



**HAL**  
open science

# Prise en charge pluriprofessionnelle des patients douloureux chroniques en soins primaires : une revue narrative de la littérature

Alina Abdelli

► **To cite this version:**

Alina Abdelli. Prise en charge pluriprofessionnelle des patients douloureux chroniques en soins primaires : une revue narrative de la littérature. Médecine humaine et pathologie. 2024. dumas-04792309

**HAL Id: dumas-04792309**

**<https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-04792309v1>**

Submitted on 20 Nov 2024

**HAL** is a multi-disciplinary open access archive for the deposit and dissemination of scientific research documents, whether they are published or not. The documents may come from teaching and research institutions in France or abroad, or from public or private research centers.

L'archive ouverte pluridisciplinaire **HAL**, est destinée au dépôt et à la diffusion de documents scientifiques de niveau recherche, publiés ou non, émanant des établissements d'enseignement et de recherche français ou étrangers, des laboratoires publics ou privés.



Distributed under a Creative Commons Attribution - NonCommercial - NoDerivatives 4.0  
International License

**ANNEE 2024 - N° 24 – 160**

*PRISE EN CHARGE PLURIPROFESSIONNELLE DES PATIENTS DOULOUREUX CHRONIQUES EN SOINS  
PRIMAIRES : UNE REVUE NARRATIVE DE LA LITTÉRATURE*

**THÈSE**

présentée et soutenue publiquement

le **12 novembre 2024...** à 14h00

pour obtenir le Diplôme d'Etat de

**DOCTEUR EN MEDECINE**

PAR

*Alina - ABDELLI*

Né(e) le 09 juillet 1997 à IVANOVO (*RUSSIE*)

**La composition du jury est la suivante :**

**Président :** .Pr Clément PRATI Professeur des universités

**Directeur de la thèse :** .Dr Martial BOTEBOL Docteur en médecine

**Juges :** . Pr Benoît DINET Professeur associé

. Pr Thierry LEPETZ Professeur associé





ANNEE 2024 - N° 24 – 160

PRISE EN CHARGE PLURIPROFESSIONNELLE DES PATIENTS DOULOUREUX CHRONIQUES EN SOINS  
PRIMAIRES : UNE REVUE NARRATIVE DE LA LITTÉRATURE

**THÈSE**

présentée et soutenue publiquement

le **12 novembre 2024...** à 14h00

pour obtenir le Diplôme d'Etat de

**DOCTEUR EN MEDECINE**

PAR

*Alina - ABDELLI*

Né(e) le 09 juillet 1997 à IVANOVO (*RUSSIE*)

**La composition du jury est la suivante :**

**Président :** .Pr Clément PRATI Professeur des universités

**Directeur de la thèse :** .Dr Martial BOTEBOL Docteur en médecine

**Juges :** . Pr Benoît DINET Professeur associé

. Pr Thierry LEPETZ Professeur associé





UNIVERSITÉ DE FRANCHE-COMTÉ  
U.F.R. SCIENCES DE LA SANTE  
BESANÇON

---

DIRECTEUR	<b>P PROFESSEUR THIERRY MOULIN</b>	
DIRECTEURS ADJOINTS	<b>PROFESSEUR XAVIER BERTRAND</b>	DOYEN PHARMACIE
	<b>PROFESSEUR MALIKA BOUHADDI</b>	DIRECTEUR DES ÉTUDES
RESPONSABLE ADMINISTRATIVE	<b>MME CAROLE COINTEAU</b>	
<b>DÉPARTEMENT MÉDECINE</b>		
	PROFESSEUR Emmanuel HAFEN	DIRECTEUR DES ÉTUDES
	PROFESSEUR JEAN-PAUL FEUGEAS	ASSESEUR 1ER CYCLE
	PROFESSEUR MARIE-FRANCE SERONDE	ASSESEURS 2ÈME CYCLE
	PROFESSEUR CATHERINE CHIROUZE	ASSESEURS 3ÈME CYCLE
	PROFESSEUR THIBAUT DESMETTRE	COORDINATEUR MÉDECINE
	PROFESSEUR BENOIT DE BILLY	COORDINATEUR CHIRURGIE
	PROFESSEUR BENOIT DINET	COORDINATEUR MÉDECINE GÉNÉRALE
<b>DÉPARTEMENT PHARMACIE</b>		
	PROFESSEUR XAVIER BERTRAND	DOYEN PHARMACIE
	PROFESSEUR LHASSANE ISMAILI	DIRECTEUR DES ÉTUDES
	PROFESSEUR SAMUEL LIMAT	COORDINATEURS 3È CYCLE
	PROFESSEUR VIRGINIE NERICH	
<b>DÉPARTEMENT MAÏEUTIQUE</b>		
	BÉATRICE LIEGEON VAN EIS (SAGE-FEMME)	COORDINATEURS PÉDAGOGIQUES
<b>DÉPARTEMENT ODONTOLOGIE</b>		
	DOCTEUR EDOUARD EUVRARD (PAST)	COORDINATEURS PÉDAGOGIQUES
	DOCTEUR SOPHIE PECHOUX (PAST)	
	PROFESSEUR CHRISTOPHE MEYER	
<b>DÉPARTEMENT SCIENCES DES MÉTIERS DE LA RÉÉDUCATION : ORTHOPHONIE</b>		
	ALAIN DEVEVEY (MCF)	COORDINATEURS PÉDAGOGIQUES
	PROFESSEUR ELOI MAGNIN	
<b>DÉPARTEMENT SCIENCES DES MÉTIERS DE LA RÉÉDUCATION : KINÉSITHÉRAPIE</b>		
	CHRISTOPHE DINET (KINÉSITHÉRAPIE - BESANÇON)	COORDINATEURS PÉDAGOGIQUES
	ALEXANDRE KUBICKI (KINÉSITHÉRAPIE - MONTBÉLAIRD) (MCF)	
	YOSHIMASA SAGAWA (MCF)	
<b>DÉPARTEMENT SCIENCES DES MÉTIERS DE LA RÉÉDUCATION : ERGOTHÉRAPIE/PSYCHOMOTRICITE</b>		
	GAELE BLERVAQUE (MAST)	COORDINATRICES PÉDAGOGIQUES
	JULIE LAPREVOTTE (MAST)	

## DÉPARTEMENT SCIENCES INFIRMIERES

ALINE CHASSAGNE (MCF)	COORDINATEURS PÉDAGOGIQUES
CHRISTINE MEYER (SOINS INFIRMIÈRS IFSI)	
DOCTEUR ANTOINE THIERY-VUILLEMIN (MCU-PH)	
PROFESSEUR FABRICE VUILLIER	COORDINATEUR PEDAGOGIQUE IPA

## DÉPARTEMENT DE PÉDAGOGIE

PROFESSEUR CLÉMENT PRATI	RESPONSABLE
PROFESSEUR SÉBASTIEN PILI-FLOURY	CENTRE DE SIMULATION
PROFESSEUR BENOIT DINET	
DOCTEUR FRANK VERHOEVEN	
STÉPHANIE PARIS (MAÏEUTIQUE)	
MARC PUDLO (PHARMACIE)	
ALAIN DEVEVEY (RÉÉDUCATION)	
VÉRONIQUE GRATTARD (RÉÉDUCATION)	
LAURENCE GANDON (INFIRMIER)	

## RELATIONS HUMAINES DE L'UFR

PROFESSEUR SYLVIE NEZELOF	ASSESEUR
---------------------------	----------

## COMMISSION SCIENTIFIQUE DE L'UFR

PROFESSEUR VIRGINIE WESTEEL	ASSESEUR RECHERCHE - PRÉSIDENTE
PROFESSEUR FRÉDÉRIC AUBER	VICE-PRÉSIDENT

## CHARGÉS DE MISSIONS

<i>FORMATION CONTINUE</i>		COORDINATEURS
	MME SYLVIE BOBILLIER-CHAUMONT DEVAUX (MCF)	
<i>HISTOIRE DE LA MÉDECINE</i>	PROFESSEUR LAURENT TATU	COORDINATEURS
	DOCTEUR PHILIPPE MERCET	
<i>RELATIONS INTERNATIONALES</i>	PROFESSEUR KATY JEANNOT	COORDINATEURS
	DOCTEUR SOPHIE BOROT (MCU-PH)	
	DOCTEUR OLEG BLAGOSKLONOV (MCU-PH)	
<i>ALUMNI-USB</i>	PROFESSEUR GILLES CAPELLIER	COORDINATEUR
	PROFESSEUR GABRIEL CAMELOT (EMERITE)	PRÉSIDENT HONORAIRE

---

# MÉDECINE

---

## PROFESSEURS DES UNIVERSITÉS – PRATICIENS HOSPITALIERS

M.	Olivier	<b>ADOTEVI</b>	IMMUNOLOGIE
M.	Frédéric	<b>AUBER</b>	CHIRURGIE INFANTILE
M.	François	<b>AUBIN</b>	DERMATO-VÉNÉRÉOLOGIE
M.	Sébastien	<b>AUBRY</b>	RADIOLOGIE ET IMAGERIE MÉDICALE (DISPONIBILITE)
M.	Jamal	<b>BAMOULID</b>	IMMUNOLOGIE
Mme	Cindy	<b>BARNIG</b>	PNEUMOLOGIE
Mme	Djamila	<b>BENNABI</b>	PSYCHIATRIE ADULTES
M.	Guillaume	<b>BESCH</b>	ANESTHESIE REANIMATION
M.	Frédéric	<b>BIBEAU</b>	ANATOMIE ET CYTOLOGIE PATHOLOGIQUES
Mme	Alessandra	<b>BIONDI</b>	RADIOLOGIE ET IMAGERIE MÉDICALE
M.	Christophe	<b>BORG</b>	CANCÉROLOGIE
M.	Hatem	<b>BOULAHDOUR</b>	BIOPHYSIQUE ET MÉDECINE NUCLÉAIRE
Mme	Catherine	<b>CHIROUZE</b>	MALADIES INFECTIEUSES
M.	Romain	<b>CHOPARD</b>	CARDIOLOGIE
M	Sidney	<b>CHOCRON</b>	CHIRURGIE THORACIQUE ET CARDIOVASCULAIRE
Mme	Cécile	<b>COURIVAUD</b>	NÉPHROLOGIE
M.	Siamak	<b>DAVANI</b>	PHARMACOLOGIE CLINIQUE
M.	Benoît	<b>DE BILLY</b>	CHIRURGIE INFANTILE
M.	Eric	<b>DECONINCK</b>	HÉMATOLOGIE
M	Eric	<b>DELABROUSSE</b>	RADIOLOGIE ET IMAGERIE MÉDICALE
M.	Thibaut	<b>DESMETTRE</b>	MÉDECINE D'URGENCE (DISPONIBILITÉ)
M.	Vincent	<b>DI MARTINO</b>	HÉPATOLOGIE
M.	Didier	<b>DUCLOUX</b>	NÉPHROLOGIE
M.	Jean-Paul	<b>FEUGEAS</b>	BIOCHIMIE ET BIOLOGIE MOLÉCULAIRE
M	Patrick	<b>GARBUIO</b>	CHIRURGIE ORTHOPÉDIQUE ET TRAUMATOLOGIQUE
Mme	Anne-Sophie	<b>GAUTHIER</b>	OPHTALMOLOGIE
M.	Emmanuel	<b>HAFFEN</b>	PSYCHIATRIE d'ADULTES
M.	Georges	<b>HERBEIN</b>	VIROLOGIE
M.	Bruno	<b>HEYD</b>	CHIRURGIE GÉNÉRALE
M.	Didier	<b>HOCQUET</b>	HYGIÈNE HOSPITALIÈRE
Mme	Katy	<b>JEANNOT</b>	BACTÉRIOLOGIE - VIROLOGIE
M	François	<b>KLEINCLAUSS</b>	UROLOGIE
M.	Paul	<b>KUENTZ</b>	HISTOLOGIE EMBRYOLOGIE ET CYTOGÉNÉTIQUE
M.	Zaher	<b>LAKKIS</b>	CHIRURGIE VISCÉRALE ET DIGESTIVE
M.	Daniel	<b>LEPAGE</b>	ANATOMIE
M.	Quentin	<b>LEPILLER</b>	BACTERIOLOGIE VIROLOGIE, HYGIENE HOSPITALIERE
M.	Eloi	<b>MAGNIN</b>	NEUROLOGIE
Mme	Nadine	<b>MAGY-BERTRAND</b>	MEDECINE INTERNE
M.	Frédéric	<b>MAUNY</b>	BIostatistiques, INFORMATIQUE MÉDICALE
M.	Nicolas	<b>MENEVEAU</b>	CARDIOLOGIE
M.	Christophe	<b>MEYER</b>	CHIRURGIE MAXILLO FACIALE ET STOMATOLOGIE

M.	Fabrice	<b>MICHEL</b>	MÉDECINE PHYSIQUE ET DE RÉADAPTATION (DISPONIBILITE)
Mme	Laurence	<b>MILLON</b>	PARASITOLOGIE ET MYCOLOGIE
M.	Nicolas	<b>MOTTET</b>	GYNÉCOLOGIE OBSTÉTRIQUE
M.	Thierry	<b>MOULIN</b>	NEUROLOGIE
M	Sylvie	<b>NEZELOF</b>	PÉDOPSYCHIATRIE
M	Laurent	<b>OBERT</b>	CHIRURGIE ORTHOPÉDIQUE ET TRAUMATOLOGIQUE
M.	Andréas	<b>PERROTTI</b>	CHIRURGIE THORACIQUE ET CARDIOVASCULAIRE
M.	Sébastien	<b>PILI-FLOURY</b>	ANESTHÉSIOLOGIE RÉANIMATION
M.	Gaël	<b>PITON</b>	MÉDECINE INTENSIVE RÉANIMATION
M.	Clément	<b>PRATI</b>	RHUMATOLOGIE
M	Jean-Luc	<b>PRETET</b>	BIOLOGIE CELLULAIRE
M.	Rajeev	<b>RAMANAH</b>	GYNÉCOLOGIE - OBSTÉTRIQUE
M.	Simon	<b>RINCKENBACH</b>	CHIRURGIE VASCULAIRE
M	Emmanuel	<b>SAMAIN</b>	ANESTHÉSIOLOGIE RÉANIMATION
M.	François	<b>SCHIELE</b>	CARDIOLOGIE
Mme	Marie-France	<b>SERONDE</b>	CARDIOLOGIE
M	Laurent	<b>TATU</b>	ANATOMIE
M.	Laurent	<b>TAVERNIER</b>	OTO-RHINO-LARYNGOLOGIE
M.	Thierry	<b>THEVENOT</b>	HÉPATOLOGIE
M.	Laurent	<b>THINES</b>	NEUROCHIRURGIE
M.	Gérard	<b>THIRIEZ</b>	PÉDIATRIE
M.	Pierre	<b>TIBERGHIE</b>	IMMUNOLOGIE
M.	Eric	<b>TOUSSIROT</b>	THÉRAPEUTIQUE
M.	Pierre	<b>VANDEL</b>	PSYCHIATRIE d'ADULTES (DISPONIBILITÉ)
M.	Fabrice	<b>VUILLIER</b>	ANATOMIE
Mme	Lauriane	<b>VULLIEZ COADY</b>	PEDO-PSYCHIATRIE
Mme	Lucine	<b>VUITTON</b>	GASTRO-ENTÉROLOGIE
Mme	Virginie	<b>WESTEEL-KAULEK</b>	PNEUMOLOGIE

## PROFESSEURS EMÉRITES

M.	Jean-Luc	<b>BRESSON</b>	BIOLOGIE ET MÉDECINE DU DÉVELOPPEMENT ET DE LA REPRODUCTION
M	Gilles	<b>CAPELLIER</b>	MÉDECINE INTENSIVE RÉANIMATION
M.	Jean-Luc	<b>CHOPARD</b>	MÉDECINE LÉGALE
M.	Alain	<b>CZORNY</b>	NEUROCHIRURGIE
M.	Bernard	<b>DELBOSC</b>	OPHTALMOLOGIE
M.	Gilles	<b>DUMOULIN</b>	PHYSIOLOGIE
M.	Dominique	<b>FELLMANN</b>	CYTOLOGIE ET HISTOLOGIE
M.	Georges	<b>MANTION</b>	CHIRURGIE GÉNÉRALE
Mme	Christiane	<b>MOUGIN</b>	BIOLOGIE CELLULAIRE
M.	Bernard	<b>PARRATTE</b>	ANATOMIE
M.	Patrick	<b>PLESIAT</b>	BACTÉRIOLOGIE - VIROLOGIE
M.	Christophe	<b>ROUX</b>	BIOLOGIE ET MÉDECINE DU DÉVELOPPEMENT ET DE LA REPRODUCTION
M.	Daniel	<b>SECHTER</b>	PSYCHIATRIE D'ADULTES
Mme	Dominique	<b>VUITTON</b>	IMMUNOLOGIE
M.	Daniel	<b>WENDLING</b>	RHUMATOLOGIE

## MAÎTRES DE CONFÉRENCES DES UNIVERSITÉS – PRATICIENS HOSPITALIERS

Mme	Clotilde	<b>AMIOT</b>	HISTOLOGIE EMBRYOLOGIE ET CYTOGÉNÉTIQUE
Mme	Anne-Pauline	<b>BELLANGER</b>	PARASITOLOGIE
M.	Matthieu	<b>BEREAU</b>	THÉRAPEUTIQUE
Mme	Sophie	<b>BOROT</b>	ENDOCRINOLOGIE, DIABÈTE ET MALADIES MÉTABOLIQUES
Mme	Malika	<b>BOUHADDI</b>	PHYSIOLOGIE
M.	Kévin	<b>BOUILLER</b>	MALADIES INFECTIEUSES (DÉLÉGATION MISSION D'ÉTUDE)
M.	Paul	<b>CALAME</b>	RADIOLOGIE ET IMAGERIE MÉDICALE
M.	Yann	<b>CHAUSSY</b>	CHIRURGIE INFANTILE
M.	Alain	<b>COAQUETTE</b>	VIROLOGIE
Mme	Elsa	<b>CURTIT</b>	CANCÉROLOGIE
M.	Etienne	<b>DAGUINDAU</b>	HEMATOLOGIE
M.	Maxime	<b>DESMARETS</b>	EPIDEMIOLOGIE, ÉCONOMISE DE LA SANTE ET PREVENTION
Mme	Julie	<b>GIUSTINIANI</b>	PSYCHIATRIE D'ADULTES ; ADDICTOLOGIE
M.	François	<b>LOISEL</b>	CHIRURGIE ORTHOPÉDIQUE ET TRAUMATOLOGIQUE
Mme	Tania	<b>MARX</b>	MÉDECINE D'URGENCE
Mme	Elisabeth	<b>MEDEIROS</b>	NEUROLOGIE
M	Patrice	<b>MURET</b>	PHARMACOLOGIE CLINIQUE
Mme	Charlée	<b>NARDIN</b>	DERMATOLOGIE
M.	Fabien	<b>PELLETIER</b>	DERMATO-VÉNÉRÉOLOGIE
Mme	Isabelle	<b>PLUVY</b>	CHIRURGIE PLASTIQUE, RECONSTRUCTRICE ET ESTHÉTIQUE (DÉLÉGATION MISSION D'ÉTUDE)
Mme	Anaïs	<b>POTRON</b>	BACTÉRIOLOGIE - VIROLOGIE
M.	Zohair	<b>SELMANI</b>	BIOLOGIE CELLULAIRE
M.	Antoine	<b>THIERY-VUILLEMIN</b>	CANCÉROLOGIE (DISPONIBILITÉ)
M.	Frank	<b>VERHOEVEN</b>	RHUMATOLOGIE
Mme.	Delphine	<b>WEIL- VERHOEVEN</b>	HEPATOLOGIE
M	Hadrien	<b>WINISZEWSKI</b>	MÉDECINE INTENSIVE-RÉANIMATION

## ENSEIGNANTS ASSOCIÉS

M.	Rémi	<b>BARDET</b>	PR associé MÉDECINE GÉNÉRALE
M.	Francis	<b>BERTHIER</b>	PR associé ANESTHÉSIE-RÉANIMATION
Mme	Hélène	<b>BIGEARD-JOUFFROY</b>	MCF associé PARODONTOLOGIE
Mme	Anne-Lise	<b>BOLOT</b>	MCF associé MÉDECINE GÉNÉRALE
M.	Benoit	<b>DINET</b>	PR associé MÉDECINE GÉNÉRALE
M.	Edouard	<b>EUVRARD</b>	PR associé CHIRURGIE ORALE (ODONTOLOGIE)
Mme	Catherine	<b>GAY</b>	PR associé GYNECOLOGIE-OBSTETRIQUE
M.	Abdo	<b>KHOURY</b>	PR associé Médecine d'urgence
Mme	Aurore	<b>LEBEAU-JEUNET</b>	MCF ASSOCIE MÉDECINE GÉNÉRALE
M.	Thierry	<b>LEPETZ</b>	PR associé MÉDECINE GÉNÉRALE
M.	José-Philippe	<b>MORENO</b>	PR associé MÉDECINE GÉNÉRALE
Mme	Sophie	<b>PECHOUX</b>	MCF associé DENTISTERIE RESTAURATRICE (ODONTOLOGIE)

M.	Jean-Michel	<b>PERROT</b>	PR associé MÉDECINE GÉNÉRALE
M.	Thomas	<b>RODRIGUEZ</b>	MCF associé MÉDECINE GÉNÉRALE
Mme	Christine	<b>ROMAGNA</b>	PR associé CHIRURGIE ORAL
Mme	Esther	<b>SZWARC</b>	MCF associé SANTÉ AU TRAVAIL

---

## PHARMACIE

---

### PROFESSEURS

M.	Xavier	<b>BERTRAND</b>	MICROBIOLOGIE - INFECTIOLOGIE
Mme	Céline	<b>DEMOUGEOT</b>	PHARMACOLOGIE
Mme	Francine	<b>GARNACHE-OTTOU</b>	HÉMATOLOGIE
Mme	Corine	<b>GIRARD</b>	PHARMACOGNOSIE
M.	Yann	<b>GODET</b>	IMMUNOLOGIE
M.	Frédéric	<b>GRENOUILLET</b>	PARASITOLOGIE-MYCOLOGIE
M.	Yves	<b>GUILLAUME</b>	CHIMIE ANALYTIQUE
M.	Lhassane	<b>ISMAILI</b>	CHIMIE ORGANIQUE
M.	Samuel	<b>LIMAT</b>	PHARMACIE CLINIQUE
M.	Frédéric	<b>LIRUSSI</b>	PHARMACOLOGIE - TOXICOLOGIE
M.	Dominique	<b>MEILLET</b>	PARASITOLOGIE – MYCOLOGIE
Mme	Virginie	<b>NERICH</b>	PHARMACIE CLINIQUE
M.	Yann	<b>PELLEQUER</b>	PHARMACIE GALÉNIQUE
M.	Bernard	<b>REFOUVELET</b>	CHIMIE ORGANIQUE ET THERAPEUTIQUE
M.	Philippe	<b>SAAS</b>	IMMUNOLOGIE (DISPONIBILITÉ)
Mme	Marie-Christine	<b>WORONOFF-LEMSI</b>	PHARMACIE CLINIQUE

### PROFESSEUR EMÉRITE

Mme	Laurence	<b>NICOD</b>	BIOLOGIE CELLULAIRE
-----	----------	--------------	---------------------

### MAÎTRES DE CONFÉRENCES

Mme	Aurélie	<b>BAGUET</b>	BIOCHIMIE
M.	Arnaud	<b>BEDUNEAU</b>	PHARMACIE GALÉNIQUE
M.	Laurent	<b>BERMONT</b>	BIOCHIMIE
M.	Oleg	<b>BLAGOSKLONOV</b>	BIOPHYSIQUE ET IMAGERIE MÉDICALE
Mme	Oxana	<b>BLAGOSKLONOV</b>	GÉNÉTIQUE
Mme	Céline	<b>BOUVIER-SLEKOVEC</b>	HYGIÈNE PRÉVENTION RISQUES INFECTIEUX
M.	Eric	<b>CAVALLI</b>	CHIMIE PHYSIQUE ET MINÉRALE
Mme	Anne-Laure	<b>CLAIRET</b>	PHARMACIE
M.	Jean-Patrick	<b>DASPET</b>	BIOPHYSIQUE
Mme	Sylvie	<b>SYLVIE BOBILLIER-CHAUMONT DEVAUX</b>	PHYSIOLOGIE
Mme	Jeanne	<b>GALAINÉ</b>	SCIENCES BIOLOGIQUES, FONDAMENTALES ET CLINIQUES
Mme	Marie	<b>KROEMER</b>	SCIENCES DU MÉDICAMENT ET AUTRES PRODUITS DE SANTÉ
Mme	Isabelle	<b>LASCOMBE</b>	BIOCHIMIE / ISIFC
Mme	Carole	<b>MIGUET ALFONSI</b>	TOXICOLOGIE
M.	Johnny	<b>MORETTO</b>	PHYSIOLOGIE
M.	Brice	<b>MOULARI</b>	PHARMACIE GALÉNIQUE
M.	Frédéric	<b>MUYARD</b>	PHARMACOGNOSIE
M.	Marc	<b>PUDLO</b>	CHIMIE THÉRAPEUTIQUE
M.	Florian	<b>RENOSI</b>	SCIENCES BIOLOGIQUES, FONDAMENTALES ET CLINIQUES
MME	Nathalie	<b>RUDE</b>	BIOMATHÉMATIQUES ET BIostatISTIQUES

M.	François	<b>SENEJOUX</b>	PHARMACOGNOSIE
Mme	Perle	<b>TOTOSON</b>	PHARMACOLOGIE

## ENSEIGNANTS ASSOCIÉS

M	Lionel	<b>PAZART</b>	PAST PHARMACIE SCIENCES DU MÉDICAMENT
Mme	Florence	<b>VAN LANDUYT</b>	PAST PHARMACIE CLINIQUE – OFFICINE

---

## PROFESSIONS DE SANTÉ

---

Mme	Aline	<b>CHASSAGNE</b>	MAÎTRE DE CONFÉRENCES SCIENCES INFIRMIERES
M.	Alain	<b>DEVEVEY</b>	MAÎTRE DE CONFÉRENCES SCIENCES LANGAGE- ORTHOPHONIE
M.	Alexandre	<b>KUBICKI</b>	MAÎTRE DE CONFÉRENCES SCIENCES DE RÉÉDUCATION ET DE RÉADAPTATION - KINÉSITHÉRAPIE
M.	Yoshimasa	<b>SAGAWA JUNIOR</b>	MAÎTRE DE CONFÉRENCES SCIENCES DE RÉÉDUCATION ET DE RÉADAPTATION - KINÉSITHÉRAPIE
MME	Geneviève	<b>MERELLE</b>	MAST EN ORTHOPHONIE
MME	Sophie	<b>SALTARELLI</b>	MAST EN ORTHOPHONIE
MME	Christine	<b>BRET-LEGRAND</b>	MAST EN ORTHOPHONIE
MME	Alice	<b>BOULLAUD</b>	PROFESSEUR CERTIFIÉE - ERGOTHERAPIE
MME	Gaelle	<b>BLERVAQUE</b>	MAST ERGOTHÉRAPIE/PSYCHOMOTRICITE
MME	Julie	<b>LAPREVOTTE</b>	MAST ERGOTHÉRAPIE/PSYCHOMOTRICITE

---

## AUTRES ENSEIGNANTS

---

MME	Lise	<b>FIARDET</b>	PROFESSEUR AGREGÉE ANGLAIS
MME	Vanessa	<b>MARTIN</b>	PROFESSEUR AGREGÉE ANGLAIS
M.	Nicolas	<b>MICHAUD</b>	PROFESSEUR AGRÉGÉ ANGLAIS
M.	Charles Dale	<b>SANTANA</b>	PROFESSEUR AGRÉGÉ ANGLAIS



# **REMERCIEMENTS**



**A Monsieur le Professeur Clément PRATI, président du jury de cette thèse**

Vous me faites l'honneur de présider ce jury et je vous en remercie.

