Nos partenaires hospitaliers ont une spécificité et des demandes différentes vis-à-vis du Réseau. La coordination médicale répond au mieux aux besoins de chaque site identifié dans la convention du Réseau avec l'AP-HP. ●

NOS PROJETS
D'AVENIR

Notre site

Esther Soyeux, Françoise Laroche

Le site du Réseau est issu d'une longue réflexion, qui a duré environ 1 an. Un dossier papier a été utilisé durant la première année du FAQSV pour l'inclusion des patients. De multiples modifications ont été apportées à ce dossier durant la première année d'expérimentation (mai 2003 à juillet 2004).

Afin de concevoir un outil pratique et simple d'utilisation nous avons fait appel à un prestataire de service expérimenté dans les sites médicaux pour des réseaux de soins et pour des services hospitaliers.

Le site du Réseau est en ligne depuis juillet 2004 : <https://www.reseau-lcd.org>

Il existe depuis cette date deux espaces : un espace public et un espace privé.

L'espace public est utilisé comme lieu d'information pour les patients et les professionnels de santé et l'espace privé est réservé aux signataires de la charte du Réseau où l'on trouve un annuaire de correspondants, des documents pratiques, un dossier médical partagé et un webmail sécurisé.

Le site répond aux exigences de la CNIL et est mis à jour régulièrement par les membres de la coordination médicale.

Espace public

Dans cet espace, on retrouve deux rubriques.

Informations pour les patients

Information sur le Réseau LCD avec en ligne le « document d'information patient » remis au patient par le médecin contactant la coordination pour la demande de prise en charge.

- Une brochure éditée par le Centre d'Évaluation et de Traitement de la Douleur de l'hôpital Saint-Antoine « Face à la douleur qui persiste » ;
- Un film à télécharger : Boureau F, Doubrere JF, Soyeux E. Film « Comprendre la douleur rebelle » ;
- Une page de liens à d'autres sites ;
- Des brochures « Mieux vivre avec une douleur » :
 - Blanchet V, Boureau F. *Douleurs neurogènes et fibromyalgie* ;
 - Hirszowski F, Boureau F. *La douleur chez l'enfant* ;
 - Jean A, Boureau F. *Prévenir les effets de l'âge* ;
 - Thévenot MJ, Boureau FE. *Exemple du mal de dos*.
- Des CD de relaxation adulte et enfant à télécharger.

Informations pour les professionnels

Les professionnels trouvent les coordonnées du secrétariat du Réseau et les documents d'information nécessaires : la charte, la convention du Réseau LCD-Paris et une plaquette d'information sur les actions du Réseau.

Espace privé et sécurisé (professionnels de santé)

Quatre rubriques utiles et pratiques :

- un dossier médical partagé (DMP) pour inclure un patient ou saisir un dossier de suivi ;
- un webmail pour dialoguer avec les correspondants ;
- un annuaire de correspondants pour retrouver les coordonnées d'un spécialiste de la douleur ;
- une rubrique document : documents d'information et protocoles de soins.

Voici les principaux documents.

Présentation du Réseau pour les professionnels

- Plaquette d'information sur le Réseau LCD

Questionnaires d'évaluation

- ANAES : évaluation de la douleur et de son retentissement
- ANAES : entretien semi-structuré
- Questionnaire de la douleur Saint-Antoine (QDSA)
- Échelle d'évaluation des personnes non communicantes (Doloplus 2 et ECPA)
- Échelle douleur Enfant San Salvador (DESS)
- Échelle de qualité de vie (SF36)
- Questionnaire impact sur la fibromyalgie (QIF)
- Questionnaire douleur neuropathique (DN4)
- Critères IHS 2004 de la migraine
- Type d'aura dans la migraine (UFAP Trousseau).
- Échelle gériatrique de dépression (EGD)

Documents pour inclusion

- Convention constitutive du Réseau LCD
- Document d'information des patients suivis dans le cadre du Réseau LCD
- Charte des professionnels de santé membres du Réseau LCD

Information épidémiologique

- Épidémiologie de la lombalgie commune



Information médicaments

- Bon usage des opioïdes forts dans les douleurs non cancéreuses (AFSSAPS)
- Recommandations de Limoges
- Tableaux antalgiques de palier II et III
- Traitements de la crise et de fond de la migraine
- Antalgiques chez la femme enceinte et qui allaite

Ordonnances types

- Ordonnance type capsïcine
- Ordonnance type morphinique
- Ordonnance type de rééducation du rachis
- Ordonnance de location de TENS
- Contrat entre le patient/ médecin/ kinésithérapeute.
- Contrat entre le patient/médecin/psychologue.