Merci de l'intérêt que vous avez porté à ce sujet de thèse.

Veillez recevoir l'expression de mon plus profond respect.



**A Monsieur le Professeur Benoit DINET, membre du jury de cette thèse**

Je vous remercie de me faire l'honneur de faire partie de ce jury.

Veillez recevoir l'expression de mon plus profond respect.



**A Monsieur le Professeur Thierry LEPETZ, membre du jury de cette thèse**

Vous avez suivi mon évolution au cours de ces années d'internat, en tant que tuteur.

Aujourd'hui, vous me faites l'honneur de faire partie de ce jury.

Merci d'avoir contribué à ma formation, mais aussi à l'évaluation de ce travail de thèse.



**A Monsieur le Docteur Martial BOTEBOL, directeur et membre du jury de cette thèse**

Tu m'as fait découvrir la médecine générale, et ce sujet de thèse est le fruit de notre réflexion commune.

J'ai apprécié ces six mois de stage passés ensemble à la fois sur le plan professionnel mais aussi personnel.

Je te remercie pour l'aide précieuse fournie au cours de ces années de travail.

Ton regard de médecin généraliste installé en maison de santé a rapproché ce travail de thèse de la réalité du terrain.



## **A ma famille,**

Maman,

Je n'ai pas les mots pour te dire à quel point je t'aime et à quel point je suis reconnaissante de tout ce que tu as fait pour moi. Je sais que tu as fait des sacrifices, et si j'en suis là c'est grâce à toi. Je m'inspirerai de l'éducation que tu m'as donnée et des valeurs que tu m'as transmises pour mes futurs enfants. Je sais que je te rends fière car tu me l'as toujours exprimé. Je te souhaite un bonheur sans fin !

Heddi, mon mari,

Il y a 13 ans je ne pouvais m'imaginer tout ce qu'on allait vivre. Nous avons grandi ensemble et bien qu'à la base, si différents, presque opposés, nous avons réussi à créer une vie harmonieuse. Nous avons traversé de terribles épreuves, et pourtant, nos liens en ont été renforcés. Avec toi, chaque jour est une fête, et c'est probablement ça qui m'a fait tenir pendant ces 10 années d'études. Tu as toujours été une épaule sur laquelle je pouvais me reposer. Je suis si heureuse que tu aies enfin trouvé ta voie, je te souhaite de t'épanouir tout comme je le fais dans mon propre travail. Je suis persuadée que le meilleur reste à venir !

A mes grands-parents Liubov et Sergey,

Merci pour votre soutien sans faille, votre amour et votre éducation. Vous êtes dans mon cœur malgré la distance, je me languis de vous retrouver. Je suis fière d'être un membre de plus dans la profession médicale au sein de notre famille.

Eugénie, tata, tu es comme une grande sœur. Tu es un rayon de soleil pour tous ceux qui t'entourent, merci d'avoir toujours été là pour moi. Tu es un modèle à mes yeux. Tu me manques terriblement !

Anastasia, ma petite sœur, tu es en train de devenir une merveilleuse jeune femme, je te souhaite le meilleur pour l'avenir. Je sais que je pourrai toujours compter sur toi et inversement.

A mes cousins Valery et Boris, je suis fière de ce que vous êtes devenus. Valery je suis heureuse que nous ayons tant de choses à partager, tu es le frère que je n'ai jamais eu.

A mon papa,

Le temps nous permettra de créer des liens, et j'espère te rendre fier.

Sébastien, je suis très heureuse que tu sois entré dans nos vies, merci pour ta bonne humeur et ta générosité.

Ouerdia, vous êtes comme une deuxième mère pour moi. Vous m'avez accueilli dans votre famille et je vous en suis très reconnaissante. Vous pourrez toujours compter sur moi.

A mes beaux-frères et belles-sœurs, Kamel, Brahim, Léa, Katy, Aurélie, Nadia. Une mention spéciale pour Samir, enfin confrères ! Mais aussi pour mon neveu Lounès, qui prendra peut-être un jour la relève !

## **A mes amis, ma seconde famille,**

Nano, c'est avec toi que tout a commencé. J'ai été une piètre marraine en PACES, mais j'espère m'être rattrapée au cours de ces huit années d'amitié. Tu as été mon épaule pour pleurer, mais aussi une merveilleuse témoin de mariage, co-interne, et colocataire. Ton rire m'a contaminé pour toujours !

Alyson, Chachou. Notre rencontre ne présageait en rien de l'amitié que nous avons créé depuis quatre ans maintenant. Nous avons partagé tant de choses en si peu de temps que j'ai l'impression qu'on se connaît depuis toujours. Tu es une merveilleuse maman, d'ailleurs, une mention spéciale à Bébédem que je suis en train de garder à cet instant précis, tu as aussi contribué à cette thèse ! Merci pour tout Alyson, tu as été là dans les bons tout comme dans les mauvais moments. Une pensée aussi pour le grand Doudz, qui a tout de même failli se faire suturer par mes soins lors de notre premier voyage...

Amela, mon amie de longue date. Cette fois-ci à ton tour d'assister à ma soutenance de thèse (qui sera loin d'être à la hauteur de la tienne). J'ai l'impression de faire partie de votre famille et peu importe le temps qui passe, tu auras toujours une place spéciale dans mon cœur.

Rim, Roomie, je remercie F.B, sans lui nous serions passées à côté d'une très belle amitié. Je n'oublierai jamais nos discussions profondes autour d'un plat libanais. Tu sèmes le bonheur autour de toi !

Nour, comme le dit si bien ton prénom, tu es notre source de lumière. Je te souhaite la bienvenue dans notre famille de médecins généralistes, et je suis persuadée que tu t'y épanouiras. J'aime ton côté libano-soviétique, j'admire ton engagement, tu es une véritable source d'inspiration.

Rahma, Queen B, notre amitié est devenue si profonde, je ferai tout pour la cultiver encore pendant de longues années. Tout ce que tu entreprends est une réussite, tu es un modèle pour moi. Un immense merci pour le temps que tu as pris à relire et corriger ce travail.

Cygy, cette amie qui peut me faire mourir de rire et l'instant d'après être une confidente. Je crois qu'on sera toujours là pour se rassurer l'une et l'autre dans nos prises en charge. Merci d'être une amie toujours à l'écoute. Mes remerciements à Clément et toi pour vos conseils et la correction de ce travail.

Liza, la douceur Kabyle. Je suis désormais ta compatriote par alliance ! Je suis si heureuse que nos chemins se soient croisés il y a déjà de longues années. Malgré la distance, tu es toujours dans mon cœur.

Hiba, notre force tranquille. Merci de nous faire sortir de notre monde de médecins pour nous apporter ta vision des choses. Ta cuisine est toujours un réconfort alors n'hésite pas à continuer ! Merci d'avoir sauvé la mise en page de cette thèse.

Aux hommes de la team, Hakim notre cardiologue-chasseur de cœur, Pat-Pat mon confrère, Fethi notre anesth-chef étoilé , Wafic notre urgentiste tout terrain, merci de contrebalancer ce groupe si féminin !

Merci les amis, vous avez tellement enrichi ma vie, sans vous je ne serais pas la même.

Claire, ma partner in crime ! Merci d'avoir partagé les bancs de la fac à mes côtés, tu as été ma source de motivation pendant ces 5 années. Tant de bons souvenirs nous lient, malgré la distance j'espère que nous saurons entretenir notre amitié.

A Helena, Alice et Cynthia, qui nous ont rejoint au cours de l'externat. Merci pour tous ces beaux moments partagés.

Rachel, tout a commencé lors de ce voyage en bus à Berlin en seconde, tu as ensuite été mon roc pendant la PACES. Sans oublier notre appartement de la rue Renan, où nous avons créé notre petit chez nous. Merci pour ta présence toutes ces années.

A Agathe B., notre star à tous. Tu es une merveilleuse maman médecin, je souhaite beaucoup de bonheur à votre petite famille.

Agathe, Dom, je ne compte plus nos fous rires, j'ai aimé nos week-ends, nos visites touristiques, nos dates en bord de mer. Tu es devenue une amie très précieuse.

A nos amis Nîmois d'adoption, Kenza, Waly et leur bébé Issa. Votre présence m'est devenue vitale, ne nous abandonnez pas s'il vous plaît car nous avons encore beaucoup trop de choses à vivre ensemble !

A notre team d'endocrinologie,  
Cassie, je suis heureuse de t'avoir rencontré au cours de ce semestre plein de rires et de complicité. Nos retrouvailles me font toujours du bien !  
Marion, ma consœur généraliste, je te souhaite beaucoup de bonheur à toi et dans votre nouvelle vie à quatre. Merci pour ces bons moments partagés.  
Marie, tu me comprends dans ma folie à propos de nos amis à quatre pattes. Longue vie à toi et Gusgus, et plein de bonheur avec ton Geoffrey !

Merci à tous mes co-internes que je n'ai pas cités, j'ai adoré travailler avec vous.

A la famille Aubas, Romain, Angélique, Mathis, Nathan, et bien-sûr notre princesse guerrière Emma. Je suis si heureuse que nos chemins se soient croisés. Vous êtes une famille formidable, une leçon de vie pour tous. Emma ma princesse je t'aime, tu es la plus belle !

Minousse, Gribouille et Panini, je ne pouvais pas ne pas parler de vous...

## **A tous ce qui ont contribué à ma formation,**

Merci à l'équipe du service d'accueil des urgences de Dole au cours du semestre d'hiver 2020. Malgré la pandémie, vous m'avez accompagné en ce début d'internat, et grandement enrichi mes connaissances

A mes premiers MSU lors de mon stage de niveau 1 à Beure, Dr Vincent Griffond et Dr Géraldine Gevrey.

Vincent, c'est avec toi que j'ai appris la pédiatrie et que j'y ai pris goût. Les compétences que j'ai acquies avec toi me servent au quotidien.

Géraldine, la relation que tu as avec tes patients est une source d'inspiration pour moi.

Je remercie toute l'équipe d'endocrinologie-diabétologie au cours du semestre d'hiver 2021 pour votre merveilleux accueil dans votre service. J'ai passé un semestre très enrichissant sur le plan pédagogique, et aussi partagé de très bons moments. Je remercie particulièrement les Docteurs Schillo et Colakoglu pour leur bienveillance et les connaissances qu'ils m'ont transmises.

A mes mentors, les Docteurs Pierron-Prudent et Mottet, « les Emilie »

Les mots me manquent pour décrire ce stage. Je pense que la médecin que je suis devenue est un petit mélange de vous deux. Au-delà de tout ce que vous m'avez appris sur le plan professionnel, j'ai rencontré deux personnes au cœur généreux, vous avez toujours trouvé les mots pour me faire prendre confiance en moi, et ce encore aujourd'hui. Se lever pour aller en stage était un vrai plaisir.

Je vois en vous un modèle de réussite et d'épanouissement personnel et professionnel.

Emilie Mottet, je retiens de toi ton calme et ta douceur. Ta bienveillance m'a donné confiance en moi. Un grand merci pour tout ce qu'on a partagé.

Emilie Pierron-Prudent, avec toi j'ai appris à gérer mon empathie parfois débordante. Je te remercie aussi pour tes conseils lecture inspirants, et aussi pour tes nombreuses leçons de vie.

Au Docteur Céline Ponçot,

Merci pour ce merveilleux semestre d'apprentissage à tes côtés. J'ai aimé travailler avec toi, tu m'as énormément apporté et je t'en suis très reconnaissante. Je suis heureuse que tu aies réussi à trouver un équilibre et je te souhaite beaucoup de bonheur à venir.

Je remercie l'équipe du SSR des Tilleroyes du secteur 1B au cours du semestre d'hiver 2022. J'ai aimé travailler à vos côtés et je vous remercie pour tout ce que vous m'avez apporté. Au Docteur Chalumeaux Karine, merci pour ta supervision et ta bienveillance au cours de ces six mois, j'ai apprécié travailler avec toi.

A mes MSU de SASPAS,

Docteur Michel Vauthier-Crelier, merci pour ce semestre qui marque le clap de fin de mes études. J'ai apprécié travailler avec vous, les connaissances et l'expérience que vous m'avez transmises ont grandement amélioré ma pratique de médecin généraliste.

Docteur Jérôme De Conto, merci pour ta bonne humeur, ton humour (parfois décalé !) ainsi que pour nos échanges. J'ai apprécié ta rigueur dans la prise en charge des patients, et ta supervision m'a donné confiance en moi en cette fin d'internat.

Docteur Pierre De Vesvrotte, votre grande expérience et vos enseignements m'ont donné une formation de qualité, j'ai énormément appris à vos côtés.

Docteur Patrick Vuattoux, merci pour tes enseignements lors des debriefings. J'ai apprécié les objectifs de travail que nous avons établi ensemble, ta supervision m'a fait progresser tout au long du stage.

Merci au reste de l'équipe de la MSP Saint-Claude, j'ai adoré travailler avec vous au cours de ces deux semestres.

Merci à tous les médecins rencontrés lors de mes remplacements dans le midi, vous m'avez fait un accueil très chaleureux et ce fut un plaisir de travailler avec vous.

Dr Mathilde Jacquemus, tu m'as fait confiance et je t'en suis reconnaissante. Tu es une personne au grand cœur et je suis ravie d'avoir croisé ton chemin.

Dr Gizard Camille et Dr Felter Mathilde, merci de m'avoir accueillie à Rochefort-du Gard, j'ai adoré travailler avec vous dans la bonne humeur, je vous souhaite beaucoup de belles choses.



## *SERMENT D'HIPPOCRATE*

*En présence des Maîtres de cette École, de mes chers condisciples, je promets et je jure, au nom de l'Être Suprême, d'être fidèle aux lois de l'honneur et de la probité, dans l'exercice de la Médecine.*

*Je donnerai mes soins gratuits à l'indigent, et n'exigerai jamais un salaire au dessus de mon travail.*

*Admis dans l'intérieur des maisons, mes yeux ne verront pas ce qui s'y passe, ma langue taira les secrets qui me sont confiés, et mon état ne servira pas à corrompre les mœurs, ni à favoriser le crime.*

*Respectueux et reconnaissant envers mes Maîtres, je rendrai à leurs enfants l'instruction que j'ai reçue de leurs pères.*

*Que les hommes m'accordent leur estime si je suis fidèle à mes promesses !*

*Que je sois couvert d'opprobre et méprisé de mes confrères si j'y manque !*



## Sommaire

I. Introduction .....	7
II. Matériel et méthodes.....	25
III. Analyse et résultats.....	32
IV. Discussion.....	75
V. Conclusion .....	84
VI. Annexe n°1: outil KIT-KAD (kit pour accompagner la douleur) .....	85
VII. Annexe n°2 : grille de première évaluation HAS .....	87
VIII. Annexe n°3 : échelles d'évaluation .....	89
IX. Annexe n°4 : description des pain management programs .....	119
X. Bibliographie .....	157
XI. Table des matières.....	163
XII. Imprimatur du directeur de l'UFR.....	167

## SOMMAIRE DES FIGURES

Figure 1 : modèle multidimensionnel de la douleur .....	14
Figure 2 : voies de la douleur .....	15
Figure 3 : substances responsables de l'hyperalgésie secondaire .....	16
Figure 4 : phénomène de sensibilisation centrale .....	17
Figure 5 : mécanismes pouvant mener à la chronicisation de la douleur .....	19
Figure 6 : techniques de relaxation et de pleine conscience.....	22
Figure 7 : flow chart.....	28
Figure 8 : répartition du mode de recrutement des patients.....	60
Figure 9 : nombre de programmes utilisant les différentes échelles d'évaluation du retentissement global de la douleur chronique sur la qualité de vie des patients (parmi les données disponibles) .....	62
Figure 10 : pourcentage d'utilisation des différentes échelles d'évaluation de la santé mentale (parmi les données disponibles).....	62
Figure 11 : pourcentage d'utilisation des différentes échelles d'évaluation de l'auto-gestion et de coping (parmi les données disponibles) .....	63
Figure 12 : répartition des différents professionnels participant aux programmes .....	64
Figure 13 : répartition des différents intervenants ponctuels.....	65
Figure 14 : mode de formation des professionnels .....	66
Figure 15 : répartition des domaines de formation des professionnels le cas échéant.....	66
Figure 16 : utilisation des différents modes de communication au sein des équipes pluriprofessionnelles.....	67
Figure 17 : thérapies complémentaires proposées .....	68
Figure 18 : programmes intégrant l'éducation physiopathologique à la douleur chronique ...	68
Figure 19 : répartition de la durée des différents programmes .....	69
Figure 20 : représentation du format des programmes .....	70
Figure 21 : répartition du mode de délivrance des différents programmes .....	70
Figure 22 : représentation des outils de communication utilisés dans les programmes distanciels.....	71
Figure 23 : recommandations des traitements antidépresseurs (SCAMP study).....	122
Figure 24 : déroulement et contenu du pain self-management program (PSM program) ...	123
Figure 25 : composantes du programme et leur durée (Stein KF et al.) .....	124
Figure 26 : différentes modalités du programme et nombre de patients ayant participé à chacune d'entre-elles (Abrams DI. et al.) .....	125
Figure 27 : contenu du programme (Gardiner P. et al.) .....	126
Figure 28 : déroulement d'une séance (Gardiner P. et al.) .....	127
Figure 29 : extrait d'un tableau de monitoring (SCOPE) .....	128
Figure 30 : algorithme de modification thérapeutique (SCOPE) .....	129
Figure 31 : algorithme et paliers du traitement médicamenteux .....	129
Figure 32 : exemple d'évaluation initiale selon le modèle PPACT .....	132
Figure 33 : description des compétences spécifiques de coping de la douleur utilisées dans le programme (Lindsay L.Benes et al.) .....	133
Figure 34 : description du contenu des différentes sessions du programme (DeBar L. et al.) .....	134

Figure 35 : schéma du déroulement du programme PPACT .....	135
Figure 36 : rôle des différents intervenants du programme PPACT .....	135
Figure 37 : contenu du programme et soignants participant (Hurstak et al.) .....	139
Figure 38 : les principaux axes de l'IMGV .....	144
Figure 39 : thématiques abordées au cours des sessions de groupe (Persistant pain program).....	147
Figure 40 : thématiques abordées au cours des sessions de groupe (Living well with persistent pain).....	148
Figure 41 : déroulement des sessions du BPSM .....	150
Figure 42 : déroulement des sessions (chronic pain management program) .....	152
Figure 43 : contenu des sessions (chronic pain management program) .....	153
Figure 44 : outils d'évaluation ePPOC dans le chronic pain management program .....	154
Figure 45 : déroulement des sessions du programme Living well with pain .....	155

## SOMMAIRE DES TABLEAUX

Tableau 1 : analyse critique des articles .....	32
Tableau 2 : description synthétique des programmes.....	40



## Liste des abréviations

ATCD : Antécédent

ATD : Antidépresseur

APA : Activité physique adaptée

CIM-11 : Classification Internationale des Maladies 11e version

EBM : Evidence Based Medicine

EDC : Épisode dépressif caractérisé

ETP : Éducation Thérapeutique du Patient

GABA : Gamma-Aminobutyric Acid

HAS : Haute Autorité de Santé

IASP : International Association for the Study of Pain

IDE : Infirmier diplômé d'état

IRSNa : Inhibiteur de recapture de la sérotonine et de la noradrénaline

MBSR : Mindfulness Based Stress Reduction

MSP : Maison de Santé Pluriprofessionnelle

MT : Médecin traitant

OMS : Organisation Mondiale de la Santé

PCP : Primary care provider

PEC : Prise en charge

PMP : Pain Management Program

PPS : Plan personnalisé de soins

SDC : Structure Douleur Chronique

RCP : Réunion de Concertation Pluridisciplinaire

SIGN : The Scottish Intercollegiate Guidelines Network

SFETD : Société Française d'Évaluation et de Traitement de la Douleur

SSP : Soins de Santé Primaires

TCC : Thérapie Cognitivo-Comportementale

USA : United States of America

VHA : Veterans Health Administration



## **I. Introduction**

### **A. Rationnel et objectif de thèse**

La douleur chronique est un problème de santé publique en France et dans le monde. L'étude STOPNEP réalisée en 2004 (1) a évalué la prévalence des douleurs chroniques en France à 31,7%, et à 20% en ce qui concerne les douleurs chroniques d'intensité modérée à sévère chez les adultes, soit environ 12 millions de personnes. Les chiffres sont similaires aux Etats-Unis (2) et en Australie (3), autour de 20% de la population.

Selon le rapport de l'Enquête Santé Protection Sociale (ESPS) de l'Institut de Recherche et de Documentation en Economie de la Santé (IRDES) de 2013, les femmes seraient plus fréquemment touchées que les hommes.

L'étude STOPNEP (en France), rapporte que la prévalence augmente avec l'âge, surtout au-delà de 65 ans.

Les comorbidités psychiatriques semblent liées à une augmentation du risque de souffrir de douleurs chroniques. La dépression est fortement associée aux douleurs chroniques (77% des patients souffrant de dépression ont des douleurs chroniques). Il s'agit d'un cercle vicieux puisque souffrir de douleurs chroniques augmente le risque de développer une pathologie psychiatrique (dépression, anxiété, troubles du sommeil, addictions), 64% des patients douloureux chroniques reçus en Structure Douleur Chronique présentent une dépression (4) (1).

Concernant les douleurs neuropathiques, on observe une prédominance féminine, avec un pic chez les 50-64 ans, plus importante en zone rurale (7,6%) par rapport aux communautés urbaines (5% à Paris). Elle est deux fois supérieure chez les agriculteurs et les ouvriers (4).

Concernant l'origine socio-culturelle, une étude britannique suggère qu'au sein d'un quartier défavorisé de Londres, la prévalence des douleurs chroniques est plus importante chez les patients d'origine bangladaise, nés hors Union Européenne, ayant des difficultés d'intégration (arrivés sur le sol britannique après leur 14 ans).(5).

Parmi les principales étiologies (4), les douleurs ostéo-articulaires et rachidiennes (arthrose, lombalgie, fibromyalgie, rhumatismes inflammatoires) sont les plus représentées parmi les douleurs chroniques.

La prévalence des douleurs avec caractéristiques neuropathiques (sur la base du DN4) 6,9% (étude STOPNEP), avec une majorité de lombo-sciatiques ou de névralgies cervico-brachiales. 20% des patients diabétiques souffrent de douleurs neuropathiques en grande majorité en lien avec une polyneuropathie diabétique.

20% de la population française souffre de migraine et 3% de céphalées chroniques quotidiennes.

On retrouve peu de chiffres concernant les douleurs pelviennes. De plus, il existe de nombreux syndromes douloureux pelviens en lien avec divers organes du pelvis et du périnée pouvant être à l'origine de douleurs chroniques de la femme, mais également de l'homme. Par exemple, l'endométriose concerne 1 femme sur 10 entre 15 et 49 ans.

Parmi les douleurs digestives, 1 personne sur 10 souffre du syndrome de l'intestin irritable ou de dyspepsie.

Les patients ont souvent recours à des traitements alternatifs, ce qui peut générer un budget conséquent.

Les douleurs chroniques sont un handicap qui coûte cher (6), en effet les patients ayant déclaré une douleur chronique ont consulté environ deux fois plus souvent que les autres (9 consultations contre 4,8) : soit 72,2 millions de consultations supplémentaires par an. Il en découle un surcoût annuel d'environ 1,163 milliard d'euros. Les répercussions des douleurs chroniques sont importantes sur la vie professionnelle des patients (licenciement, chômage...) mais également sur leur vie socio-familiale (rejet, rupture, divorce...), sans oublier les répercussions psychologiques (anxiété, dépression) ou médico-légales (invalidité, procès). Selon l'enquête ECONEP, les arrêts de travail sont plus fréquents que dans la population générale et 45 % des patients douloureux sont concernés par des arrêts de travail, dont la durée moyenne cumulée dépasse 4 mois/an. (4)

Les soins primaires sont actuellement confrontés à des difficultés de prise en charge de ces patients douloureux chroniques :

- D'une part, les médecins généralistes sont en difficulté lors des consultations avec ces patients. Ils rapportent ressentir de la frustration et du stress, souvent majorés par la confrontation à des problèmes psychosociaux, mais aussi par les difficultés à mettre en place un changement de comportement (7). Les compétences nécessaires pour ce type de prise en charge complexe sont peu enseignées dans les facultés de médecine, par exemple, certains soignants peuvent avoir des croyances encourageant la kinésiophobie (7). Par ailleurs, les médecins rapportent que les consultations de suivi avec les patients douloureux chroniques sont chronophages, avec souvent la nécessité de s'adapter et de prévoir des créneaux plus longs (8). Dans une thèse réalisée sur la prise en charge des lombalgies chroniques en médecine générale (9), certains médecins généralistes ont répondu qu'ils n'avaient pas le temps d'aborder l'éducation thérapeutique, d'autres ne le font pas car ça leur paraît voué à l'échec, tandis que certains comptent sur les kinésithérapeutes pour le faire. Il paraît nécessaire de valoriser financièrement la consultation de douleur chronique qui est une consultation complexe (4).
- D'autre part, nous sommes confrontés à la problématique de l'accès à la psychothérapie, cette dernière n'étant pas prise en charge par l'assurance maladie, de nombreux patients souffrant de douleurs chroniques n'ont pas la possibilité de financer les séances. En effet, dans une étude menée sur la dépression, 91% des médecins généralistes interrogés estiment que le non remboursement des psychothérapies est un frein à leur accès (10). Créé en 2022 et amélioré en 2024 (passant de 8 à 12 séances, meilleure rémunération des psychologues, et possibilité d'accès direct sans courrier du médecin traitant), il existe le dispositif "Mon soutien psy" permettant la prise en charge de séances de soutien psychologique à partir de 3 ans. Mais ce nombre de séances peut se montrer insuffisant chez des patients douloureux chroniques, d'autant plus que tous les psychologues n'ont pas adhéré au dispositif.
- Enfin, les patients douloureux chroniques sont souvent pris en charge par les professionnels de santé d'une équipe de soins primaires (médecin généraliste, kinésithérapeute, infirmier...), cependant, un manque de communication entre ces professionnels peut parfois empêcher la prise en charge coordonnée du patient. Des

appels téléphoniques peuvent avoir lieu, ou bien des échanges de mails (pas toujours sécurisés), mais d'une part ne permettant pas d'intégrer tous les intervenants, et d'autre part de manière irrégulière.

En 2010, dans une thèse réalisée sur l'optimisation de la prise en charge des patients lombalgiques chroniques par les médecins généralistes en utilisant des ressources multidisciplinaires, un médecin rééducateur exerçant en centre rapporte que selon lui « La prise en charge en ville est obligatoirement vouée à l'échec du fait de l'approche multifactorielle des lombalgies chroniques, c'est à dire qu'il faut très souvent avoir recours à un psychologue, à une assistante sociale, à une équipe parallèle autre que le médecin traitant qui peut casser le cercle vicieux de la lombalgie chronique, souvent dû à l'état d'esprit dans lequel est le lombalgique chronique ».(9)

En France, de 1998 à 2010, trois plans nationaux de lutte contre la douleur se sont succédé. Plus de 250 SDC ont été créées. Les professionnels médicaux, paramédicaux et médico-sociaux ont été sensibilisés et leur formation améliorée pour la prise en charge de la douleur. Les patients et la population ont également été sensibilisés.

La grande majorité des malades douloureux chroniques sont pris en charge par les médecins généralistes et les spécialistes concernés. Ce n'est donc que dans les cas de douleurs chroniques rebelles que certains patients sont dirigés vers les SDC, dont la mission est d'appréhender le patient douloureux chronique selon un modèle multi-dimensionnel et multi-professionnel, associant plusieurs médecins et autres soignants formés à la douleur (6).

Toutefois, les délais d'attente pour une première consultation en SDC sont de 8 mois ou plus (alors que l'IASP recommande un délai de prise en charge inférieur à 8 semaines pour une douleur persistante), les patients sont souvent orientés très tardivement vers ces structures (en moyenne après 5 ans d'évolution), ce qui rend les prises en charges beaucoup plus complexes. Une fois l'évaluation effectuée par le SDC et une prise en charge débutée, les relais avec les professionnels de ville ne sont peu ou pas structurés (11). Les départs à la retraite des médecins y travaillant risquent d'aggraver les difficultés d'accès au SDC avec des risques de fermeture de certaines structures (4).

La HAS a émis des recommandations en janvier 2023 sur la prise en charge des patients douloureux chroniques dans sa fiche parcours (11), en hiérarchisant les services selon 3 niveaux, le niveau 1 faisant référence aux prises en charge de soins primaires. Il est proposé de développer les prises en charge de niveau 1 qui doivent être en mesure de gérer l'essentiel des patients souffrant de douleur chronique ou l'essentiel de leur parcours, et d'assurer leur suivi. Il est proposé d'intégrer une prise en charge psychologique et sociale. L'organisation des soins de premiers recours peut se structurer grâce au développement des Equipes de soins primaires (ESP), Maisons de Santé Pluriprofessionnelles (MSP) et des Communautés professionnelles territoriales de santé (CPTS), en intégrant de nouveaux métiers (assistants médicaux, infirmiers de pratique avancée en ville, pilote référent du parcours, etc.), des innovations en matière de santé (e-santé, applications pour l'autogestion de la maladie), et l'évolution des modes de financement (Rémunération sur objectif de santé publique (ROSP), Accord conventionnel interprofessionnel (ACI)).

Du point de vue d'un médecin généraliste exerçant en soins primaires, nous pouvons noter plusieurs limites dans ces recommandations :

- Concernant la psychothérapie, la HAS propose une extension du cadre réglementaire du dispositif Mon Soutien Psy pour les patients douloureux chroniques. Cependant le nombre de séances peut être insuffisant, du fait de l'importance de l'intrication des troubles anxio-dépressifs et des douleurs chroniques. De plus, le nombre de psychologues adhérant à ce dispositif reste encore faible, avec parfois des délais d'attente importants et ne permettant pas la couverture de l'ensemble du territoire. La nécessité de séances remboursées avec avance de frais peut limiter l'accès aux patients précaires.
- Nous pourrions penser que multiplier les intervenants peut être perçu comme une prise en charge "lourde" pour les patients, pouvant diminuer leur adhésion. Nous pouvons aussi nous poser la question de la difficulté de communication entre les différents professionnels de santé en dehors d'un programme (comment organiser une RCP alors que les patients consultent des psychologues ou kinésithérapeutes différents ?).

Organiser un programme de prise en charge des patients douloureux chroniques en soins primaires pourrait permettre de regrouper les interventions et de les structurer, dans un lieu de prise en charge unique. Ceci pourrait favoriser l'adhésion du patient et faciliter la communication entre les professionnels, à l'image des "pain management programs" qui se sont développés en Grande-Bretagne dans des centres de médecine physique et de rééducation (12).

L'objet de cette thèse est de rechercher dans la littérature les programmes de prise en charge pluriprofessionnelle de patients douloureux chroniques en soins primaires, puis de les décrire et de les analyser en mettant en lumière leurs points communs et divergences. Le but est de créer une "boîte à outils" avec des ressources pour des équipes pluriprofessionnelles de soins primaires qui souhaitent mettre en place ce type de programme.

## **B. Définitions**

### **1. Douleur et douleur chronique**

D'après la définition officielle de l'Association Internationale pour l'Étude de la Douleur (International Association of Study of Pain, IASP) révisée en 2020 (13), la douleur est "expérience sensorielle et émotionnelle désagréable associée à, ou ressemblant à celle associée à, une lésion tissulaire réelle ou potentielle". Elle a un rôle essentiel de "signal d'alarme" induit par un dommage tissulaire. Il arrive parfois que ce rôle d'alarme dysfonctionne et persiste malgré la guérison de la lésion initiale, on parle dans ce cas de douleur chronique.

L'IASP précise aussi que :

- La douleur est toujours une expérience personnelle qui est influencée à des degrés divers par des facteurs biologiques, psychologiques et sociaux.
- La douleur et la nociception sont des phénomènes différents. La douleur ne peut être déduite uniquement de l'activité des neurones sensoriels.
- À travers leurs expériences de vie, les individus apprennent le concept de la douleur.
- L'expression d'une personne sur une expérience de douleur doit être respectée.
- Bien que la douleur joue généralement un rôle adaptatif, elle peut avoir des effets négatifs sur le fonctionnement et le bien-être social et psychologique.
- La description verbale n'est qu'un des nombreux comportements permettant d'exprimer la douleur ; l'incapacité à communiquer n'exclut pas la possibilité qu'un être humain ou un animal non humain éprouve de la douleur.

L'IASP parle de douleur chronique quand elle persiste au-delà de 3 mois. Lorsque cette douleur n'est pas secondaire à une pathologie, on la qualifie de douleur chronique primaire.

L'OMS a intégré la douleur chronique primaire à la CIM-11 (14) en ajoutant à sa définition, en plus de la temporalité, une détresse émotionnelle importante et/ou un handicap fonctionnel : « une douleur dans une ou plusieurs régions anatomiques qui persiste ou se reproduit pendant plus de 3 mois et est associée à une détresse émotionnelle importante ou un handicap fonctionnel (des activités de la vie quotidienne ou des activités sociales) non liés à une autre maladie chronique ».

La prise en charge de la douleur chronique est bien un sujet d'actualité tant au niveau national que mondial, puisque cette nouvelle définition et classification intègre la sévérité de la douleur et reconnaît la douleur chronique en tant que maladie à part entière. La douleur n'est plus seulement définie par les organes.

Concernant la temporalité (basée sur un consensus d'experts), elle n'est probablement pas la plus appropriée pour définir cette notion complexe et dynamique qu'est la douleur chronique, c'est pour l'instant celle qui est la plus utilisée en pratique (mais elle est variable selon les sources allant de 1 à 6 mois).

## Différents types de douleurs et intégration des douleurs nociplastiques

Depuis 2016, l'IASP a intégré dans sa taxonomie (15) (en plus des douleurs nociceptives dans lesquelles le système nerveux somato-sensitif est normal, et des douleurs neuropathiques, dans lesquelles le système nerveux présente une lésion ou une pathologie) les douleurs **nociplastiques**, définies par "une altération de la nociception, une modification du processus de la douleur, probablement au niveau du SNC, en l'absence de lésions des tissus périphériques ou du système nerveux". Enfin, les douleurs d'origine inconnue (après exclusion des trois autres étiologies) restent valides. Les associations entre douleurs nociplastiques et neuropathiques sont possibles.

Lorsqu'on parle de douleur chronique, l'objectif est rarement la guérison et la disparition de la douleur, mais plutôt l'amélioration de la qualité de vie du patient, en l'aidant à "apprendre à vivre avec la douleur".

### **2. Pluriprofessionnalité et pluridisciplinarité**

Il est assez difficile de distinguer ces deux termes, souvent synonymes dans le langage courant.

Une définition simple d'une équipe pluriprofessionnelle peut être : « Groupe de personnes devant accomplir une tâche commune. » (16)

Étymologiquement, **l'équipe pluriprofessionnelle** se compose de plusieurs professionnels ou de plusieurs membres de professions (métiers) différents. **L'équipe pluridisciplinaire** se compose de personnes de disciplines différentes d'une même profession (par exemple, profession médicale).

Dans les deux cas, l'équipe travaille ensemble autour d'un but commun où chaque membre apporte ses compétences spécifiques. Les compétences définissent un champ d'activités, une fonction utile et complémentaire à celles des autres membres de l'équipe. (16)

Cette notion d'équipe est primordiale car aucun soignant n'a la capacité d'appréhender seul un phénomène complexe puisque la complexité est une imbrication de dimensions multiples, au risque de créer une prise en charge "mosaïque" sans discussion commune. Cette situation peut mener à un clivage entre les données psychiques et somatiques. (4)

La douleur chronique nous invite à croiser les regards de différentes professions et de différentes disciplines afin de travailler en synergie.

### **3. Soins primaires**

L'OMS définit les soins de santé primaires comme "*une approche de la santé tenant compte de la **société dans son ensemble** qui vise à garantir le niveau de santé et de bien-être le **plus élevé possible** et sa **répartition équitable** en accordant la priorité aux besoins des populations **le plus tôt possible tout au long de la chaîne de soins** allant de la promotion de la santé et de la prévention des maladies au traitement, à la réadaptation et aux soins palliatifs, et en restant **le plus proche possible** de l'environnement quotidien des populations.*" (17)

Les soins de santé primaires regroupent trois composantes interdépendantes et complémentaires (17) :

- Offrir des services de santé complets et intégrés dont les soins primaires ainsi que les biens et les fonctions de santé publique constituent les éléments centraux
- Appliquer des politiques et des mesures dans plusieurs secteurs pour tenir compte des déterminants de la santé plus larges et en amont
- Impliquer les individus, les familles et les communautés et leur donner les moyens d'accroître leur participation sociale ainsi que leur propre prise en charge et leur auto responsabilité en matière de santé.

L'expression "primary care" semble plus commune dans le monde anglo-saxon que l'équivalent français « soins primaires ». Sur son site internet, l'OMS fait une distinction entre les soins de santé primaires et les soins primaires, bien que cela soit peu pris en compte dans la littérature francophone (18) :

- « Les soins de santé primaires font référence au concept élaboré dans la Déclaration d'Alma Ata de 1978, qui est basé sur les principes d'équité, de participation, d'action intersectorielle, de technologie appropriée et sur le rôle central joué par le système de santé »
- « Les soins primaires sont plus que le niveau de soins ou de gate keeping ; ils sont un processus clef dans le système de soins. Ce sont les soins de premier contact, accessibles, continus, globaux et coordonnés. (...). Les soins primaires sont un élément des soins de santé primaires ».

Selon le rapport de l'OMS en 2008 (19), « Les caractéristiques des soins de santé primaires sont le centrage sur la personne, l'exhaustivité, l'intégration, la continuité des soins, avec un point d'entrée régulier dans le système de santé afin qu'il devienne possible d'établir une relation de confiance durable entre les patients et leurs prestataires de soins »

Barbara Starfield, en comparant les systèmes de santé de différents pays industrialisés, a montré que les systèmes avec des soins de santé primaires reposant sur des soins de première ligne forts avaient de meilleurs indicateurs de santé (17) (20).

Une autre définition des soins primaires est donnée par le glossaire de la Banque de données de santé publique (BDSP) (17) : « Premier niveau de contact des individus, des familles et des communautés avec le système de santé d'un pays, apportant les soins de santé aussi près que possible de l'endroit où les gens travaillent et vivent. Selon l'OMS, l'organisation des soins primaires dépend des caractéristiques socio-économiques et politiques du pays, mais devrait offrir des services de prévention, des services curatifs et des services de réadaptation, et comprendre l'éducation de la population au sujet de problèmes de santé majeurs ainsi que la façon de les prévenir et les contrôler. De tels soins sont fournis par un large éventail de professionnels de la santé, agissant ensemble en équipe, en partenariat avec la communauté locale ».

A partir de ces définitions, il paraît intéressant de mettre en lumière quelques éléments clés des “soins primaires” :

- Premier contact, point d’entrée dans le système de santé
- Proximité géographique des lieux de vie des patients
- Centrés sur la personne
- Travail en équipe pluri professionnelle
- Auto prise en charge et auto responsabilité des individus en ce qui concerne leur santé

### C. Physiopathologie et mécanismes de chronicisation de la douleur (21)

#### 1. Les composantes de la douleur

Il en existe 4 :

- Nociceptive
- Sensori-discriminative : douleur
- Motivo-affective : souffrance
- Comportementale

Ces composantes peuvent être associées, mais ne le sont pas toujours en même temps, en fonction des situations cliniques. Elles peuvent aussi exercer une influence l’une sur l’autre (par exemple : diminution de la douleur perçue (composante sensori-discriminative) lors d’un choc électrique en diminuant l’expression faciale (composante comportementale)).

Dans la douleur chronique, le poids relatif de la dimension sensorielle diminue au profit d’une augmentation des composantes motivo-affectives.

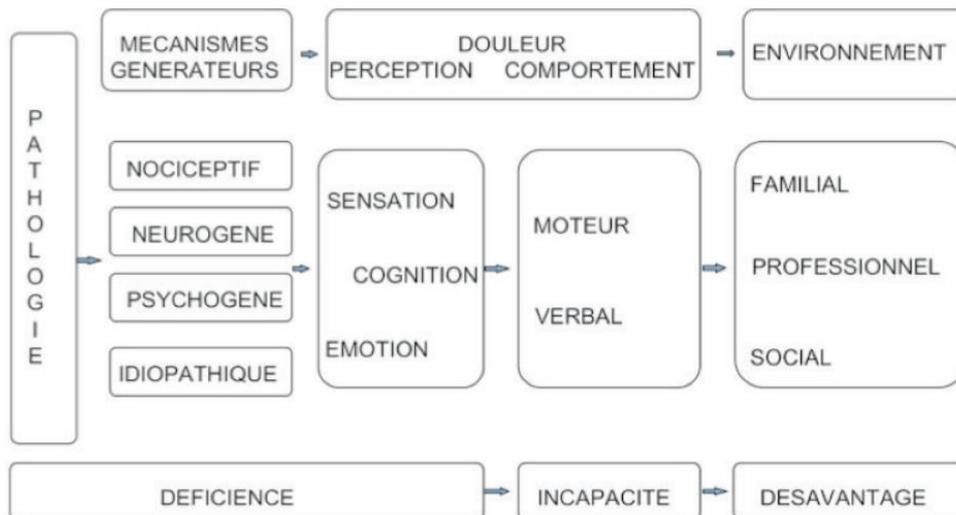


Figure 1 : modèle multidimensionnel de la douleur

Source : F. Bourreau, “Le modèle multidimensionnel biopsychosocial de la douleur chronique : Douleurs et souffrances”, Le Bouscat, Esprit du temps, n°19, 2000.

## 2. Neurophysiologie de la douleur

Les voies de la douleur sont composées de 3 neurones :

- Le premier part du nocicepteur vers la corne postérieure de la moelle épinière
- Le deuxième part de la corne postérieure pour se diriger vers le thalamus, via la voie spino-thalamique latéro-ventrale.
- Le dernier part du thalamus vers le cortex somatosensoriel et les structures limbiques

Les neurones sont reliés par des synapses, ces dernières sont réceptrices de signaux excitateurs ou inhibiteurs et sont donc des cibles des médicaments antalgiques

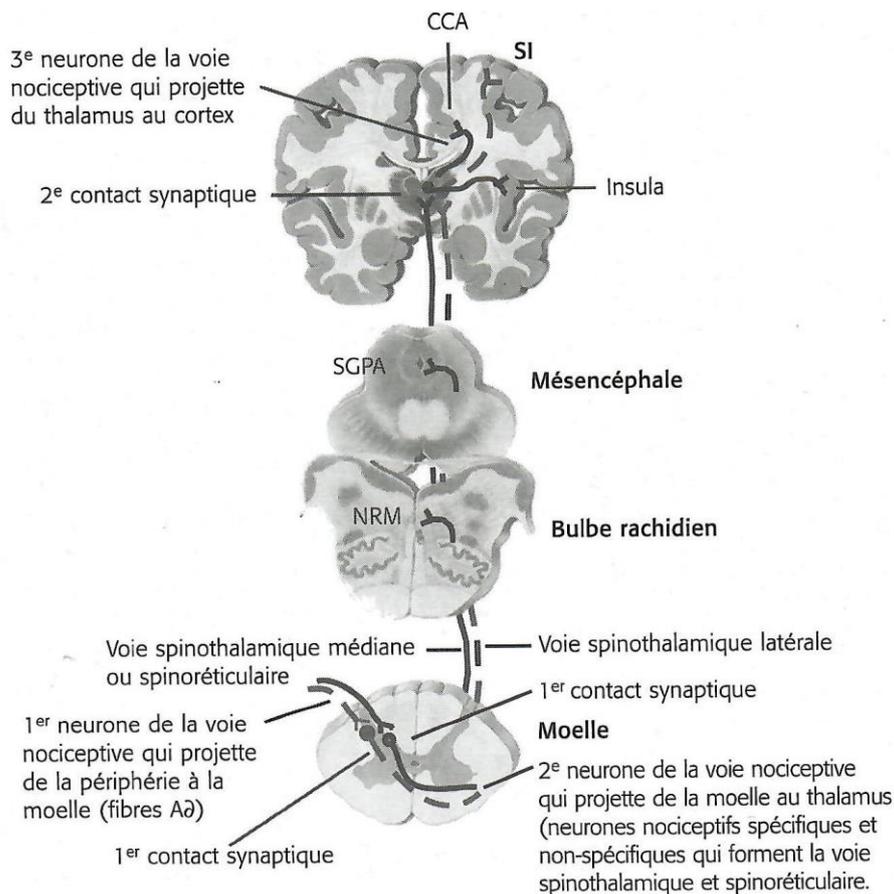


Figure 2 : voies de la douleur

Source : Marchand S. Le phénomène de la douleur : comprendre pour soigner (2e éd.). Masson. Issy-les-Moulineaux; 2009.

### Rôle des interneurones

Au sein du système nerveux central, il existe des interneurones qui seront responsables de moduler le signal électrique ascendant nociceptif :

- Les interneurones excitateurs peuvent être recrutés directement par les afférences nociceptives, ou par les **mécanismes descendants excitateurs en provenance des centres supérieurs**. Ils contiennent des neurotransmetteurs excitateurs comme la substance P.

- Les interneurons inhibiteurs contiennent des neurotransmetteurs hyperpolarisants comme le GABA ou des enképhalines (opioïdes endogènes). Ils peuvent être recrutés localement par des fibres afférentes mais aussi par des mécanismes descendants inhibiteurs.

Ces mécanismes sont complexes du fait de la plasticité de la réponse dans la moelle. En effet, la substance GABA, libérée par les interneurons inhibiteurs, peut, dans certaines conditions, devenir **excitatrice**. Autre fait paradoxal, les opioïdes peuvent dans certaines conditions produire une **hyperalgésie**. Les mécanismes pouvant expliquer ce phénomène sont la **sensibilisation de certains récepteurs proprioceptifs** et le **blocage des mécanismes inhibiteurs endogènes**.