Outils d'évaluation

- Agenda migraine de l'adulte.
- Points douloureux de la fibromyalgie
- Schéma des points myofasciaux
- Consultation migraine de l'enfant (UFAP – Centre de la migraine, hôpital Trousseau)
- Agenda migraine de l'enfant

Protocoles de soins

- Aide-mémoire pour le diagnostic de fibromyalgie
- Reconditionnement du fibromyalgique
- Prise en charge de la lombalgie commune
- Rééducation du patient lombalgique
- Facteurs de chronicisation de la lombalgie aiguë
- Aide-mémoire pour la rotation des opioïdes
- Diagnostic de névralgie du trijumeau
- Protocole de sevrage pour CCQ par abus médicamenteux
- Aide au diagnostic d'algie vasculaire de la face
- Diagnostic et prise en charge de l'algodystrophie

Plaquettes d'information pour les patients

- Information sur la fibromyalgie
- Information sur les CCQ par abus médicamenteux

NOTRE SITE

Sites utiles

liste non exhaustive

Sites des réseaux douleur en France

<http://www.reseau-lcd.org>
<http://www.douleur-rdbrn.org>
<http://www.reseaudouleurouest.com/>
<http://www.ap-hm.fr/clud/fr/site/accueil.asp>
<http://www.reseaudouleurfc.org/>
<http://www.planet-sante.com>

Sites des réseaux parisiens correspondants du Réseau LCD

<http://www.reseauquietude.org>
<http://www.reseau-ensemble.org>
<http://www.croix-saint-simon.org>
<http://www.reseumain.fr>
<http://www.repop.fr>

Sites généraux sur la douleur

<http://www.sfetd-douleur.org>
<http://www.anaes.fr>
<http://www.cnrd.fr>
<http://www.fnclcc.fr>
<http://www.sante.gouv.fr/htm/actu/douleur/prog.htm>
<http://www.interclud.ap-hp.fr/>
<http://www.radiodouleur.org>
<http://www.institut-upsa-douleur.org>
<http://www.douleur-online.fr/>
<http://www.douleurs-sans-frontieres.org>
<http://www.ampainsoc.org>
<http://www.iasp-pain.org>
<http://www.efic.org>
<http://www.eapcnet.org>
<http://www.pain-initiative.com>

SITES UTILES

Sites pédiatriques douleur

<http://www.pédiadol.org>
<http://www.migraine-enfant.org>

Sites sur le cancer

<http://www.e-cancer.fr>
<http://www.chu-rouen.fr/ssf/patient/cancerologie.html>
<http://www.ligue-cancerasso.fr>
Pour les jeunes atteints de cancer : <http://www.jscforum.net/>

Sites rhumatologiques

<http://www.rhumatologie.asso.fr>
<http://www.aflar.unice.fr/>
<http://www.lombalgie.fr>
<http://www.genou.com/>
<http://www.arthrolink.com>
<http://www.eular.org>

Sites rééducation

<http://www.sofmer.com/>

Sites médicaments (AFSSAPS)

<http://www.afssaps.sante.fr>

Soins palliatifs

<http://www.sfap.org>

Sites pour une recherche bibliographique

<http://www.amedeo.com>

SITES UTILES



© **Brain Storming SAS**
122, avenue du Général Leclerc
75014 Paris

Conception graphique, mise en pages : Jacques Michel
Coordination et suivi technique : Karine Demoux
Relecture : Coralie Le van van et Magali Martija-Ochoa
ISBN : 2-915442-64-9
Imprimé en UE
Dépôt légal : novembre 2006