### Hyperalgésie primaire et secondaire

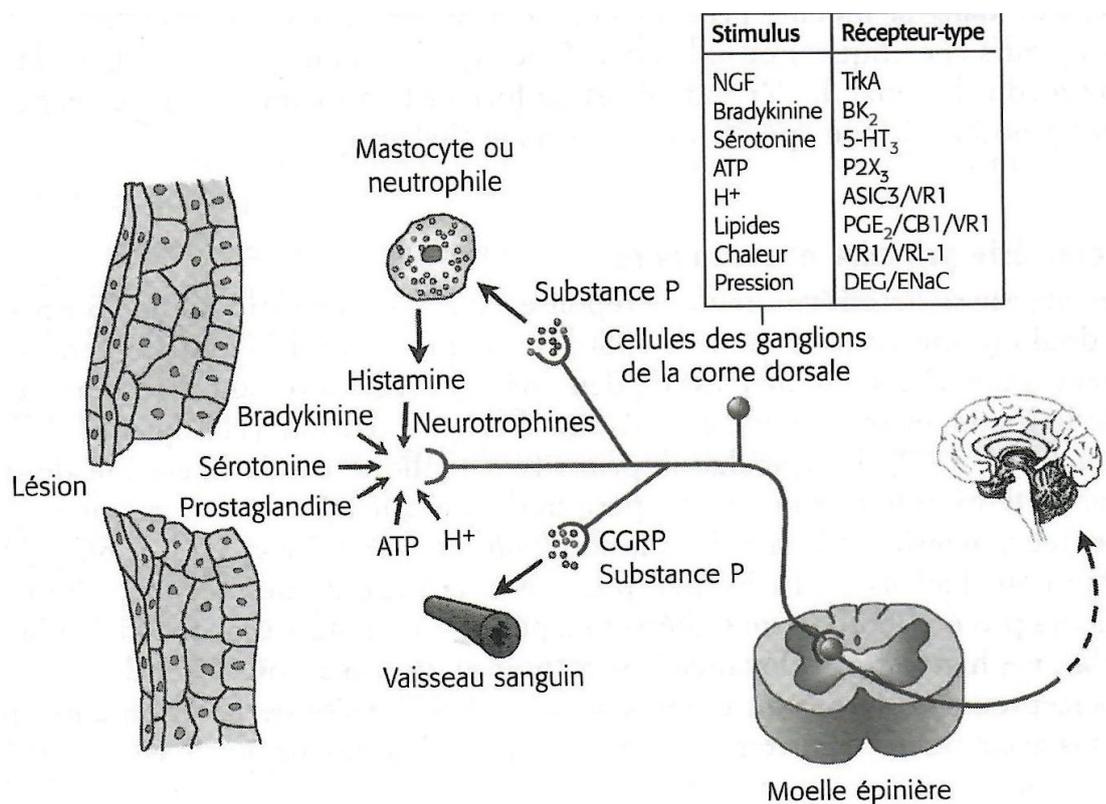


Figure 3 : substances responsables de l'hyperalgésie secondaire

Source : Marchand S. "Neurophysiologie de la douleur", dans P. Beaulieu (dir.), *Pharmacologie de la douleur*, Montréal, Les Presses de l'Université de Montréal, 2005, p 5-37.

- L'hyperalgésie primaire résulte directement de la lésion. Libération de facteurs inflammatoires qui recrutent des nocicepteurs avoisinant le site de la lésion. Après la libération de ces substances, il se produit une sensibilisation de la zone lésée et des régions avoisinantes, et donc une diminution du seuil douloureux dans ces zones.
- L'hyperalgésie secondaire provient du SNC. Elle est en lien avec la **sensibilisation centrale**. Il s'agit du phénomène par lequel une stimulation nociceptive intense qui

perdure, recrutera des fibres C, qui libéreront au niveau de la première synapse des substances comme la substance P, du glutamate (excitateurs). Ces neurotransmetteurs recruteront des récepteurs post-synaptiques. Lors de cette stimulation de longue durée, démarre un processus cellulaire d'activation de facteurs de transcription permettant de diminuer le seuil de recrutement de ces nocicepteurs. En résulte une hyperalgésie et une allodynie persistante après réparation tissulaire de la lésion initiale.

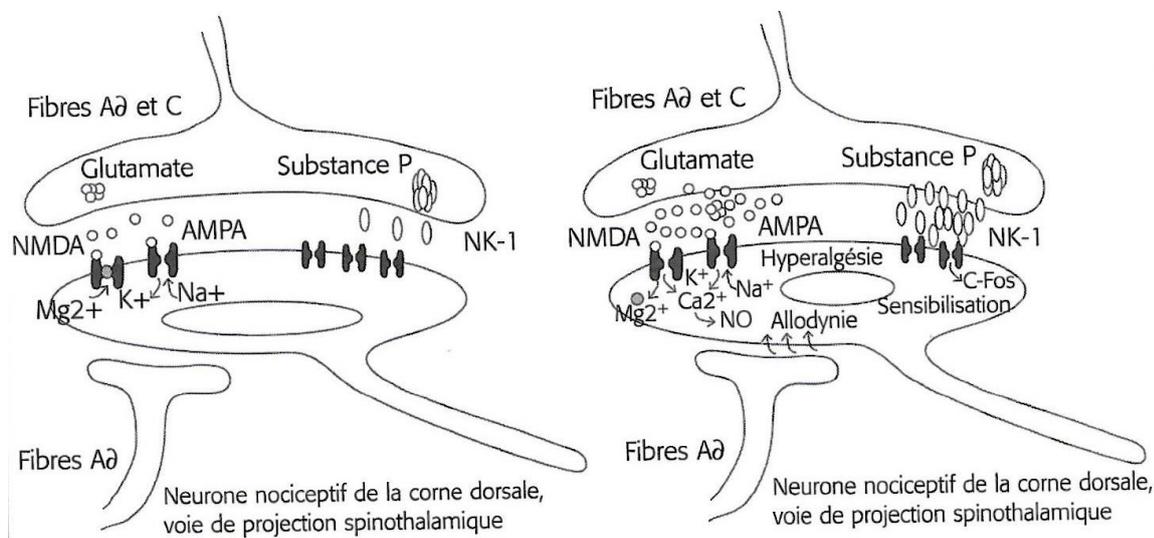


Figure 4 : phénomène de sensibilisation centrale

Source : Marchand S. Le phénomène de la douleur : comprendre pour soigner (2e éd.). Masson. Issy-les-Moulineaux; 2009.

## Mécanismes endogènes de modulation de la douleur

Théorie du portillon : le message nociceptif ne circule pas de façon linéaire mais est modulé à tous les niveaux du SNC (modulation excitatrice ou inhibitrice). Les douleurs chroniques ne sont pas seulement une augmentation des afférences nociceptives, mais elles peuvent aussi résulter d'une augmentation de l'excitation ou une baisse de l'inhibition centrale.

Il y a 3 niveaux d'inhibition de la douleur :

- ❖ Mécanismes spinaux (effets localisés)
- ❖ Contrôles inhibiteurs descendants (effets diffus)
- ❖ Centres supérieurs (effets locaux ou diffus selon conditions)

- Mécanismes spinaux

La Théorie du portillon (Melzack et Wall, 1965) qui suggère que la stimulation des fibres de gros calibre A beta, recrute des interneurons inhibiteurs dans les cornes

postérieures de la moelle. Ce type de modulation est segmentaire et n'opère que dans le dermatome concerné. Et inversement, les afférences nociceptives (A delta et C) bloquent les interneurons inhibiteurs.

- Contrôles inhibiteurs descendants

2 régions sont à l'origine de ces contrôles :

- La substance grise péri-aqueducale (SGPA) : voie descendante sérotoninergique
- Le noyau raphé médian (NRM) : voie descendante noradrénergique

Ces 2 voies vont permettre le recrutement d'interneurons enképhalinerigiques (dérivés d'opiacés : enképhalines, dynorphines, beta-endorphines) dans la moelle.

Les afférences nociceptives cheminent par la moelle épinière jusqu'aux centres supérieurs, mais elles conduisent aussi l'information vers la SGPA et le NRM, zones qui enverront des efférences inhibitrices vers divers segments spinaux et donc créer une inhibition diffuse. Le contrôle inhibiteur diffus réduirait l'activité des neurones nociceptifs en dehors de la zone stimulée, ce qui "diminuerait le bruit de fond" et devrait créer un contraste entre la zone stimulée et les zones non stimulées.

**Ce modèle explique l'inhibition généralisée de la douleur, produite par des stimulations intenses.**

Chez les patients douloureux chroniques, on retrouve dans le liquide céphalo-rachidien une **faible concentration de sérotonine ou de noradrénaline**, et donc la possibilité d'un déficit de mécanismes inhibiteurs.

- Les centres supérieurs

Des études ont été menées chez des patients sous hypnose et sous contrôle par imagerie nucléaire, montrant la possibilité de la maîtrise volontaire que l'on peut avoir sur la perception de la douleur.

Une expérience a aussi montré une douleur significativement inférieure et une humeur supérieure lors de la perception d'une odeur agréable comparativement à celle d'une odeur désagréable, mais uniquement chez les femmes.

## Mécanismes d'entrée et d'entretien dans la douleur chronique

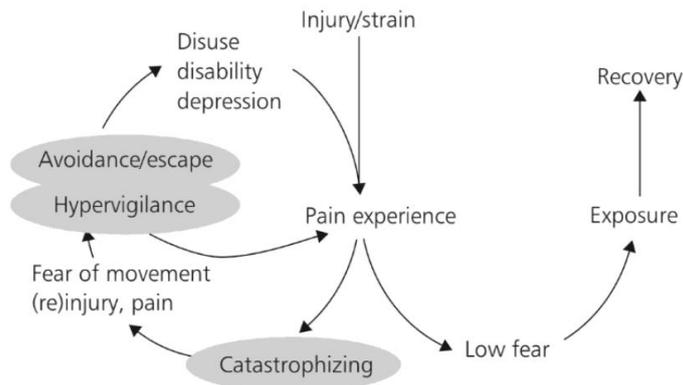


Figure 5 : mécanismes pouvant mener à la chronicisation de la douleur

Source : Asmundson GJG, Vlaeyen JWS, Crombez G. Understanding and Treating Fear of Pain. Oxford University Press; 2004. 389 p.

L'entrée dans la douleur chronique se fait par une blessure ou une tension, qui sera responsable d'une expérience douloureuse initiale. La voie empruntée par la suite sera déterminante pour le développement ou non d'une douleur chronique.

Les mécanismes capitaux participant à l'entrée dans le cercle vicieux de la douleur chronique sont le **catastrophisme** et la **peur du mouvement**. Ces derniers créent l'installation d'une hypervigilance qui accentue l'expérience douloureuse (via des signaux descendants excitateurs) et mettent en place des mécanismes d'évitement, qui seront responsables d'une incapacité physique avec développement de symptômes de dépression.

Il existe un double mécanisme créant l'incapacité des patients présentant une douleur chronique de l'appareil locomoteur (12) :

- D'une part la perte de potentiel ostéo-articulaire ou moteur séquellaire après lésion
- D'autre part les mécanismes d'inhibition moteurs spécifiques de la douleur chronique : hypervigilance-émotion-cognitions-comportement-incapacité.

La prise en charge de cette boucle de mécanismes de chronicisation de la douleur est accessible par la TCC (thérapie cognitivo-comportementale).

### **D. Des exemples de méthodes de prise en charge non médicamenteuse de la douleur chronique**

#### **1. Kinésithérapie, ergothérapie et activité physique**

La kinésithérapie a une place centrale dans la prise en charge des patients douloureux chroniques. Bien que les massages et la thérapie physique (chaud/froid) (22) peuvent avoir une efficacité rapide mais à court terme sur la douleur, l'objectif d'améliorer la condition physique par des soins auto-administrés, en permettant une reprise progressive d'activités sociales et sportives, ainsi qu'une exposition graduée aux activités évitées afin de lutter contre l'hypervigilance et la kinésiophobie (12). De plus, il semblerait qu'une prise en charge "passive"

aurait tendance à conforter le patient que l'amélioration des symptômes dépend d'une source extérieure et diminuerait l'investissement personnel ainsi que l'auto-gestion. (22)

L'activité physique, en tant que thérapie "active", permet aux patients une "restauration fonctionnelle". Concernant la physiologie, plusieurs études semblent dire que l'exercice physique élèverait le seuil de la douleur via la régulation de substances neuromédiatrices. L'exercice module aussi la composante psychologique de la douleur, en augmentant l'estime de soi (23).

## **2. Psychothérapies**

On peut distinguer plusieurs catégories de psychothérapies ayant démontré une efficacité dans la prise en charge de la douleur chronique : la psychanalyse, les interventions basées sur la pleine conscience, la thérapie cognitivo-comportementale, les thérapies d'acceptation et d'engagement et l'hypnose. La thérapie familiale est parfois nécessaire au vu des remaniements engendrés dans la vie de famille du patient douloureux chronique (24) (4).

Il semblerait que de nombreuses études mettent en lumière l'efficacité de la TCC dans la prise en charge de la douleur chronique. L'avantage de la TCC est qu'elle peut être pratiquée en groupe.(23) (25)

### **❖ La thérapie cognitivo-comportementale (TCC)**

- Composante cognitive : modifier les pensées inadaptées à propos de la douleur et de son contrôle
- Composante comportementale : encourager les comportements sains via leur renforcement, et détacher l'attention des comportements douloureux.

Il s'agit d'une thérapie enseignant aux patients des compétences permettant d'identifier et de changer des pensées et comportements inadaptés, afin de les remplacer par d'autres pensées et comportements bénéfiques (26).

Cette thérapie permet de modifier les stratégies de coping, et notamment de lutter contre les pensées catastrophiques ainsi que la kinésiophobie.

Son rôle ultime est d'enseigner aux patients douloureux chroniques des outils d'auto-gestion qui amélioreront leur qualité de vie en les gardant actifs plus longtemps. Elle permet l'acceptation de la douleur chronique ainsi que la planification d'objectifs réalistes. (27)

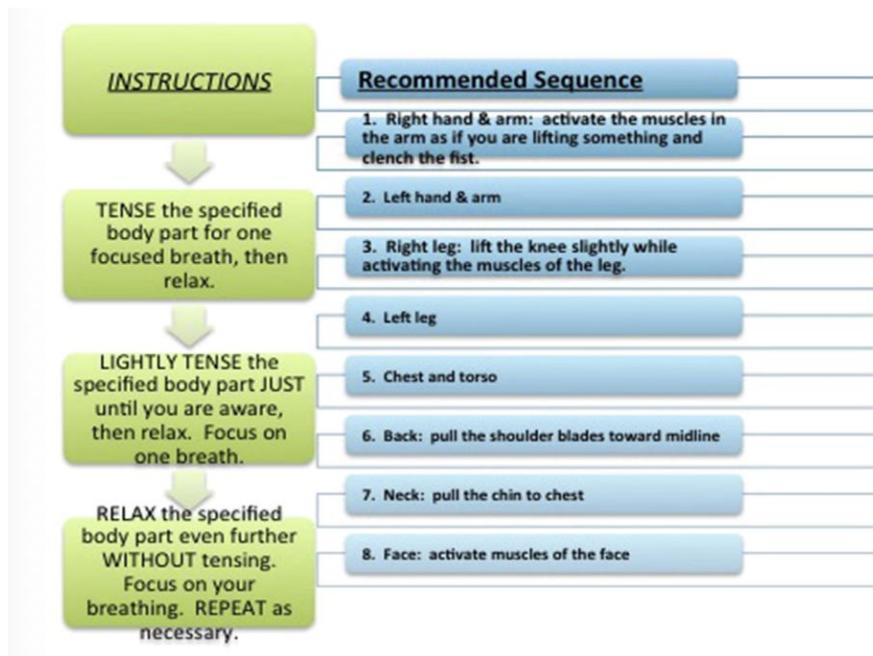
Cette notion "d'auto-gestion", de l'anglais "self-management" est centrale dans la prise en charge de la douleur chronique. Elle permet de passer d'un patient recevant des soins de manière passive, à un modèle de soins collaboratifs dans lequel le patient et le soignant partagent leurs connaissances et travaillent ensemble. Le "self-management" a démontré son efficacité dans de nombreuses études sur les pathologies chroniques, mais aussi dans la prise en charge des patients douloureux chroniques(28,29). Bien que l'effet soit plus modeste dans ces populations, il faut tenir compte de la complexité des objectifs chez les patients douloureux chroniques.

### ❖ **Interventions basées sur la pleine conscience (Mindfulness-based intervention)**

La pleine conscience peut être définie comme “la conscience qui émerge grâce à une attention volontaire et sans jugement envers le moment présent”. Elle désigne un état où la conscience se détache intentionnellement des pensées et des émotions, pour se centrer sur des perceptions sensorielles internes, environnementales ou sur aucun objet en particulier (30).

Ces thérapies sont basées sur des pratiques ancestrales originaires d’Inde, Vipassana, qui signifie “voir les choses telles qu’elles sont réellement”. On peut citer parmi les méthodes contemporaines :

- la méditation pleine conscience (focalisation sur le moment présent) : respiration abdominale, relaxation musculaire progressive
- la réduction du stress basée sur la pleine conscience (MBSR) : adopter une attitude sans jugement envers toutes les expériences
- la thérapie cognitive basée sur la pleine conscience : apprendre à répondre aux pensées et humeurs négatives
- la thérapie d’acceptation et d’engagement basée sur la pleine conscience : surpasser les pensées et sentiments négatifs en acceptant les difficultés et en effectuant des actions nous permettant d’atteindre nos objectifs



### Mindfulness Techniques: Abdominal Breathing

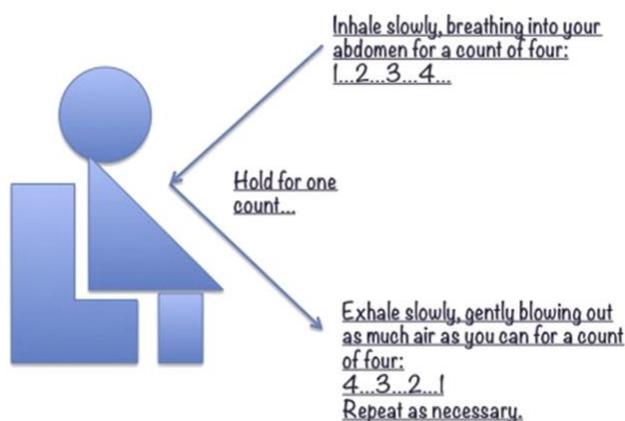


Fig. 5. Focused breathing. (Data from Farrugia D, Fetter H. Chronic pain: biological understanding and treatment suggestions for mental health counselors. J Ment Health Couns 2009;31(3):189–200; and Psychology Tools. Available at: <http://psychology.tools>. Accessed July 6, 2015.)

Figure 6 : techniques de relaxation et de pleine conscience

Ces thérapies permettent d'agir sur la composante sensori-discriminative de la douleur, en atténuant l'expérience douloureuse à travers une ré-évaluation cognitive. L'objectif est d'enseigner des compétences au patient lui permettant de retrouver une vie productive sans inconfort et invalidité. Leur efficacité est comparable aux techniques de thérapies cognitivo-comportementales (bien qu'une étude suggère de meilleurs résultats pour la thérapie d'acceptation et d'engagement) pour la prise en charge des douleurs chroniques, il est d'ailleurs suggéré d'utiliser ces 2 techniques en complémentarité (31).

Intégrées dans une prise en charge multimodale, elles permettent de réduire la consommation médicamenteuse, une diminution de l'impact de la douleur sur la vie quotidienne, ainsi qu'une amélioration de l'estime de soi, de son corps et de son activité.

Cependant, du fait de l'attention accentuée aux sensations corporelles, une augmentation de la douleur temporaire est possible. De plus, il existe de nombreuses thérapies dérivées de la pleine conscience pouvant rendre difficile sa standardisation. (24)

#### ❖ **Hypnose (32)**

Historiquement, elle a été introduite en médecine par Charcot pour étudier l'hystérie, développée par Bernheim. De nos jours, cette technique a démontré son efficacité dans la prise en charge de l'état de stress post-traumatique. Bien que l'hypnose puisse parfois figurer dans la catégorie des "thérapies complémentaires", il s'agit d'une technique de psychothérapie.

Il s'agit d'un état d'attention focalisée et "d'absorption interne" avec suspension partielle de l'éveil, assez comparable à des actions de type automatique comme la conduite automobile. L'utilisation de la suggestion permet de créer une déconnexion mentale et physique afin d'aboutir à un isolement relatif de l'organisme par rapport à son environnement, en entrant dans une sorte de "sommeil lucide".

C'est l'hypnose ericksonienne qui est utilisée au sein du corps médical, il s'agit plutôt d'une technique où le patient est "passif", le thérapeute accède à l'inconscient et vient y "poser" ses suggestions. En pratique, le thérapeute utilise la fixation du regard sur un point lumineux ou fixation auditive par écoute d'un son continu, en même temps qu'est remémoré un souvenir agréable.

L'hypnose s'accompagne de manifestations cliniques et neurophysiologiques qui en garantissent l'authenticité et légitiment d'une certaine façon son utilisation thérapeutique (modifications EEG et d'imagerie fonctionnelle, mouvements oculaires...).

Dans l'ensemble, les indications les plus intéressantes semblent être la douleur liée aux gestes invasifs chez l'enfant et l'adolescent et les effets secondaires des chimiothérapies anticancéreuses, mais il est possible que de nouveaux essais viennent démontrer l'utilité de l'hypnose dans d'autres indications.

Concernant la douleur chronique, une meta-analyse suggère la supériorité de l'hypnose dans la prise en charge de certains types de douleurs chroniques en comparaison avec une prise en charge médicamenteuse, une kinésithérapie ou bien des méthodes éducatives (33).

On peut comparer la douleur chronique à un "enfermement hypnotique" de la personne, l'hypnose peut permettre de "libérer le patient" de cette douleur/enfermement, en se présentant comme un antagoniste de la douleur chronique, en remplaçant une forme de conditionnement (corps malade et source de souffrance) par une autre (corps sain source de plaisir) (34).

### **3. Thérapies complémentaires (CAM)**

On parle aussi de médecine intégrative (combinaison de la prise en charge médicale conventionnelle et des CAM) et de médecine holistique (prend en compte le corps et l'esprit dans la santé et la guérison).

Dans la médecine complémentaire, les thérapies sont toujours individualisées au patient. Elles considèrent qu'il existe chez chaque patient une capacité innée à la guérison. Enfin, elle

reconnait qu'il existe des propriétés des systèmes vivants qui ne sont à ce jour pas explicables par des méthodes scientifiques (35).

Plus de 100 millions d'Européens recourent actuellement aux thérapies complémentaires. Un cinquième y font appel régulièrement, et un autre cinquième privilégie les soins de santé les incluant (36).

Il existe souvent une situation de défiance envers la médecine conventionnelle, qui pousse les patients à s'orienter vers les thérapies complémentaires. Ce terme est d'ailleurs privilégié par l'académie de médecine qui considère que l'appellation "médecine" n'est pas justifiée.

Dans une thèse sur la place des médecines complémentaires dans la prise en charge de la douleur chronique, 83,22% des patients interrogés ont eu recours aux thérapies complémentaires pour soulager leur douleur chronique (37).

Au vu de leur popularité, il paraît important pour les praticiens de se former à ces thérapies complémentaires, tout du moins les connaître puisque les patients y recourent dans tous les cas, donc il est préférable de savoir conseiller le patient pour éviter de potentielles interactions avec les traitements conventionnels.

De plus, en ce qui concerne la douleur chronique, la plupart des thérapies complémentaires ont moins d'effets indésirables que les traitements médicamenteux (par exemple les opiacés).

Au sein des structures douleur chronique, ces approches exceptionnelles il y a quelques dizaines d'années sont maintenant intégrées dans l'offre de soins des structures douleur (à des degrés divers et en fonction des moyens). Leur intérêt clinique repose sur la complémentarité avec les approches conventionnelles, sur une nécessaire personnalisation de l'approche et par leur rôle de médiation et de modulation de la douleur (4).

Malheureusement, il est difficile de les évaluer par des essais contrôlés randomisés qui restent pour l'instant le gold standard de l'EBM.

Les thérapies complémentaires reconnues par l'académie de médecine sont (32) :

- l'acupuncture,
- l'hypnose,
- l'ostéopathie,
- le tai-chi

À l'adresse des usagers et des professionnels, et afin d'éviter tout retard de diagnostic et/ou perte de chances, elle recommande :

- d'en éviter l'usage en l'absence d'un diagnostic médical
- de ne les accepter qu'avec une extrême prudence comme traitement de première intention
- de ne pas y recourir lorsque la présentation clinique est inhabituelle ou persistante et en l'absence d'un avis médical.

## **E. Modèle bio-psycho-social (modèle de soins chroniques de Wagner)**

D'après la fiche parcours du patient douloureux chronique de la HAS (11), l'entretien et l'aggravation des douleurs chroniques sont en lien avec des facteurs multiples qui peuvent être classés en 3 catégories :

- Biologiques : génétiques, comorbidités, sensibilisation centrale, déconditionnement physique
- Psychologiques : émotionnels et affectifs (syndrome anxio-dépressif), comportementaux (évitement/hyperactivité), cognitifs (croyances, catastrophisme, hypervigilance)
- Sociaux : familiaux, culturels, professionnels...

Ce modèle montre la pertinence d'une prise en charge pluridisciplinaire avec des intervenants du secteur médical et paramédical, ainsi que social. Il s'oppose au modèle bio-médical, puisque ce dernier a un objectif de guérison. Le modèle bio-psycho-social a un objectif de réadaptation, "apprendre à vivre avec" en diminuant l'impact sur la qualité de vie.

Le "Chronic Care Model" (Wagner et al., 1999) identifie six éléments essentiels pour un soin de haute qualité :

- Communauté,
- Système de santé,
- Autogestion des patients (reconnaissance que le patient se situe au cœur de la gestion de sa propre maladie et qu'il faut l'encourager à endosser ce rôle),
- Informations de la médecine fondée sur les preuves destinées à soutenir les décisions cliniques,
- Processus de travail structurés
- Systèmes d'information clinique.

C'est dans le cadre de ce modèle que pourrait s'intégrer une prise en charge pluriprofessionnelle de la douleur chronique en soins primaires.

## **II. Matériel et méthodes**

### **1. Etablissement de l'équation de recherche**

Les mots clés utilisés pour établir l'équation de recherche sont les suivants (pour les recherches en anglais, ils ont été définis en termes MeSH (Medical Subject Heading) grâce au Health Terminology/Ontology Portail (HeTOP)) :

soins primaires (primary healthcare; primary care)

maison de santé (community health centers ; ambulatory care facilities ; outpatient clinics)

équipe multidisciplinaire (care team ; center, multidisciplinary team ; working team )

douleur chronique (chronic pain)

prise en charge pluridisciplinaire douleur chronique (chronic pain management, interdisciplinary rehabilitation, collaborative care program, multidisciplinary rehabilitation)

médecine intégrative (integrative medicine)

Réseau de santé (health network)

Les équations de recherche sont les suivantes :

Français :

Google Scholar :

('douleur chronique') ET ('soins primaires') ET ('multidisciplinaire')

Cairn

('douleur chronique') ET ('soins primaires')

('réseau de santé') ET ('douleurs chroniques')

Sudoc (littérature grise)

('douleur chronique') ET ('pluriprofessionnel') ET ('soins primaires')

CISMeF

douleur chronique soins primaires multidisciplinaire

Anglais :

Pubmed

((("Chronic Pain"[Mesh]) AND "Primary Health Care"[Mesh]) AND "Patient Care Team"[Mesh])

("Chronic Pain"[Mesh]) AND "Community Health Centers"[Mesh]

Cochrane library

("chronic pain"):ab AND ("multidisciplinary team"):ab AND ("primary care"):ab

EMBASE

('chronic pain'/exp OR 'chronic pain') AND 'health network' AND ('primary care'/exp OR 'primary care')

('chronic pain'/exp OR 'chronic pain') AND 'multidisciplinary team' AND ('primary care'/exp OR 'primary care')

('chronic pain'/exp OR 'chronic pain') AND ('primary care'/exp OR 'primary care' OR 'primary healthcare'/exp OR 'primary healthcare' OR 'community health center'/exp OR 'community health center') AND ('multidisciplinary team'/exp OR 'multidisciplinary team' OR 'health network')

('chronic pain') AND ('primary care' OR 'primary healthcare' OR 'community health center') AND ('multidisciplinary team' OR 'health network')

## **2. Sélection des articles à partir de l'équation de recherche**

La sélection des articles a été réalisée d'août à décembre 2022.

Les articles en français et en anglais ont été sélectionnés.

La période de publication n'a pas été définie.

La sélection des articles s'est déroulée de la manière suivante :

- Sélection sur le titre et exclusion des articles ne correspondant pas au sujet de recherche
- Lecture du résumé et exclusion des articles ne correspondant pas au sujet de recherche
- Exclusion des articles dont le texte intégral ne pouvait pas être obtenu
- Lecture des articles et exclusion des articles ne correspondant pas au sujet de recherche

D'autres articles cités dans les références bibliographiques ont également été lus selon la même méthode (titre, résumé, lecture intégrale) et plus ou moins sélectionnés.

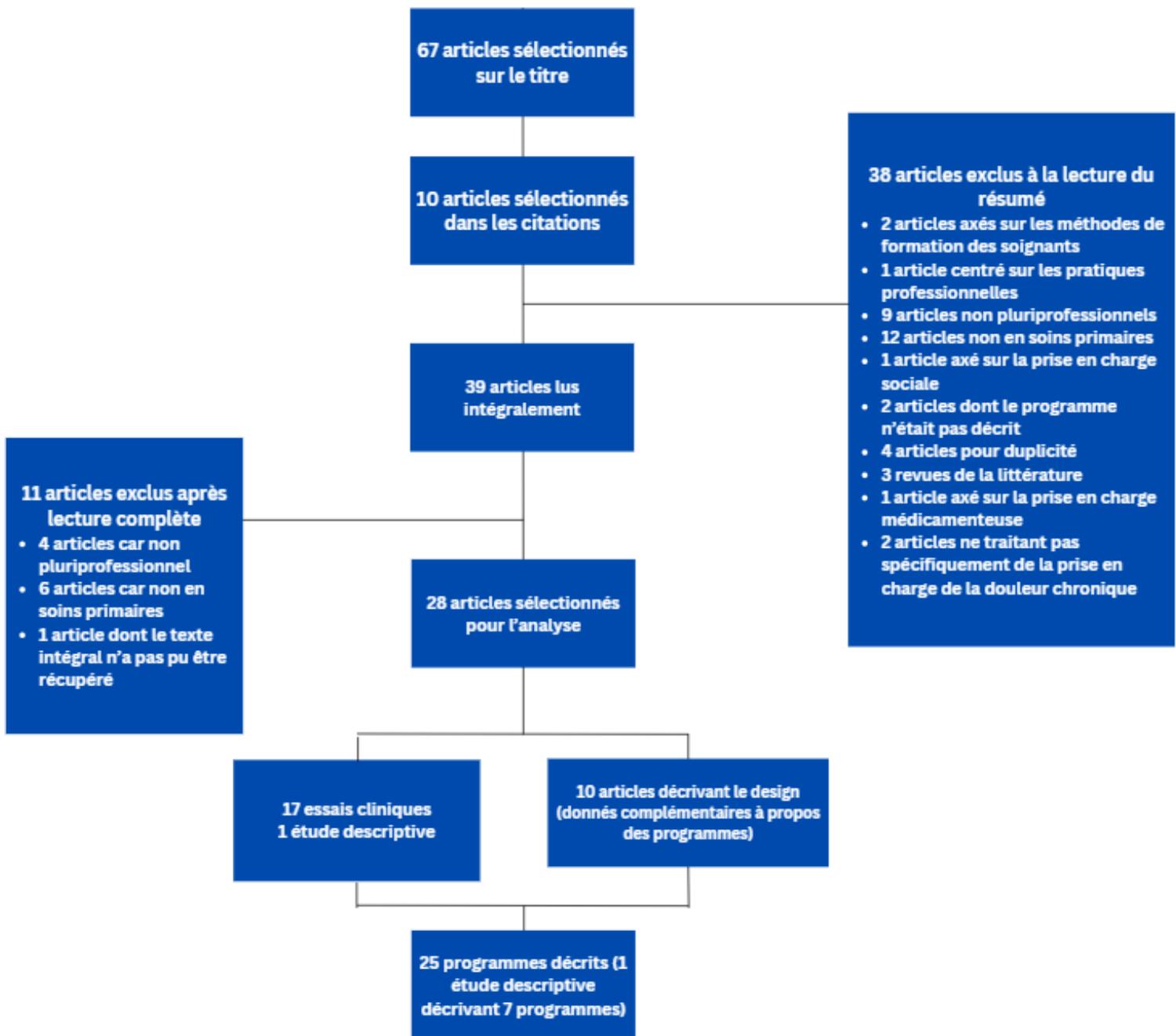


Figure 7 : flow chart

### 3. Lecture et analyse des articles

Les articles sélectionnés ont bénéficié de 2 lectures par un investigateur (1ère lecture entre décembre 2022 et mars 2023, puis en novembre 2023).

Un résumé de chaque programme a été écrit avec des détails sur le contenu et les thématiques abordées (que l'on peut retrouver en annexe N°3).

Puis, les données ont été analysées avec création de 2 tableaux :

- Un premier tableau présentant une analyse critique simplifiée des articles
- Un deuxième tableau décrivant les différents programmes de prise en charge pluridisciplinaire des patients douloureux chroniques en soins primaires selon les critères suivants :
  - Lieu des interventions,
  - Mode de recrutement,
  - Évaluation initiale,
  - Professionnels participants,
  - Formation des professionnels,
  - Mode de communication inter-professionnelle,
  - Utilisation de thérapies complémentaires,
  - Éducation et explications physiopathologiques,
  - Durée et rythme,
  - Format (groupe/individuel et présentiel/distanciel),
  - Outils et supports utilisés
  - Données de coût

Quelques auteurs d'articles/responsables de programme contactés par e-mail pour obtenir des réponses à certaines informations manquantes, mais aucune réponse n'a été reçue.

Les données du second tableau ont ensuite été synthétisées sous forme de diagrammes.

L'objectif de cette revue narrative de la littérature étant descriptif, les articles n'ont pas été évalués à l'aide de l'échelle PRISMA. Cependant, le premier tableau permet d'avoir une vue d'ensemble des études, de leur biais et de leurs résultats.





### III. Analyse et résultats

#### A. Méthodologie des articles analysés

Tableau 1 : analyse critique des articles

<u>Références</u>	<u>Type d'étude</u>	<u>Population</u>	<u>Objectif principal</u>	<u>Critères de jugement primaires</u>	<u>Limites/Biais</u>	<u>Résultats</u>
Von Korff, 2005 (38)	Essai randomisé contrôlé	USA, 240 Patients de 25 à 64 ans, rachialgies, avec limitations fonctionnelles. Plutôt des femmes de 50 ans.	Evaluer l'impact d'une intervention encourageant la reprise d'activité et l'activité physique sur la réduction de la peur du mouvement, la limitation d'activité et sur l'impotence fonctionnelle relative à la douleur	23 item RDQ	Le groupe intervention reçoit plus d'attention que groupe contrôle, possible effet non spécifique de la participation à une intervention.	Après 2 ans de suivi, diminution du RDQ score avec différence significative entre les deux groupes. Les patients inclus dans le programme rapportent moins d'inquiétude, d'évitement de la peur ainsi qu'une douleur moins intense. Pas de différence significative sur le SF-36.
Ahles, 2006 (39)	Essai randomisé contrôlé	USA, 700 patients de 19 à 69 ans issus de cliniques rurales, stratifiés sur les problèmes psychosociaux. La moitié des patients sont douloureux depuis moins de 3 ans.	Déterminer l'efficacité d'interventions de gestion de la douleur adaptée aux médecins de soins primaires, avec stratification sur problèmes psychosociaux	Qualité de vie (SF-36), interférence de la douleur sur activités quotidiennes (FIES), utilisation système de soins	Pas d'aveugle, durée d'évolution de la douleur plus faible que dans autre études	Patients douloureux chroniques avec problèmes psychosociaux ont reçu un bénéfice significatif de l'assistance téléphonique sur la douleur et les problèmes psychosociaux. Moins de bénéfices significatifs pour les patients sans problèmes psychosociaux.
Dobscha, 2008 et 2009 (40) (41)	Essai randomisé contrôlé, en clusters	USA, 400 vétérans de cliniques de soins primaires, douloureux chroniques avec impact fonctionnel significatif, depuis en moyenne 15 ans. 3 cliniques de ville et 2 rurales. Exclusion : fibromyalgie/syndrome de fatigue chronique, troubles psychiatriques, troubles cognitifs.	Déterminer si "assistance with pain treatment" améliore l'impact fonctionnel chez les patients douloureux chroniques	Impact fonctionnel (RDMQ modifié), dépression (PHQ-9) et douleur (CPG Pain Intensity subscale)	Biais de sélection (volontaires), vétérans donc non généralisable, possible effet non spécifique d'une intervention, exclusion fibromyalgie	Intervention collaborative plus efficace que prise en charge habituelle : amélioration significative (mais modeste) de l'incapacité et de l'intensité de la douleur, ainsi qu'une impression globale de changement. Amélioration de la sévérité de la dépression. Population complexe à prendre en charge, intervention plus intensive à envisager ?
Kroenke, 2007 et 2009 (42) (43)	Essai contrôlé, randomisé, multicentrique.	USA, 250 patients, dépression et douleur chronique (dos, hanche ou genou), depuis plus de 3 mois malgré antalgie adaptée (2 antalgiques), sévérité au moins modérée sur BPI et sur PHQ-9. Médiane d'évolution douleur 8 ans. Exclusion : troubles cognitifs sévères, trouble bipolaire, mésusage de substances,	Déterminer si une intervention combinée pharmacologique et comportementale améliore la dépression et la douleur chez des patients en soins primaires avec douleurs musculosquelettiques et dépression	Critère composite : Diminution de 50 % dépression (20 Hopkins symptom checklist) et douleur 30% BPI (critères standard)	Groupe contrôle complètement laissé "dans la nature" par intervenants de l'étude par rapport au diagnostic d'épisode dépressif mais d'un autre côté possible contamination car les patients des 2 groupes sont suivis par le même médecin traitant. Difficile de déterminer la part d'influence de	Amélioration significative sur la dépression et la douleur dans le groupe intervention en comparaison avec le groupe contrôle. Les bénéfices persistent à 12 mois pour les 2 critères.

		schizophrénie, demande d'invalidité en cours, projet de grossesse dans l'année, espérance de vie de moins de 12 mois, non anglophone		pour amélioration modérée)	l'amélioration de l'humeur sur le critère douleur (et inversement). Autre étude nécessaire pour évaluer l'effet de la thérapie de self-management VS antidépresseur seul sur douleur.  Absence de patients avec douleurs diffuses.  Résultats non généralisables car population issue de clinique de vétérans en zone sous-dotée	
Stein 2013, (44)	Etude observationnelle, prospective, unicentrique ouverte	Suède, 59 patients, entre 16 et 67 ans et une douleur chronique non cancéreuse depuis au moins 3 mois (en moyenne 11 ans). Majorité de fibromyalgies et cervicalgies/scapulalgies. Motivation importante pour changement de mode de vie et pour retour au travail à la fin de la réhabilitation. Exclusion : douleur d'étiologie secondaire en cours de traitement, pathologie psychiatrique (autre que dépression modérée et anxiété), mésusage de substances (équivalent morphine > 40 mg/jour).	Évaluer l'effet d'une réhabilitation multidisciplinaire pour des douleurs chroniques non cancéreuses dans une unité de soins primaires en zone rurale	Intensité de la douleur, sévérité de la douleur, scores d'anxiété et de dépression, activité physique et sociale.	Possible manque de puissance de l'étude due à un faible échantillon avec grand nombre de femmes, population source diffère population cible en Suède, absence de groupe contrôle. Possible biais de volontariat.	Diminution non significative de l'intensité de la douleur, de la sévérité de la douleur, de l'anxiété. Diminution significative de la dépression. Augmentation non significative du score d'activité physique mais significative du score d'activité sociale. Diminution significative de l'absentéisme au travail et de l'utilisation du système de soins. Pas de diminution significative de la consommation d'opioïdes. Etudes supplémentaires afin de déterminer quels sont les patients éligibles à une prise en charge en unité de soins primaires.
Abrams, 2013 (45)	Etude observationnelle, prospective multicentrique, ouverte	USA, 252 adultes analysés, essentiellement femmes d'environ 50 ans, douleur en moyenne depuis 9 ans.	Démontrer la faisabilité du programme de 24 semaines, observer l'impact du programme	Douleur (BPI)	Peu de suivi long terme, possible biais d'attrition, absence de groupe contrôle, intervention non standardisée, population avec bonnes ressources financières donc non généralisable	Diminution significative de la douleur, du stress et de la fatigue. Amélioration significative de la qualité de vie (même si reste inférieure à la moyenne aux USA) et du bien-être.
Gardiner 2014, (46)	Etude observationnelle, prospective, unicentrique	USA, 65 adultes au niveau socio-économique bas, 68% femmes, anglophones, douleur chronique (sans notion de durée ou niveau de douleur) et au moins une pathologie chronique.	Évaluer la faisabilité de visites médicales intégratives de groupe en soins primaires dans une population d'ethnies diverses	Intensité de douleur (échelle de 11 points)	Grande majorité de femmes, petit échantillon et pas de groupe contrôle, objectifs à court terme, exclusion des non anglophones, exclusion des patients travaillant la journée	Faisabilité d'une intervention de groupes de visites médicales dans une population de patients divers. Retours positifs des patients sur le programme Objectif principal diminution statistiquement significative, mais modeste au niveau clinique.

<u>Références</u>	<u>Type d'étude</u>	<u>Population</u>	<u>Objectif principal</u>	<u>Critères de jugement primaires</u>	<u>Limites/Biais</u>	<u>Résultats</u>
Kroenke, 2014 (47)	Essai randomisé contrôlé, unicentrique	USA, 18-65 ans, 5 cliniques de soins primaires de vétérans, 250 patients avec douleur musculosquelettique chronique au moins modérée (BPI supérieur ou égal à 5), avoir essayé au moins 1 antalgique. Médiane d'évolution de la douleur >10 ans.	Déterminer l'efficacité d'une intervention télé-assistée (ASM) pour la douleur chronique	Douleur (BPI)	Unicentrique, peu généralisable, douleurs multi sites et très anciennes. Très centré sur la prise en charge pharmacologique.	Diminution du BPI plus importante dans groupe intervention statistiquement significative. Seule la dépression a une diminution significative dans les critères de jugement secondaires. Les patients ont jugé les appels téléphoniques et l'ASM comme faciles et très ou modérément utiles. Plus de consommation d'antalgiques dans le groupe intervention. Pas de différence en revanche pour les opioïdes. Plus de chiropracteur ou massage dans le groupe usual care. Pas de différence entre les 2 groupes pour l'utilisation du système de soins. Temps par patient sur 12 mois de l'IDE 3 à 4h, médecin spécialiste 1h.
Mehl Madrona, 2016 (48)	Essai contrôlé randomisé	USA, 414 patients, consultant dans une unité de soins primaires, pris en charge par opiacés pour des douleurs chroniques, âge moyen 45 ans, douloureux chroniques depuis 9 ans en moyenne.	Evaluer l'impact d'un programme de sessions médicales de groupe incluant des médecines complémentaires et alternatives sur la consommation d'opiacés de patients souffrant de douleur chronique	Modification de la dose d'opioïdes, score MYMOP2 (échelle d'évaluation de symptômes perçus et de qualité de vie), EVA	Biais d'attrition majeur (42 patients du groupe intervention sont restés jusqu'à au moins 6 mois)	18 patients ont diminué leur dose d'opioïdes, 8 patients ont arrêté leur consommation. Diminution significative du score sur l'EVA Amélioration significative du premier et du 2nd symptôme de l'échelle MYMOP2 (mais pas de comparaison). Patients initialement réfractaires à l'intervention ainsi qu'à la réduction de la dose d'opioïdes. L'utilisation de CAM dans des interventions de groupe peut réduire la douleur et la consommation médicamenteuse dans une population considérée comme "intraitable" d'après leur médecin. Ces interventions de groupe sont financièrement viables.
De Bar, 2018 (49) De Bar, 2022 (50) Benes, 2022(51)	Essai randomisé contrôlé, multicentrique	USA, 851 patients (67% femmes, 13% afro-américains, âge moyen 60 ans, comorbidités) adultes, avoir eu une prescription d'opioïdes pendant 4 mois dans les 6 derniers mois, diagnostic de douleur chronique de tout type dans l'année précédente. Priorité aux patients avec difficultés de prise en charge (forte dose quotidienne de morphine (>120 mg/j), prise concomitante de morphine et	Démontrer que les patients souffrant de douleur chronique, recevant une intervention interdisciplinaire biopsychosociale, dans leur clinique de soins primaires, auront une plus importante réduction de l'impact de la douleur dans	PEG (critère composite entre intensité de douleur et interférence liée à la douleur)	Faible durée d'évolution de la douleur chronique (diagnostic dans l'année précédente). Tous les participants avaient une assurance santé.	Diminution du PEG, du RMDQ et augmentation de la satisfaction des participants du groupe intervention au bout d'un an. Pas de différence sur la consommation d'opioïdes.

		de benzodiazépines, nombreux recours aux services de soins primaires. Exclusion : cancer, soins palliatifs, dépendance à une substance, diminution des capacités cognitives empêchant changement de mode de vie/comportement. Non anglophones.	l'année, en comparaison avec la prise en charge standard. Évaluer la faisabilité du programme et son efficacité dans le temps.			
Purcell, 2018 (52)	Etude observationnelle (entretiens semi-structurés) et étude quantitative	USA, 61 participants, médecins de soins primaires et reste des équipes soignantes, cliniciens participant à l'IPT (integrated pain team), organisateurs de l'IPT	Évaluer l'impact d'une intervention par une équipe douleur intégrative en soins primaires, sur les soignants en charge des patients douloureux chroniques.	Impact sur l'efficacité perçue du soin de la douleur chronique, confiance en soi du soignant, satisfaction de l'équipe soignante, stress et burn out	Biais de sélection par rapport à la population cible : plus de réponse des ruraux, des infirmiers, et d'anciens salariés du centre de vétérans	Intégrer une prise en charge pluridisciplinaire de la douleur en soins primaires peut fournir une aide nécessaire aux équipes soignantes et pourrait améliorer le soin de la douleur chronique. Les éléments importants de l'IPT permettant son efficacité sont une approche interdisciplinaire biopsychosociale et un suivi attentif du patient. Cependant, afin d'améliorer la confiance en soi et l'auto-efficacité des soignants dans la prise en charge de la douleur chronique, il serait nécessaire de fournir des ressources éducatives et d'appui au-delà du modèle d'IPT actuel.
Seal, 2019 (53)	Rationnel et design d'un essai randomisé contrôlé en simple aveugle	USA, 100 vétérans de la clinique de soins primaires à San Francisco (ethnies diverses, femmes 9%), adultes (62 ans moyenne), prise d'opioïdes depuis au 3 mois pour gestion de douleurs chroniques qui persistent depuis au moins 6 mois, avec au moins un critère de risque de mésusage des opioïdes. 45% ont été sans domicile fixe, 31% sont allés à l'université, 78% sans emploi.	Développer et mettre à l'essai une intervention pluridisciplinaire basée sur l'entretien motivationnel permettant la déprescription d'opioïdes chez les patients douloureux chroniques en soins primaires.	Faisabilité de l'intervention et auto-efficacité des PCP (primary care provider) et care managers à développer un PPS avec les patients douloureux chroniques. Satisfaction des patients.	Biais de sélection et de volontariat (100 recrutés sur 1328 éligibles)	Un des plus gros obstacles est de ne pas avoir construit un bon PPS (âge avancé, troubles cognitifs ou psychiatriques) Peu d'accès aux prises en charges non médicamenteuses et nécessité d'orienter vers la marche en autonomie (self directed activities) Inclure infirmiers care manager ou médecins (car psychologues limités pour thérapeutique) Nécessité de communication entre care manager et professionnel de soins primaires Temps en plus des consultations difficile à caser.

<u>Références</u>	<u>Type d'étude</u>	<u>Population</u>	<u>Objectif principal</u>	<u>Critères de jugement primaires</u>	<u>Limites/Biais</u>	<u>Résultats</u>
Hurstak, 2019 (54)	Etude observationnelle prospective évaluative, non contrôlée	USA, 58 patients, faibles revenus et diversité ethnique. Douleur chronique depuis plus de 3 mois et prescription d'opioïdes	Évaluation de la faisabilité et de l'acceptabilité d'un programme intégratif de prise en charge de la douleur, et adaptation en fonction du retour du staff et des patients.	Remarques du staff et des patients pour amélioration du programme Mesure qualitative du ressenti du staff		Amélioration statistiquement significative de la satisfaction dans la prise en charge des patients douloureux chroniques. Amélioration de la confiance des professionnels envers le programme (pour améliorer fonctionnement global et réduction risque des opioïdes). Satisfaction de la majorité des patients du programme. 64% perçoivent une amélioration à gérer seul leur douleur. Remarque des patients et du staff : inclure les patients non traités par opioïdes.
Joypaul, 2019 (55)	Etude observationnelle de méthodes mixtes (entretiens et questionnaires)	Australie, 178 patients, douleur chronique pendant plus de 3 mois, être sur liste d'attente pour spécialiste de la douleur ou être adressé par MT, avoir besoin de stratégies de self-management, pouvoir assister à des sessions de groupe, avoir un niveau d'anglais suffisant pour donner son consentement éclairé. Plutôt des femmes, moyenne 50 ans, douleur durant en médiane depuis 7,5 ans. 43% associaient 2 types de douleur. Exclusion : nécessité de chirurgie urgente ou autre intervention spécialisée douleur, bénéficier de l'indemnisation des travailleurs, soins palliatifs.	Mesurer l'impact du programme "turning pain into gain" chez des patients douloureux chroniques d'étiologies variées	Consommation médicamenteuse, qualité de vie (PSEQ), hospitalisations déclarées	Hospitalisations déclaratives, coût du programme non précisé, pas de groupe contrôle	Augmentation globale de consommation médicamenteuse mais prescriptions suivant les recommandations. Augmentation significative du PSEQ (12,3 points) Diminution des hospitalisations déclarées.
Aragonès, 2019 (56) Aragonès 2016, (57)	Essai randomisé, contrôlé, en simple aveugle	Espagne, 8 centres de soins primaires urbains, 274 adultes de 18 à 80 ans, avec épisode dépressif majeur et douleur chronique musculosquelettique modérée à sévère (BPI sup ou égal à 5) pendant au moins 3 mois (83% ont des douleurs depuis plus de 2 ans). Exclusion : difficultés relatives à la langue, comorbidité empêchant la participation, ATCD épisode psychotique ou trouble bipolaire, dépendance alcool ou substances, fibromyalgie, pose de prothèse articulaire prévue dans les 12	Évaluer l'efficacité d'une prise en charge collaborative de la douleur chronique musculosquelettique et de la dépression majeure, en comparaison avec une prise en charge standard en soins primaires.	Mesure de la dépression (HSCL-20), sévérité de la douleur et interférence (15 item BPI)	Programme de faible intensité (pour pouvoir être reproduit en soins primaires) et donc possible perte d'efficacité, faible adhésion des patients à la psychoéducation, faible adhésion des médecins aux recommandations du logiciel, possible biais de sélection.	Pas de différence significative sur les objectifs principaux, donc l'intervention ne fait pas mieux que la prise en charge standard. Etude qualitative à mener pour avoir le ressenti des patients et des professionnels ?

		mois, grossesse et allaitement, demande d'invalidité en cours. Si patient sous ATD, pas d'exclusion si critères d'EDC majeur à l'inclusion.				
Smith, 2019 (58)	Essai randomisé, contrôlé, ouvert	Australie, recrutement en ligne, 80 adultes, femmes d'âge moyen 45 ans, avec expérience douleur de plus de 3 mois, ont eu une évaluation médicale dans les 3 mois, acceptent donner coordonnées MT, avoir un ordinateur et imprimante, parler couramment Anglais. Médiane durée douleur : plus de 5 ans Exclusion : avoir participé à un programme de PEC de la douleur dans les 6 mois, troubles psychiatriques. Chirurgie prévue dans les 6 mois. Changements thérapeutiques majeurs dans les 3 mois. Début TCC dans le mois.	Comparer l'efficacité d'une intervention multidisciplinaire en ligne pour la gestion de la douleur chronique, en comparaison avec la prise en charge standard.	Confiance dans la réalisation d'activités au cours des douleurs (PSEQ), sévérité de la douleur et impact fonctionnel (BPI)	Faible échantillon. Faible durée de suivi. Adhésion plus faible que dans les autres études. Pas de mesure de l'activité physique. Niveau d'éducation plus élevé que dans la population cible, nécessité d'avoir un ordinateur avec accès internet. Biais de volontariat (motivation pour le changement).	Différence significative entre les 2 groupes sur PSEQ, BPI, impotence fonctionnelle, kinésiophobie, détresse psychologique.  Économie de temps pour les professionnels (peu d'appels téléphoniques au total). Bon rapport coût-efficacité.
Gardiner, 2019 (59) Gardiner, 2017 (60)	Essai randomisé, contrôlé en simple aveugle	USA, 155 adultes avec faibles revenus en milieu urbain, communicant en Anglais, multiethniques, avec douleurs chroniques et syndrome dépressif, PHQ>5 et intensité douleur >4 sur les 3 derniers mois, avoir son médecin traitant au sein des structures participant au programme. En moyenne 50 ans, femmes, 56% afro-américaines, Exclusion : symptômes psychotiques ou maniaques, addiction à une substance (OH/cocaïne/héroïne) dans les 3 derniers mois, autre participation à un IMGV, nouveau traitement pour la douleur au cours du dernier mois, idées suicidaires actives, autres comorbidités sévères, pas d'accès à internet.	Déterminer l'efficacité de visites de groupe de médecine intégrative (IMGV) chez les patients avec douleur chronique et syndrome dépressif dans un milieu défavorisé, en comparaison avec la prise en charge standard.	Douleur et son interférence (BPI), niveau de dépression (PHQ-9)	Faible durée d'intervention (9 semaines), auto-questionnaire, petit échantillon et donc faible puissance, patients les plus douloureux et avec dépression plus sévère sont venus à peu de visites, simple aveugle. Se déroule en semaine, donc difficile pour les patients travaillant en journée. Nécessité d'accès internet.	Pas de différence significative en ITT pour les critères de jugement primaires donc on ne peut pas conclure. Cependant, résultats encourageants car moins d'utilisation des services d'urgence et d'utilisation d'antidouleurs, meilleure santé mentale (objectifs secondaires). Mais l'étude montre qu'un tel programme est réalisable pour des patients à faible revenus.

<u>Références</u>	<u>Type d'étude</u>	<u>Population</u>	<u>Objectif principal</u>	<u>Critères de jugement primaires</u>	<u>Limites/Biais</u>	<u>Résultats</u>
Prater, 2020 (61)	Étude observationnelle prospective	USA, population précaire avec comorbidités, 35 adultes (plutôt femmes, 50 ans moyenne) avec rachialgies/cervicalgies. Exclusion : diagnostic de cancer actif	Déterminer l'impact de deux interventions (équipe multidisciplinaire de douleur et chiropraxie) sur le traitement de la douleur et sur l'incapacité fonctionnelle	Douleur et incapacité fonctionnelle (PDQ)	Très faible échantillon. Biais de sélection (PCP choisit le groupe pour les patients).	Pas d'amélioration significative du critère de jugement principal (PDQ) pour l'ensemble des patients participants à l'une ou l'autre intervention (ou les 2). Analyse multivariée montre que l'inclusion dans l'intervention de chiropraxie est un facteur prédictif significatif d'amélioration du PDQ.
Morgan, 2022 (62-65)	Étude observationnelle descriptive	Australie	Décrire les programmes de prise en charge de la douleur chronique en soins primaires en cours, évaluer leur alignement sur les éléments clés identifiés par un consensus d'experts, décrire l'adaptation de ces programmes pendant la pandémie de COVID-19.	Description des programmes	Non concerné	Non concerné



## B. Description des programmes

Tableau 2 : description synthétique des programmes

Références	Lieu d'intervention	Modalités de recrutement	Evaluation initiale	Professionnels participants Formation des professionnels		Communication interprofessionnelle	Thérapies complémentaires	Education et physiopathologie	Durée et rythme	Format	Outils et supports	Coûts
				Professionnels participants	Formation des professionnels							
Von Korff, 2005 (38)	Cabinet de kinésithérapie	Envoi par courrier du RDQ 8 à 10 semaines après une consultation pour lombalgie	Interview de 25 min : 23 item RDQ Back pain worry 10 item Tampa scale for kinesiophobia Intensité de la douleur (échelle numérique) Mental health inventory SF-36 Jours d'incapacité fonctionnelle dans les 3 derniers mois Chronic pain grade	Professionnels participants	Psychologue Kinésithérapeute	Non précisé	Non	Non	1 mois 4 visites au total	Individuel Présentiel	Livre et vidéo de 40 min sur le self-management des rachialgies	Non précisé
				Formation des professionnels	Non précisé							
Ahles, 2006 (39)	Structures de soins rurales	Patients volontaires répondant à une annonce dans une newsletter	Par un infirmier : Questionnaire de santé et de problèmes psychosociaux Préférences pour les stratégies de gestion de la douleur	Professionnels participants	Médecin Infirmiers en éducation thérapeutique	Communication entre les infirmiers et le médecin en faisant un retour sur chaque patient, meilleur moyen à déterminer	Non	Non	Jusqu'à 8 appels en 6 mois	Individuel Distanciel par téléphone	Nombreux supports envoyés par mail (résumé de self-management de la douleur, relaxation, rythme d'activités, hygiène du sommeil, exercices de relaxation enregistrés) Matériel d'aide à la résolution de problème, papier et site internet <a href="http://www.howsyourhealth.org">http://www.howsyourhealth.org</a>	250 à 400\$ par patient pour 6 mois
				Formation des professionnels	Infirmiers formés à la résolution de problème (méthode Hegel et al. (66)) sur 4-5 sessions (vidéo, jeux de rôle, lecture du manuel de traitement, traitement de cas cliniques) et au self-management de la douleur (TCC)							

Dobscha, 2008 et 2009 (40) (41)	Cliniques de soins primaires pour vétérans (urbaines et rurales)	Patients volontaires recrutés par courrier, puis affiches au sein des cabinets.	Entretien semi-structuré face à face avec psychologue : BPI, measure of pain severity and function, PHQ-9 (dépression), AUDIT-C, DAST-10 (mésusage substances) Comprendre la perception de la douleur et le retentissement sur quotidien, identifier objectifs personnels, les réticences. Éducation à propos de la douleur chronique et des façons de la gérer.	Professionnels participants	Interniste ayant travaillé en soins primaires et psychologue avec expérience en douleur qui supervisent (mais non spécialistes)  Kinésithérapeute Collaboration avec les correspondants de soins primaires (médecin traitant, IPA, assistant médical)	Base de données informatique commune Les superviseurs créent un plan de recommandations de traitement envoyé par mail au patient et au clinicien de soins primaires  Vidéo-conférences Contacts réguliers entre cliniciens de soins primaires et équipe qui supervise pour donner des retours et des recommandations, par téléphone, mail ou sous forme de notification dans le dossier.	Non	Oui	Diverses activités proposées dans le plan personnalisé  4 sessions sur 4 mois  puis 7 Appels téléphoniques pendant 12 mois pour évaluation et soutien	Groupe et individuel  Présentiel ou visioconférence (au choix)	Matériel d'éducation sur la douleur chronique envoyé par e-mail Vidéo sur acceptation douleur chronique "Pathways through Pain: Step 1: Accepting the Pain" (American Chronic Pain Association, 2005).	1192\$ par patient (coûts directs et indirects incluant aussi la formation des professionnels, leur rémunération, le matériel), participants à l'interview d'inclusion reçoivent 10\$.
				Formation des professionnels	Peu d'expérience, cliniciens : formation 8h en 2 sessions sur la douleur chronique (modèle Mc Arthur dépression education program) (67) Entraînement sur internet Puis 2 sessions de 90 min par les superviseurs. Superviseurs non spécialistes mais expérience solide. Quelques jours de conférences et d'échanges avec des spécialistes en douleur.							

<u>Références</u>	<u>Lieu d'intervention</u>	<u>Modalités de recrutement</u>	<u>Evaluation initiale</u>	<u>Professionnels participants</u> <u>Formation des professionnels</u>		<u>Communication interprofessionnelle</u>	<u>Thérapies complémentaires</u>	<u>Education et physiopathologie</u>	<u>Durée et rythme</u>	<u>Format</u>	<u>Outils et supports</u>	<u>Coûts</u>
Kroenke, 2007 et 2009 (42) (43)	Non précisé	Identification de patients ayant eu un diagnostic de lombalgie, ostéoartrite coxalgie ou gonalgie et (CIM-9). Puis envoi d'un courrier aux patients screenés, et RDV téléphonique/consultation pour évaluer éligibilité.	Recherche de comorbidités Dépression : PRIME-MD et SCL-20 Sévérité de la douleur : BPI, Graded chronic pain scale, Bodily pain scale du SF-36, PHQ pain scale Qualité de vie : SF-36 Échelles spécifiques à la pathologie Croyances : SOPA-B Peurs liées à la douleur : Tampa kinesiphobia scale Stratégies coping : Pain stages of change Somatisation : PHQ somatic scale PHQ stressor scale Evaluation des traitements	Professionnels participants	Médecin investigateur et infirmière spécialisés dans la douleur et la dépression	Rencontre hebdomadaire entre infirmière et médecin pour discuter des patients. Médecin disponible à tout moment pour avis.	Discutées avec les patients, retour d'expériences. Mais non pratiquées.	Oui	3 mois d'optimisation du traitement antidépresseur, puis 3 mois de sessions de groupe à raison de 2 par mois, puis suivi de 6 mois. 1 an au total.	Groupe et individuel, alternance présentiel/téléphone	Non	Participation gratuite et indemnisée pour les participants (patient reçoit 25\$ pour l'évaluation)
Stein, 2013 (44)	Proche d'une unité de soins primaires	Adressés par les membres de l'unité de soins primaires	Examen clinique par le médecin généraliste, Evaluation sur 2 semaines : SQRP (Swedish quality registry for pain rehabilitation)(MPI, HAD, EQ-5D, SF-36, NRS) Puis réunion pluriprofessionnelle : présentation des motivations, ressources	Professionnels participants	1 médecin généraliste 2 kinésithérapeutes 2 psychologues 1 ergothérapeute 1 secrétaire médicale	Réunions pluriprofessionnelles	Non	Oui	Sur 6 semaines, sessions de 5 h, 3 fois par semaine. 90 heures au total.	En présentiel, groupes de 6 à 8 personnes	Non précisé	Non précisé

			<p>biopsychosociales, attentes concernant la réhabilitation. Rencontre avec le patient et ses proches avec quelques représentants de l'équipe avec présentation des conclusions et de la prise en charge proposée.</p>	<p>Formation des professionnels</p>	<p>Peu de formation au préalable : Psychologues déjà formés à la TCC. Kinésithérapeutes déjà formés à la TCC et à la conscience du corps. Médecin généraliste avec intérêt particulier pour la prise en charge de la douleur.</p>								
--	--	--	--	-------------------------------------	---	--	--	--	--	--	--	--	--

Références	Lieu d'intervention	Modalités de recrutement	Evaluation initiale	Professionnels participants Formation des professionnels		Communication interprofessionnelle	Thérapies complémentaires	Éducation et physiothérapie	Durée et rythme	Format	Outils et supports	Coûts
				Professionnels participants	Formation des professionnels							
Abrams, 2013 (45)	9 cliniques intégratives	Patient recherchant des soins pour douleur chronique au sein des cliniques intégratives, sans précision sur les modalités de recrutement.	BPI SF-12v2 Dépression : CES-D Stress PSS-4 Arizona integrative outcomes scale CRP 25-OH vitamine D	Professionnels participants	Non précisé	Oui		Non précisé	Non précisé	Non précisé	Non précisé	A la charge du patient, biais ?
Gardiner, 2014 (46)	Clinique de soins primaires (située dans un hôpital)	Patients adressés par médecins à proximité. Promotion du programme par flyers, présentations aux médecins, messages électroniques dans dossier patient.	Recherche des antécédents dans le dossier par les médecins Échelles sur auto-questionnaire Douleur : NRS Dépression : PHQ-9 Sommeil : PSQI Stress : PSS Anxiété GAD-7	Professionnels participants	2 Médecins généralistes 2 Instructeurs en méditation formés à la pleine conscience Intervenants en médecine alternative	Non précisé	Oui	Oui	Sessions hebdomadaires de 2h30 pendant 8 semaines. Puis rencontre de groupe tous les 3 mois.	Sessions de groupe de 8 à 12 patients, en présentiel	Support vidéo permettant de faire des exercices au domicile	Non précisé
Kroenke, 2014 (47)	Distanciel	Patients éligibles recherchés dans dossier médical, envoi d'un courrier puis contactés par téléphone.	Avec infirmière coordinatrice de soins : histoire de la douleur et traitements essayés par le passé Douleur : BPI, pain related work loss, bodily pain scale of SF, PROMIS Self management items Catastrophisme : CSQ	Professionnels participants	Médecin spécialisé en douleur Infirmière Collaboration avec médecin de soins primaires "modèle à 3 composantes"	Réunion infirmier/ médecin spécialisé en douleur après l'entretien initial pour définition d'un plan de traitement pharmacologique puis staff hebdomadaire.	Non	Non	Appels téléphoniques/évaluation internet, hebdomadaires le premier mois, puis 2 par mois jusqu'au 3e mois, puis mensuels jusqu'au 12e	Individuel, uniquement en distanciel avec appel téléphonique d'un système automatisé interactif OU sur internet, et si besoin appel	Guide sur support écrit remis au premier entretien : méthodes de self-management, ressources sur la douleur	Appels téléphoniques gratuits

			catastrophizing scale anxiété : GAD-7 Somatisation : PHQ somatic scale Utilisation de substance Qualité de vie : SF-12	Formation des professionnels	Médecin spécialiste en douleur Infirmière : non précisé				mois. Contact infirmier M1 et M3 et plus si nécessaire.	infirmier.	notamment en ligne.	
--	--	--	---	---------------------------------	---	--	--	--	--	------------	------------------------	--

<u>Références</u>	<u>Lieu d'intervention</u>	<u>Modalités de recrutement</u>	<u>Evaluation initiale</u>	<u>Professionnels participants</u> <u>Formation des professionnels</u>		<u>Communication interprofessionnelle</u>	<u>Thérapies complémentaires</u>	<u>Education et physiopathologie</u>	<u>Durée et rythme</u>	<u>Format</u>	<u>Outils et supports</u>	<u>Coûts</u>
Mehl Madrona, 2016 (48)	Clinique de soins primaires rurale de vétérans	Non précisé	Non précisé	Professionnels participants	Médecin généraliste Infirmier Intervenant formé en santé comportementale Intervenants extérieurs pour thérapies complémentaires et kinésithérapie	Non précisé mais rencontre bi-mensuelle lors des sessions de groupes	Oui, yoga, exercices de groupe, chiropraxie, ostéopathie, t'ai chi ou qi gong	Oui	12 sessions de 2 heures sur 6 mois	Groupes de 12 participants en présentiel, exercices à faire à la maison.	Non précisé	Pas de frais pour les participants, avance des frais par les assurances. Ces frais couvrent le salaire des professionnels donc rentable.
De Bar, 2018 (49) 2022 (50) Benes, 2022 (51)	Environnement de soins primaires	Patients éligibles identifiés par dossier médical, après avis du médecin traitant, contactés par courrier et enfin par	Par infirmier ou spécialiste du comportement : Recherche comorbidités curables BPI, RMDQ, modified oswestry low back pain disability questionnaire, PHQ, GAD-7, AUDIT-C, Epworth, Adverse Childhood Experiences, Tampa scale for kinesiophobia, Coping strategies questionnaire, Chronic pain self-efficacy	Professionnels participants	Infirmier coordinateur Spécialiste du comportement Pharmacien Kinésithérapeute Primary care provider (par exemple médecin traitant) (indirectement)	Contacts après évaluation initiale ainsi qu'à la fin entre les intervenants du groupe et les PCP (en face-à-face, téléphone ou échanges électroniques). Collaboration rapprochée entre les professionnels	Oui mais EBM	Probable	12 sessions de groupe de 90 min, hebdomadaires pendant 4 mois	Sessions de groupe (nombre de patients non indiqué) présentiel, quelques appels téléphoniques.	Brochure, DVD de yoga adapté pour faire les exercices à la maison	Non précisé

		téléphone.	<p>scale</p> <p>Revue médicamenteuse par pharmacien avec proposition modifications thérapeutiques</p> <p>Entretien avec kinésithérapeute afin de discuter des objectifs d'activité physique</p>	Formation des professionnels	<p>2 jours de formation pour l'ensemble des professionnels par les investigateurs de l'étude, 3 jours de jeux de rôle pour nurse et spécialistes</p> <p>comportement formation à la TCC</p>	et interventions communes						
--	--	------------	---	------------------------------	---	---------------------------	--	--	--	--	--	--

<u>Références</u>	<u>Lieu d'intervention</u>	<u>Modalités de recrutement</u>	<u>Evaluation initiale</u>	<u>Professionnels participants</u> <u>Formation des professionnels</u>		<u>Communication interprofessionnelle</u>	<u>Thérapies complémentaires</u>	<u>Education et physiopathologie</u>	<u>Durée et rythme</u>	<u>Format</u>	<u>Outils et supports</u>	<u>Coûts</u>
Purcell, 2018 (52)	San Francisco Veterans Affairs medical center, environnement de soins primaires	Non précisé	Entretien de 60 min du patient avec l'ensemble des intervenants pour évaluer les facteurs de risque et besoins du patient. Introduction du modèle bio-psycho-social de la prise en charge de la douleur (vidéo youtube "car with four flat tires").	Professionnels participants	Infirmier ou médecin en soins primaires Psychologue Pharmacien	Collaboration régulière et prise de décision conjointe avec l'équipe de soins primaires suivant habituellement le patient. Communication avec spécialistes en douleur et addictologues si nécessaire.	Encouragées (acupuncture, chiropraxie, yoga, méditation, massages)	Non	Durée le temps que le patient soit "stabilisé" : médiane de 3 visites en 6 mois (entre 1 et 16). Puis relais avec l'équipe habituelle de soins primaires. Suivi distanciel jusqu'à 16 mois si besoin.	Présentiel, possibilité de téléconsultation si éloignement géographique. Consultations de 30 min, individuelles.	Non précisé	Non précisé(63)
Seal, 2019 (53)	Clinique de soins primaires au sein du San Francisco Veterans Affairs Healthcare system	Patients volontaires prenant contact à la suite de la lecture de flyers ou d'affiches ; puis changement de méthode, patients éligibles	Entretien initial de 60 min (intervenant en soins primaires) : Reprise de l'histoire de la douleur et de la prise d'opioïdes, test respiratoire et urinaire (recherche consommation d'alcool et drogues). Evaluation de la douleur (PEG) et des localisations, effets bénéfiques ou indésirables des méthodes médicamenteuses, recherche de recours aux méthodes non	Professionnels participants	Infirmier ou médecin interniste (intervenant en soins primaires), psychologues (care manager : coordinateur de soins)	L'intervenant de soins primaires fait une transmission au care manager après l'entretien initial. La continuité des soins avec les intervenants de soins primaires habituels se fait à travers de dossier médical informatisé.	Non inclus mais encouragées, et plutôt EBM (acupuncture, yoga)	Non	Sur 12 semaines. Rencontre S4, puis par téléphone entretien motivationnel S6, S8 et S12. 2 visites de suivi S12 et S20 avec le professionnel	Évaluation et 1ère séance en présentiel. Les autres en présentiel ou par téléphone. Individuel.	Utilisation d'un système informatique d'aide à la prescription. Pochette fournie lors de l'entretien initial : DVD contenant "car with four flat tires", diagramme	Indemnisation financière des participants allant jusqu'à 100 dollars.

		sur leur dossier médical contactés par courrier puis par téléphone.	médicamenteuses (yoga, acupuncture, marche), recherche de mésusage d'opioïdes (Addiction behavior checklist), éducation "taking opioïdes responsibly"). Liste des options de gestion de la douleur disponibles au sein de la communauté, aide pour établir PPS.	Formation des professionnels	Professionnels de soins primaires et psychologues formés avant l'intervention en douleur et sécurité des opioïdes, entretien motivationnel et décision partagée (pendant 4 mois). Formation additionnelle de rappel au cours d'un dîner trimestriel.				de soins primaires.		coloré expliquant la prise en charge multimodale, comment créer un objectif "SMART", outils pour management de la douleur, aide à la création du plan de soins personnalisé.	
--	--	---	---	------------------------------	--	--	--	--	---------------------	--	--	--

<u>Références</u>	<u>Lieu d'intervention</u>	<u>Modalités de recrutement</u>	<u>Evaluation initiale</u>	<u>Professionnels participants Formation des professionnels</u>		<u>Communication interprofessionnelle</u>	<u>Thérapies complémentaires</u>	<u>Education et physiopathologie</u>	<u>Durée et rythme</u>	<u>Format</u>	<u>Outils et supports</u>	<u>Coûts</u>
Hurstak, 2019 (54)	Clinique de soins primaires (safety-net : sans avance de frais)	Adressage informatisé par les médecins généralistes. Médecins informés du programme par courrier, flyers ou réunions.	Non précisé	Professionnels participants	Éducateur en santé Instructeur de yoga Pharmacien Instructeur en pleine conscience (moine laïc) Masseur Nutritionniste	Non précisé	Oui mais EBM (acupuncture, massages, mouvements, pleine conscience)	Oui	12 semaines Hebdomadaires	En groupe Séances individuelles possibles Présentiel, appels téléphoniques hebdomadaires	Remise d'un classeur avec matériel d'éducation et liste des autres ressources de la communauté pour prise en charge des douleurs	Carte cadeau offerte aux patients assidus
(55) (63) (62) Turning Pain into Gain	Réseau de soins primaires	Patients adressés par médecin généraliste	Questionnaire initial rempli par le patient, en face à face ou par téléphone, environ 50 minutes : 32 items à propos des données démographiques, traitements médicamenteux, expérience de la douleur et management, PSEQ.	Professionnels participants	prof. APA Kinés Pharmaciens Auxiliaires médicaux  Invités : Médecins généralistes Diététiciens Psychologues Anciens patients du programme (accueil...) "patient expert"	Informations régulièrement données au médecin traitant (voie de communication non décrite) et courrier de sortie du programme avec objectifs et plan de management de la douleur	Relaxation	Oui	Pendant 6 à 12 mois. Session de groupe (2h) mensuelle et 4-5h d'entretien individuel ; 2 séances de revue des traitements médicamenteux	En groupe et en individuel. Groupes de 20 personnes présentiel.	Ressources écrites et sur internet, Groupe fermé sur Facebook.	Pas de reste à charge pour les patients. En 2015-2016 aurait fait économiser 78 936 \$ (réduction)

				Formation des professionnels	Avoir au minimum un intérêt pour la prise en charge de la douleur, et de solides bases cliniques et compétences en communication, puis 3 à 6 mois de supervision avec rencontres hebdomadaires avec superviseur.				eux et 2 séances avec kinésithérapeute. Suivi peut être poursuivi au-delà si nécessaire.			n d'hospitalisations)
--	--	--	--	------------------------------	--	--	--	--	--	--	--	-----------------------

Références	Lieu d'intervention	Modalités de recrutement	Evaluation initiale	Professionnels participants Formation des professionnels		Communication interprofessionnelle	Thérapies complémentaires	Education et physiopathologie	Durée et rythme	Format	Outils et supports	Coûts
				Professionnels participants	Formation des professionnels							
Arago nés, 2019, 2016 (56) (57)	Centres de soins primaires (ceux des patients)	Sélection des patients selon les critères dans dossier médical électronique, puis lettre envoyée par courrier et contact téléphonique 2 semaines plus tard.	Douleur BPI, HSCL-20, SDS Dépression PHQ-9 Comorbidités	Professionnels participants  Médecin de soins primaires Psychologue	Formation des professionnels  Formation de 90 minutes aux médecins à propos de l'intervention, du logiciel d'aide à la décision thérapeutique, du programme de psycho-éducation. Psychologues formés en douleur chronique.	Communication informatique entre psychologue et médecin de soins primaires, validation de la prise en charge par médecin hospitalier (informatique ?). Recommandations de l'algorithme au médecin traitant.	Relaxation	Oui	9 sessions hebdomadaires de 2 heures (au premier trimestre) Exercices à la maison entre les sessions. Contact téléphonique d'évaluation par psychologue de façon mensuelle puis tous les 2 mois pendant 1 an.	En groupe de 8 personnes maximum (avec appels téléphoniques individuels) et en présentiel.	Manuel avec exercices, diaporamas, brochures, formulaires.	non précisé
Smith, 2019 (58)	Au domicile du patient (programme internet)	Patients volontaires, diffusion d'informations à propos du programme sur site internet et groupes d'entraide de patients douloureux chroniques sur réseaux sociaux.	Pas d'évaluation initiale, mais questionnaires en ligne pour recrutement	Professionnels participants	Différents intervenants sur vidéos : médecin douleur, MPR, psychiatres, anesthésistes, rhumatologues, radiologues, psychologues, kinésithérapeutes, diététicien, ergothérapeute	Non	Oui, Tai-chi	Oui	8 sessions sur 16 semaines (espacées de 2 semaines) durant lesquelles les participants ont un accès à leur convenance pendant la durée du programme.	Individuel, contenu distanciel uniquement en ligne. Quelques contacts téléphoniques.	Site internet avec : "devoirs téléchargeables", vidéos d'experts, enregistrements audios pour relaxation, contenus divers et informations téléchargeables, exercices. DVD Tai-chi	Non précisé

				Formation des professionnels	Spécialistes du service douleur de l'hôpital st Vincent de Sydney				Suivi en ligne à 3 mois.			
Gardiner 2019, 2017 (59) (60)	Cliniques de soins primaires de proximité rattachée au Boston Medical Center	Adressés par médecin généraliste ou volontariat	Par le clinicien prescripteur : histoire médicale, BPI, liste des traitements	Professionnels participants	Co-dirigé par un clinicien prescripteur entraîné en médecine intégrative, et un non prescripteur, formé en MBSR et yoga.	Communication avec le médecin traitant par le dossier médical informatisé ou par téléphone tout au long de la prise en charge.	Oui : yoga, MBSR, massages, acupressure	Oui	9 sessions hebdomadaires de 2h30. Puis phase de maintien pendant 12 semaines avec accès aux outils en ligne. Dernière session de groupe S21.	Sessions de groupe (8 à 12 personnes) présentiel, contact téléphonique hebdomadaire afin de motiver la pratique à la maison	Personnage "coach" interactif en ligne, site internet avec nombreuses ressources et activités reprenant ce qui a été fait en groupe. Distribution d'une tablette par personne.	Carte cadeau de 50\$ aux 2 visites de suivi pour les participants. Prise en charge des frais de déplacement.
				Formation des professionnels	Formation de 3 jours pour les intervenants : but des visites intégratives, revue du programme, enseignement des techniques de pleine conscience et expérimentation. Site internet avec recommandations de prescriptions sécurisées pour les douleurs chroniques.							

<u>Références</u>	<u>Lieu d'intervention</u>	<u>Modalités de recrutement</u>	<u>Evaluation initiale</u>	<u>Professionnels participants</u> <u>Formation des professionnels</u>		<u>Communication interprofessionnelle</u>	<u>Thérapies complémentaires</u>	<u>Education et physiopathologie</u>	<u>Durée et rythme</u>	<u>Format</u>	<u>Outils et supports</u>	<u>Coûts</u>
Prater, 2020 (61)	Centre de soins primaires avec proximité universitaire	Adressés par médecins du centre de soins primaires	Non précisé	Professionnels participants	Médecin soins primaires, consultant en comportement en santé, infirmier, pharmacien. Equipe chiropraxie (professeurs et étudiants)	Non précisé	Oui, chiropraxie	Non précisé	Non précisé	Non précisé	Non précisé	12 à 22\$ par séance de chiropraxie, non couverts par les assurances privées ou publiques. Carte cadeau 20\$ offerte au questionnaire du 6e mois.
				Formation des professionnels	Non précisé pour l'équipe pluridisciplinaire douleur.							
(63) Early Intervention Subacute Pain Program (Gold Coast PHN)	Réseau de soins primaires (PHN)	Adressé par professionnel de santé de soins primaires	<i>voir Turning pain into gain</i>	<i>voir Turning pain into gain</i>	<i>voir Turning pain into gain</i>	Non précisé	Non	Oui	4 à 6 mois. 2 sessions de groupe (durée 1h30 chacune). Jusqu'à 4 séances individuelles avec professionnels de santé	Groupe et individuel. Présentiel mais possibilité en ligne (adaptation avec COVID-19) webinaires, téléconsultations, sessions zoom, groupe Facebook	Classeur avec ressources donné à la première séance de groupe. Ressources supplémentaires sur site internet.	60 000 \$ pour le développement du programme et sa mise en œuvre

<p>(63) Persistant pain program</p>	<p>Réseau de soins primaires, villes de taille moyenne (environ 100 00 hab)</p>	<p>Adressé par professionnel de santé de soins primaires</p>	<p><i>voir turning pain into gain</i></p>	<p>Professionnels participants</p>	<p>Kinésithérapeute Psychologue Pharmacien prof. APA Diététiciens  Au sein de chaque groupe il faut quelqu'un de qualifié pour avoir le rôle de "clinical facilitator" avec expérience en douleur. Auxiliaires médicaux</p>	<p>Courrier envoyé au médecin traitant en début et fin de programme, et au cours du programme si modifications nécessaires du PPS</p>	<p>Non</p>	<p>Oui</p>	<p>12 mois, sessions de 2h par mois pendant 6 mois. Puis 1 session de rappel. Puis 5 consultations avec auxiliaires médicaux prises en charge par AM dans le cadre du "plan management pathologie chronique", et si nécessaire 3 consultations supplémentaires.</p>	<p>Groupes et individuel,  Présentiel, mais des adaptations en ligne ont été faites durant le COVID, <i>voir Turning pain into gain</i></p>	<p>Documents ressources écrits et en ligne, podcasts, pages Facebook.</p>	<p>907 563\$ pour environ 400 patients</p>
				<p>Formation des professionnels</p>	<p>Au sein de chaque groupe il faut quelqu'un de qualifié pour avoir le rôle de "clinical facilitator" (kiné, pharmacien, IPA, infirmier, ergothérapeute, psychologue, avec expérience en gestion de la douleur). Peuvent s'appuyer sur le programme <i>Turning pain into gain</i>.</p>							

<u>Références</u>	<u>Lieu d'intervention</u>	<u>Modalités de recrutement</u>	<u>Evaluation initiale</u>	<u>Professionnels participants Formation des professionnels</u>		<u>Communication interprofessionnelle</u>	<u>Thérapies complémentaires</u>	<u>Education et physiopathologie</u>	<u>Durée et rythme</u>	<u>Format</u>	<u>Outils et supports</u>	<u>Coûts</u>
(63) Living well with persistent pain	Réseau de soins primaires, villes de taille moyenne (environ 100 000 hab)	Adressé par professionnel de santé de soins primaires	<i>voir turning pain into gain</i>	Professionnels participants	Kinésithérapeute, psychologue, prof. APA, diététiciens, assistants sociaux, ergothérapeutes et médecins généralistes. Parfois anciens participants impliqués ponctuellement.	Retour sur les patients adressés par courrier. Références et cas cliniques peuvent aussi être envoyés pour formation personnelle.	Oui mais uniquement EBM et explication sur comment trouver un "thérapeute sérieux"	Oui	Variable en fonction du nombre de participants, mais minimum 2h par mois pendant 6 mois. Possibilité par la suite de bénéficier de 5 consultations individuelles auprès d'intervenants du programme ainsi que 6 sessions de santé mentale.	En groupe et en individuel  En présentiel avec adaptations durant le COVID	Outils en ligne (nombreux supports fournis aux patients : documentation papier, newsletters, informations d'éducation supplémentaire, information pour fixer des objectifs)	Frais de transport des participants peuvent être pris en charge.
				Formation des professionnels	Doivent être formés à la prise en charge de la douleur pour entrer dans le programme							

<p>(62,63) Chronic Pain Management Service model developed by Merri Health in Victoria</p>	<p>Réseau de soins primaires (PHN)</p>	<p>Adressé par professionnel de santé de soins primaires</p>	<p>Non précisé : mais va déterminer l'intensité du programme</p>	<p>Professionnels participants</p>	<p>Kinésithérapeute, psychologue, coordinateurs de soins, médecin spécialiste douleur Intervenants ponctuels : diététicien, ergothérapeute</p>	<p>Non précisé</p>	<p>Oui, pleine conscience</p>	<p>Oui</p>	<p>Sessions bi-hebdomadaires pendant 7 semaines</p>	<p>Sessions individuelles (1 à plusieurs) puis de groupes, présentiel</p>	<p>Nombreuses ressources en ligne, circuit d'exercice physique, enregistrement audio de pleine conscience, "weekly pacing plan"</p>	<p>Subvention 250 000\$ par an pour délivrer le programme.  Pour les participants : frais supplémentaires pour diététicien, activités aquatiques et groupes d'exercice.</p>
<p>(62-64) BRIEF PAIN SELF-MANAGEMENT (BPSM) PROGRAM</p>	<p>Non précisé</p>	<p>Adressé par professionnel de santé de soins primaires</p>	<p>Entretien initial fait par kinésithérapeute, soignant multiculturel, éducateur en santé ou éducateur bilingue : Évaluation brève pour clarifier la nature du problème douloureux, fournir le site internet ressource ainsi que le cartoon expliquant la douleur chronique, explication brève à propos du programme, confirmer avec le patient la compréhension du programme (actif dans la prise en charge), répondre aux questions, identifier les objectifs personnels, fournir la charte.</p>	<p>Professionnels participants</p>	<p>Kinésithérapeute, psychologue, infirmier, ergothérapeute, et si pertinent soignant multiculturel, éducateur bilingue</p>	<p>Lien avec médecin traitant (et si possible tous les soignants du patient) au cours du programme. Lien et conseils par clinique spécialisée en douleurs avec appels téléphoniques ou rencontres.</p>	<p>Relaxation</p>	<p>Oui</p>	<p>Sessions de 2 heures par semaine sur 6 semaines.</p>	<p>Sessions de groupe, présentiel, d'environ 10 personnes</p>	<p>Site internet avec nombreuses ressources, vidéo YouTube. Livret à remplir avec objectifs personnels, relaxation, exercices, plan d'action hebdomadaire, sommeil, alimentation, résolution de problème, plan d'action en cas de d'exacerbation</p>	<p>Environ 11 750\$</p>

<u>Références</u>	<u>Lieu d'intervention</u>	<u>Modalités de recrutement</u>	<u>Evaluation initiale</u>	<u>Professionnels participants</u> <u>Formation des professionnels</u>		<u>Communication interprofessionnelle</u>	<u>Thérapies complémentaires</u>	<u>Education et physiopathologie</u>	<u>Durée et rythme</u>	<u>Format</u>	<u>Outils et supports</u>	<u>Coûts</u>
(62,63) Chronic pain management program	Non précisé	Adressé par professionnel de santé de soins primaires	Lors de la première session à l'aide des outils ePPOC (annexe 4)	Professionnels participants	Psychologues, infirmiers formés en santé mentale, kinésithérapeutes, médecin rééducateur, ergothérapeutes intervention d'un pharmacien.	Non précisé	Relaxation	Oui	3 heures par semaine pendant 6 semaines, après une session de 2 heures d'éducation (avec évaluation individuelle). 2 sessions de suivi à 4 et 12 semaines.	Sessions de groupe après évaluation initiale individuelle, présentiel	Supports papier (fixer objectifs, feuille d'exercices, tolérance des activités, planning pour la semaine, exercices de relaxation, résolution de problèmes, guide management des poussées et des phases de stabilisation). Groupe de pairs sur Facebook et adaptations en ligne pendant le COVID-19.	Non précisé, sans frais pour les participants
(62,63,65) Living well with pain	Lieu de soins primaires	Adressé par professionnel de santé de soins primaires	Screening par téléphone d'environ 20 min, puis 1h d'évaluation individuelle sur l'histoire de la douleur par kiné et psychologue.	Professionnels participants	Kinésithérapeutes et psychologues, médecins spécialistes en douleurs, intervention d'assistants sociaux	Non précisé	Non	Oui	8 sessions (3 heures, 2 fois par semaine) pendant 4 semaines, + jusqu'à 6 sessions de psychologie de la douleur individuelles	En groupe en présentiel, et en individuel. Quelques appels téléphoniques.	Brochure, ressources en ligne	250 000 \$ par an

				Formation des professionnels	Kinésithérapeutes et psychologues doivent être formés en douleur chronique								
--	--	--	--	------------------------------	--	--	--	--	--	--	--	--	--

La suite de cette analyse ayant un objectif synthétique, ne seront citées que les références bibliographiques des programmes se distinguant des autres.

### 1. Lieu

Lorsqu'il s'agit de programmes en présentiel, la majorité d'entre eux se déroulent au sein de cliniques de soins primaires (1 étude au sein d'un cabinet de kinésithérapie (38)).

### 2. Mode de recrutement

La majorité des patients sont adressés dans le programme par leur médecin traitant ou par un autre professionnel de santé.

Une autre méthode répandue est la sélection des patients éligibles grâce au dossier médical informatisé. Ils sont contactés par courrier dans les suites d'une consultation en lien avec une douleur chronique, puis rappelés environ 15 jours après l'envoi du courrier pour connaître leur intérêt vis-à-vis du programme.

Certains programmes combinent l'envoi de courrier et affiches (donc patients sélectionnés et volontaires).

Un des programmes (53) a changé de méthode de recrutement : initialement patients volontaires après affichages de flyers, puis pour augmenter le recrutement, recherche de patients éligibles dans le dossier médical informatisé et contact par courrier puis par téléphone.

Un autre programme (58) (uniquement en distanciel sur internet) a recruté ses patients volontaires via des informations diffusées sur site internet et réseaux sociaux (groupes de patients douloureux chroniques).

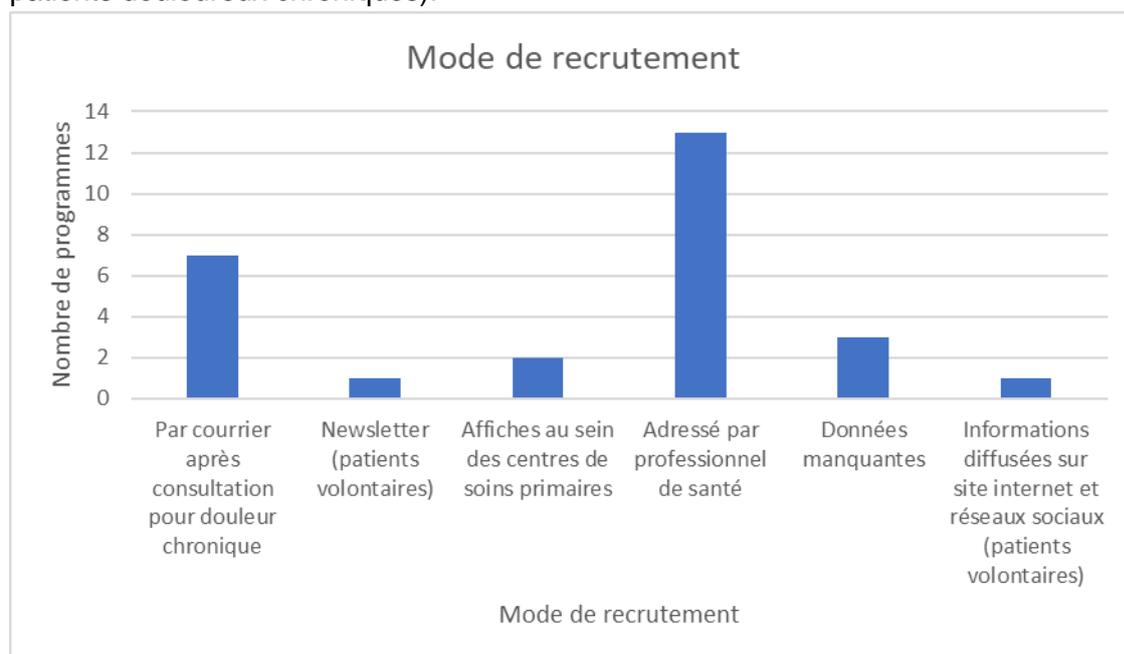


Figure 8 : répartition du mode de recrutement des patients

### 3. Évaluation initiale

On retrouve de façon quasi systématique une évaluation initiale (non précisé dans 4 études, 1 programme en ligne (58) avec questionnaires d'inclusion uniquement).

Sa durée varie entre 25 et 60 minutes (environ 60 minutes dans la majorité des études précisant la durée). Dans l'une des études (44), l'évaluation se fait en 2 rendez-vous espacés de 2 semaines lors desquels le patient remplit des auto-questionnaires, avec à l'issue, une réunion pluriprofessionnelle qui débouche sur un entretien avec le patient et ses proches. Dans un autre programme (49), l'entretien initial consiste en des rendez-vous distincts avec infirmier, kinésithérapeute et pharmacien, ayant tous les objectifs différents et complémentaires.

Elle est réalisée la plupart du temps par un membre de l'équipe pluridisciplinaire (elle se fait en présence de l'ensemble des intervenants (52) ou bien par plusieurs membres (44)) pouvant être infirmier, psychologue, médecin généraliste. Dans 6 études, elle est pluriprofessionnelle (au moins 2 professionnels).

Une seule étude (58) a recours à une simple relecture du dossier médical afin de rechercher les antécédents, puis sur un remplissage d'auto-questionnaires sans vrai entretien initial (programme en distanciel).

Des échelles d'évaluation sont utilisées dans 15 études. 3 catégories d'échelles sont généralement associées :

- échelles d'évaluation du retentissement fonctionnel global (souvent multidimensionnelles),
- échelles d'évaluation de la santé mentale,
- échelles d'évaluation de la capacité d'auto-gestion et du coping.

Les graphiques suivants illustrent ces différentes échelles ainsi que le nombre de programmes qui y ont recours parmi les 25 programmes décrits. On peut y ajouter l'échelle d'Epworth utilisée dans 1 étude (49). Les échelles les plus utilisées sont disponibles en Annexe n°3.

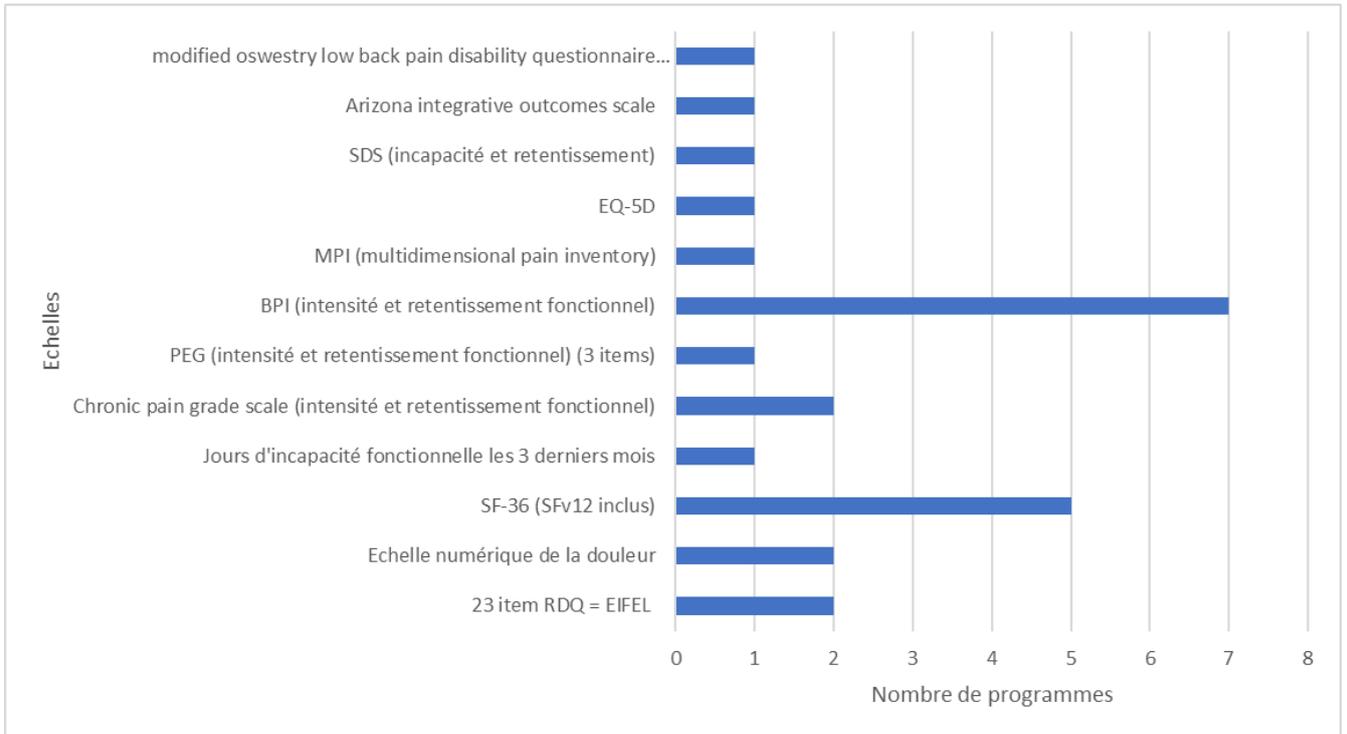


Figure 9 : nombre de programmes utilisant les différentes échelles d'évaluation du retentissement global de la douleur chronique sur la qualité de vie des patients (parmi les données disponibles)

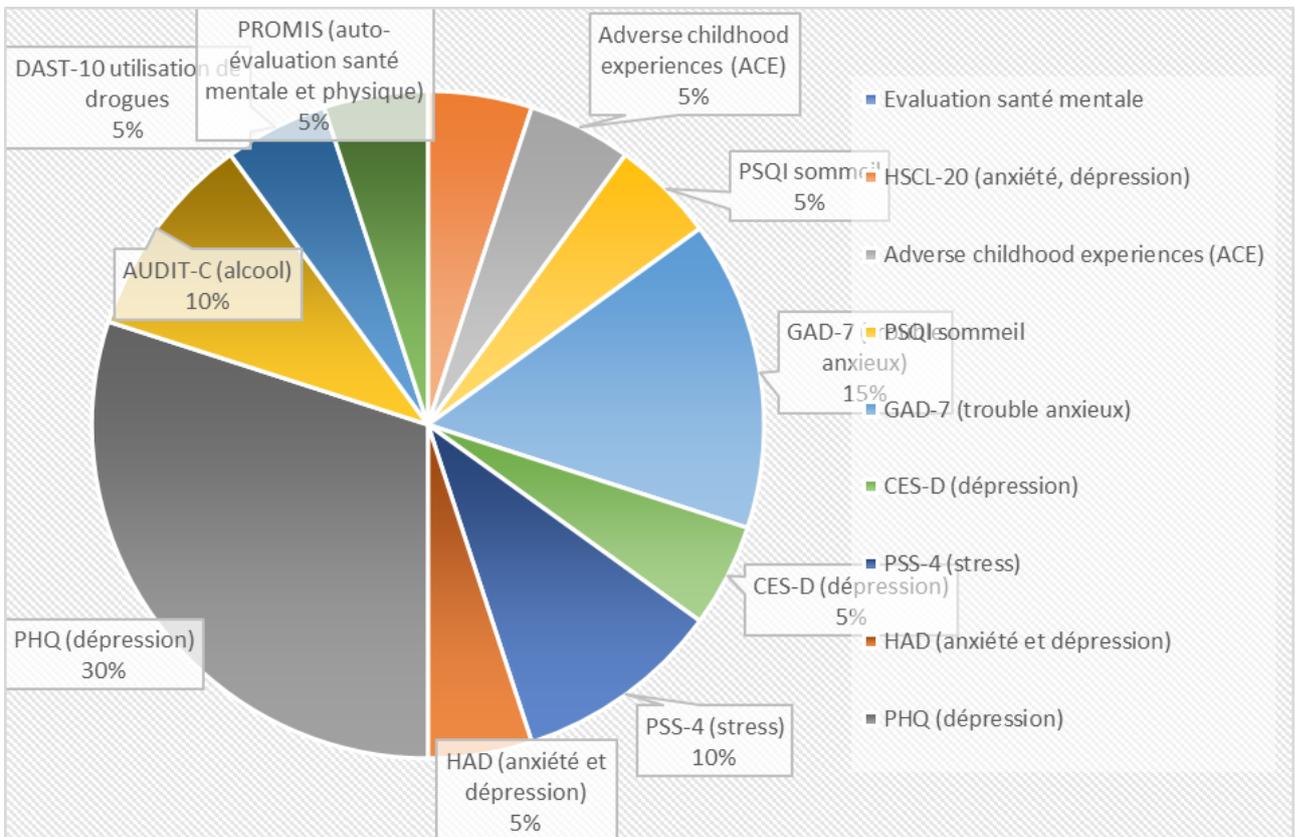


Figure 10 : pourcentage d'utilisation des différentes échelles d'évaluation de la santé mentale (parmi les données disponibles)

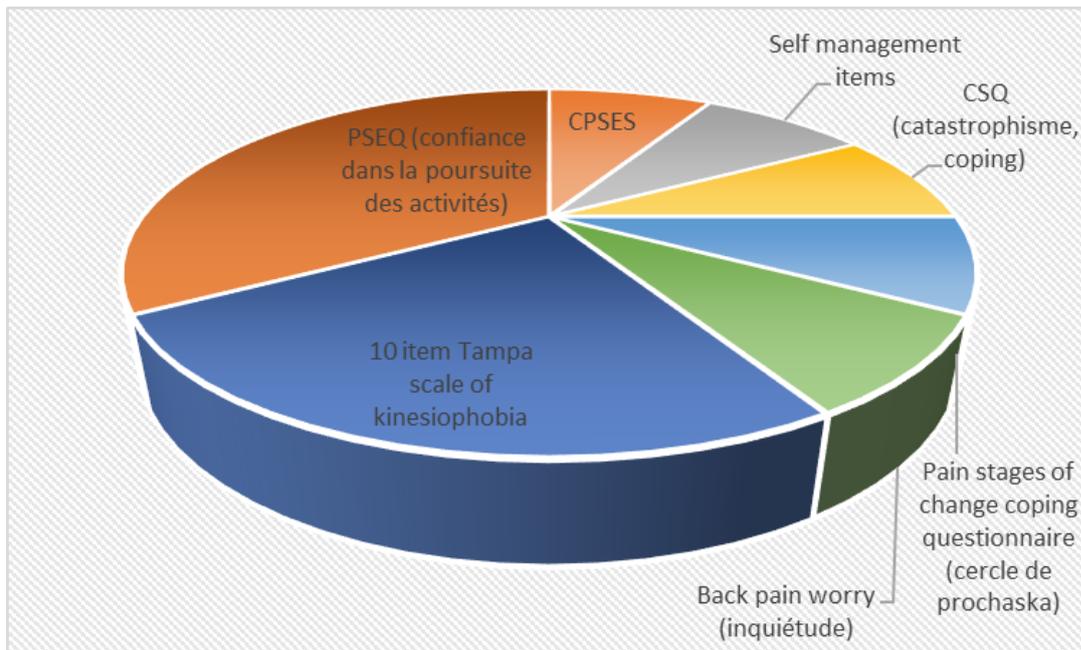


Figure 11 : pourcentage d'utilisation des différentes échelles d'évaluation de l'auto-gestion et de coping (parmi les données disponibles)

Certains programmes ont recours à des entretiens semi-dirigés en incluant des questions ouvertes ainsi que des échelles.

Par ailleurs, dans 4 des programmes, les professionnels posent des questions permettant d'aider à comprendre le retentissement de la douleur chronique, ainsi que les objectifs personnels du patient.

Une des évaluations comprend un examen physique par le médecin généraliste (44). Presque la moitié des études décrivent explicitement des questions à propos de l'histoire de la douleur et de l'historique des prises en charge.

Trois des entretiens initiaux (40,44,51) abordent d'ores-et-déjà l'éducation thérapeutique avec quelques notions à propos de la douleur chronique.

Il semblerait que la plupart des programmes effectuent une évaluation initiale individuelle. Il paraît primordial d'avoir une lecture complète du dossier médical et/ou de rechercher les comorbidités et traitements du patient, cependant certains articles ne le mentionnent pas de manière explicite.

#### 4. Professionnels participants

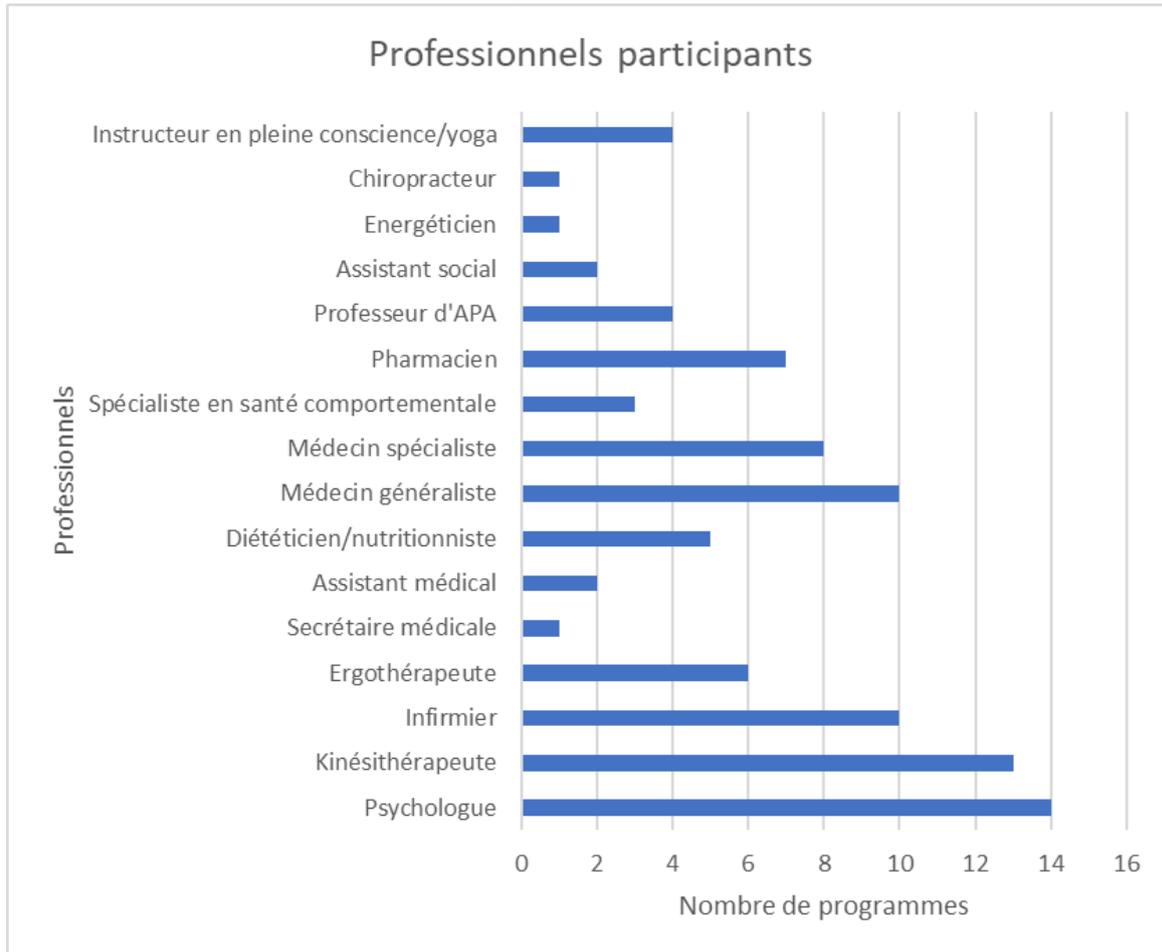


Figure 12 : répartition des différents professionnels participant aux programmes

Certains infirmiers ont des compétences spécifiques (douleur, santé mentale, éducation thérapeutique, infirmier en pratique avancée).

Les médecins spécialistes sont internistes, rhumatologues, rééducateurs, anesthésistes, spécialistes en douleur.

Dans plusieurs programmes des professionnels ne faisant pas partie de l'équipe de prise en charge pluridisciplinaire peuvent être invités en tant qu'intervenant ponctuel, c'est le cas dans 8 programmes sur 25.

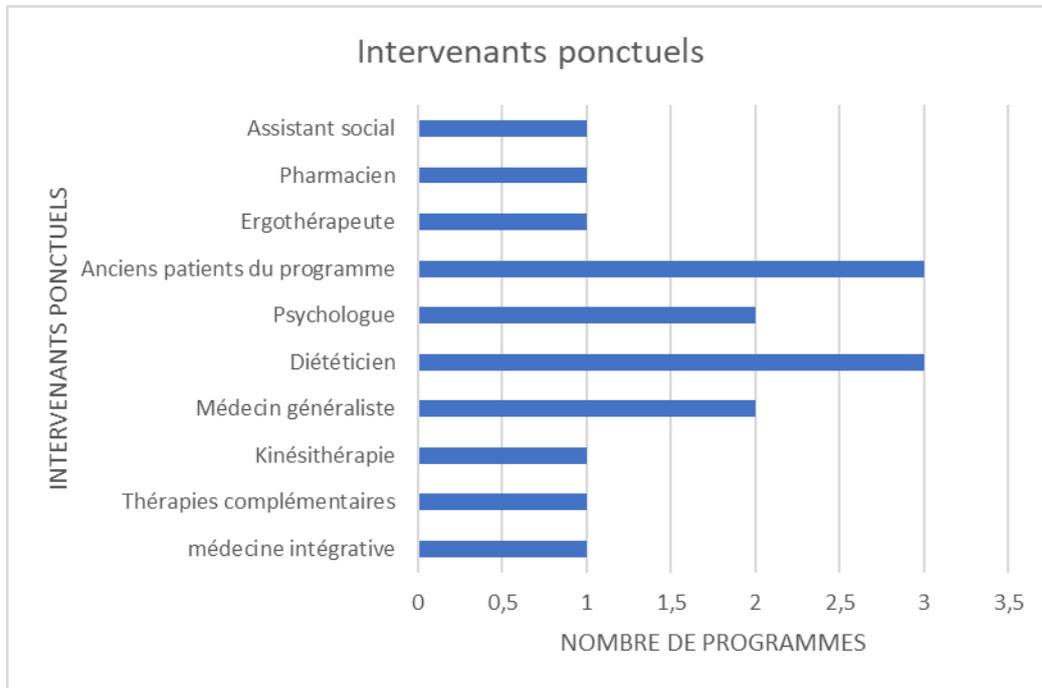


Figure 13 : répartition des différents intervenants ponctuels

## 5. Formation des professionnels

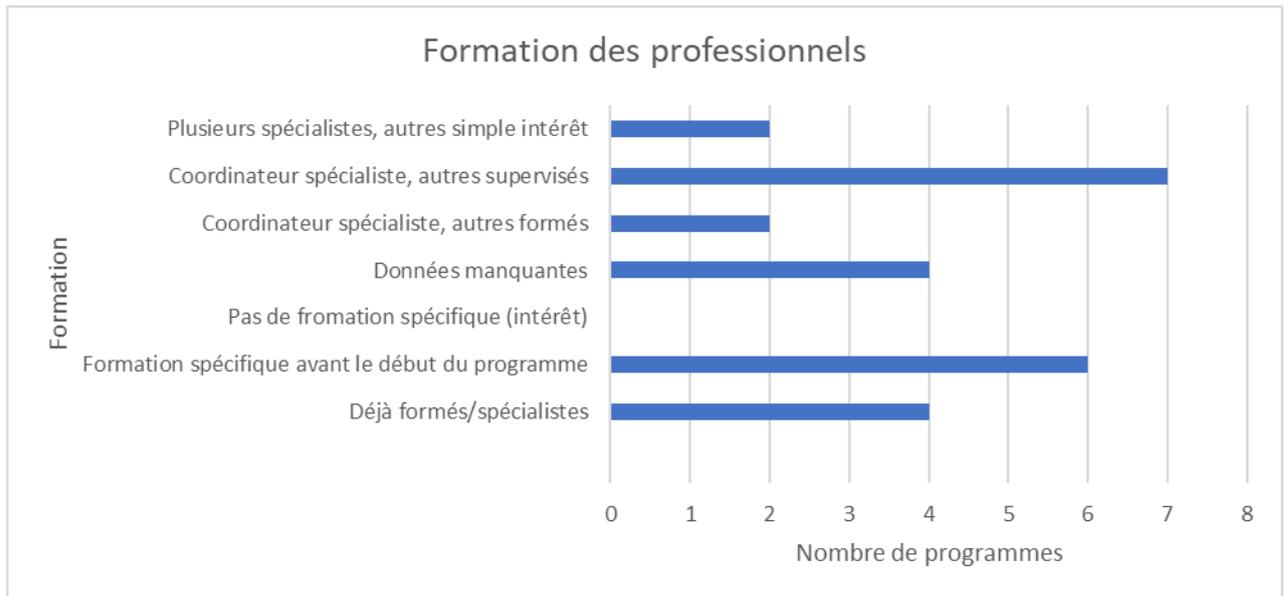


Figure 14 : mode de formation des professionnels

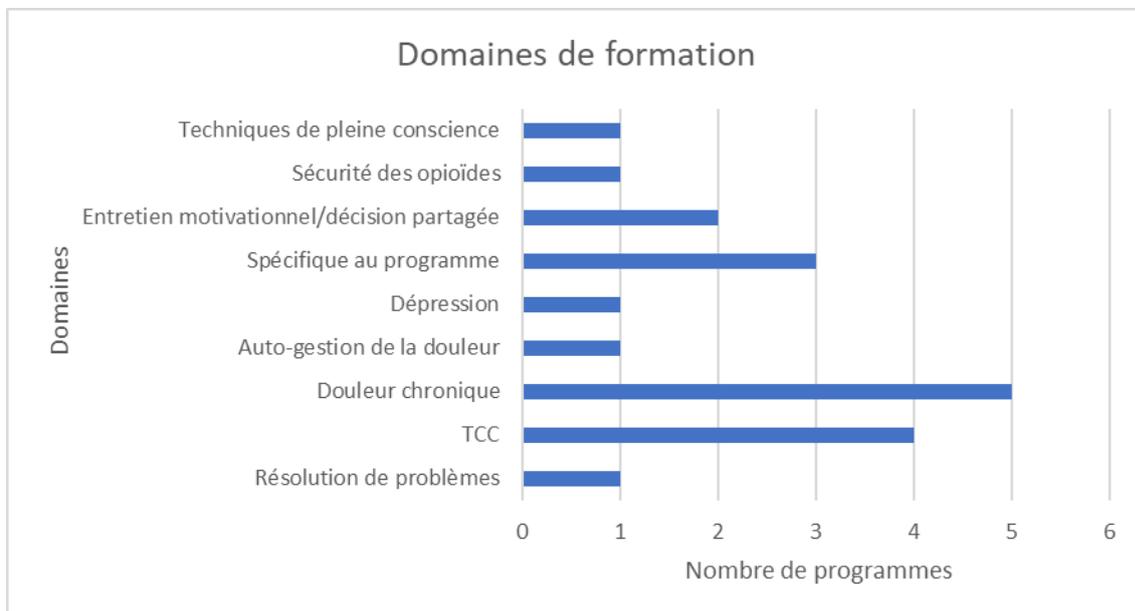


Figure 15 : répartition des domaines de formation des professionnels le cas échéant

Certains programmes fournissent un guide pour les professionnels (résumé du programme, guides de prescription, aide à la prise de décision...).

Concernant la formation à la douleur chronique, le modèle Mc Arthur depression education program (67) est utilisé dans un des programmes.

Pour la formation à la résolution de problèmes, un des programmes se base sur la méthode Hegel et collègues (66).

Le cas échéant, la durée de formation des professionnels varie entre 90 minutes et 4 mois. Parmi les 8 programmes formant des professionnels, la majorité d'entre eux soit 6 programmes ont une durée de formation de quelques jours (3 à 7 sessions environ).

## 6. Communication interprofessionnelle

Peu de données sont décrites en lien avec cette composante (14 programmes sur 25 avec données manquantes). Certains programmes (51,52,59,63) ne décrivent que la partie communication avec les professionnels de santé extérieurs au programme (médecin traitant), mais pas la partie au sein du groupe de prise en charge pluriprofessionnelle.

Plusieurs d'entre eux utilisent plusieurs moyens de communication interne.

D'autres intègrent une communication interne au programme mais aussi avec médecin traitant (cette dernière se fait par voie informatisée, téléphonique ou par courrier).

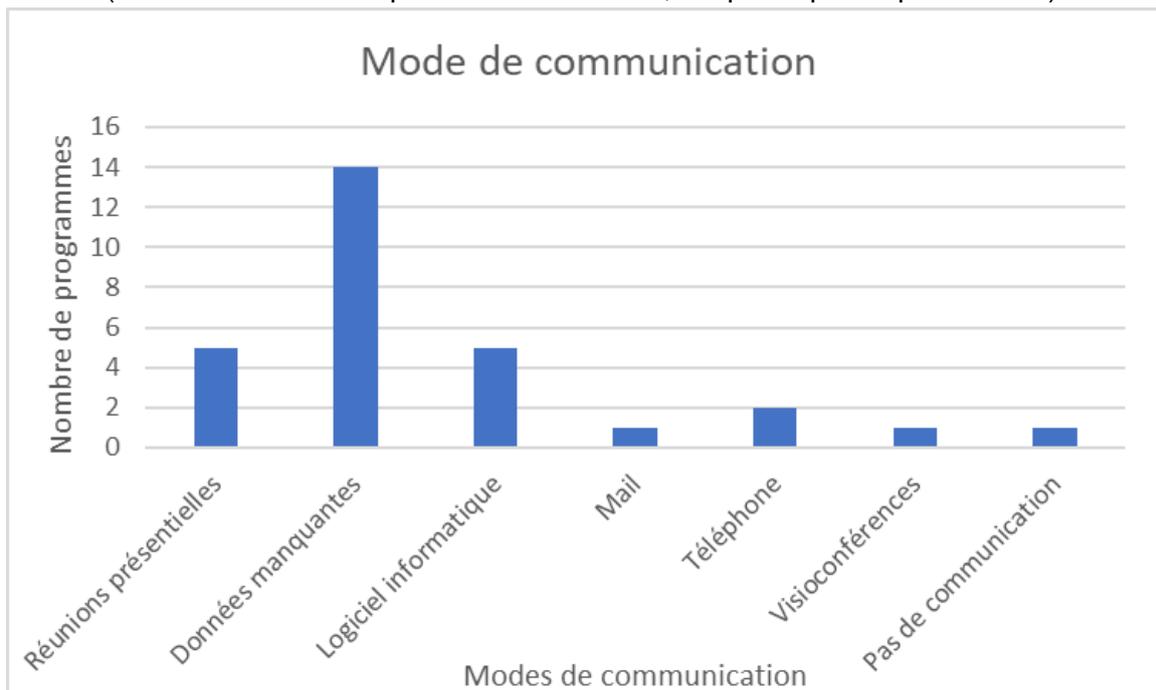


Figure 16 : utilisation des différents modes de communication au sein des équipes pluriprofessionnelles

La fréquence de communication est aussi peu décrite (seulement 3 études). Pour 2 d'entre elles, il s'agit de réunions hebdomadaires. La troisième étude parle de "rencontres régulières".

## 7. Thérapies complémentaires

La moitié des programmes proposent des thérapies complémentaires aux patients (13 programmes). Dans 3 autres études, ces thérapies ne sont pas incluses mais discutées ou bien encouragées. Le nombre de thérapies différentes proposées dans un programme varie entre 1 et 5.

La plupart de ces programmes encouragent des thérapies complémentaires basées sur des preuves. Par exemple, un programme Australien propose des guides aux patients afin d'aider à trouver un professionnel "sérieux" (Living well with persistent pain (63)).

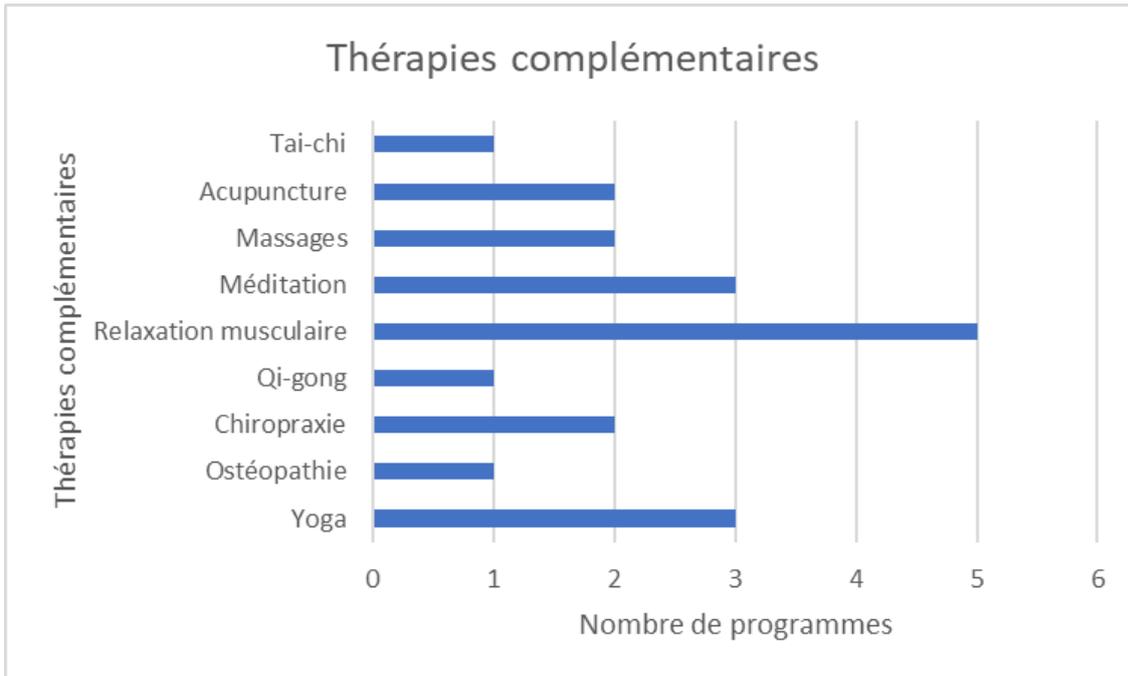


Figure 17 : thérapies complémentaires proposées

## 8. Éducation physiopathologique à la douleur chronique

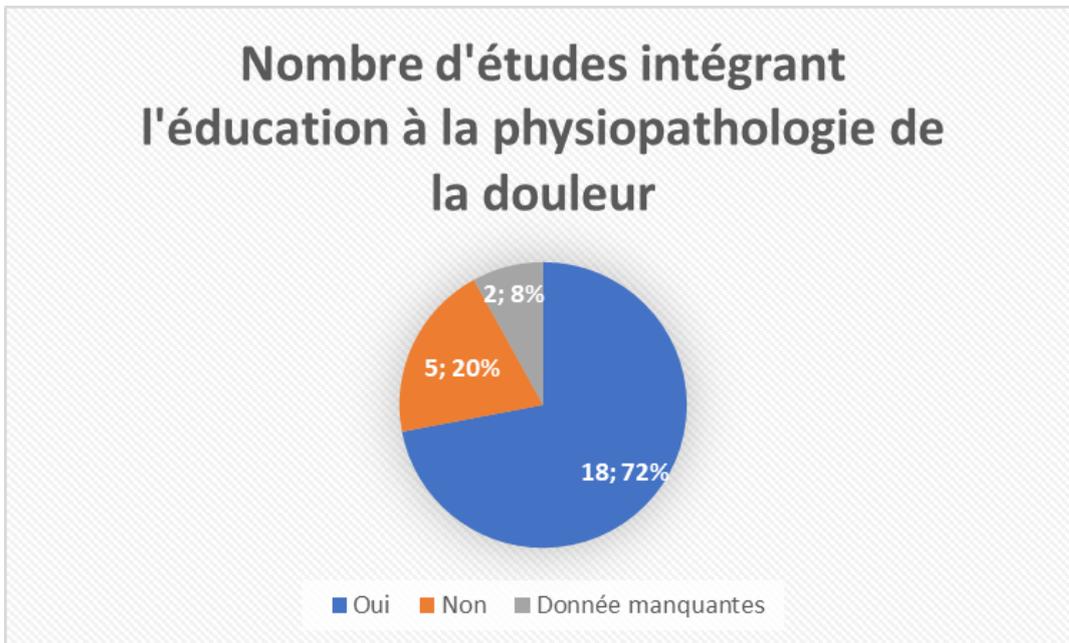


Figure 18 : programmes intégrant l'éducation physiopathologique à la douleur chronique

## 9. Durée et rythme du programme

La durée des programmes est très variable, elle est comprise entre 1 et 16 mois. La majorité d'entre eux durent entre 1 et 3 mois.

On peut distinguer 2 types de programmes :

- Des programmes plus courts mais plus intensifs, durant environ 3 mois, avec des rencontres hebdomadaires (parfois pluri-hebdomadaires pour les programmes les plus courts).
- Des programmes s'inscrivant dans la durée, environ 12 mois, avec des rencontres souvent mensuelles ou bi-mensuelles.

Certains programmes durent quelques semaines voire quelques mois en présentiel, avec des rencontres régulières (par exemple hebdomadaires), et sont poursuivis par des appels téléphoniques d'entretien. C'est le cas de la plupart des programmes de plus de 12 mois. Plus le programme est long, plus la fréquence des contacts est espacée.

Concernant la durée des rencontres, 11 programmes fournissent des informations à ce sujet. Les sessions varient entre 1h30 et 5h, avec une moyenne d'environ 2h30.

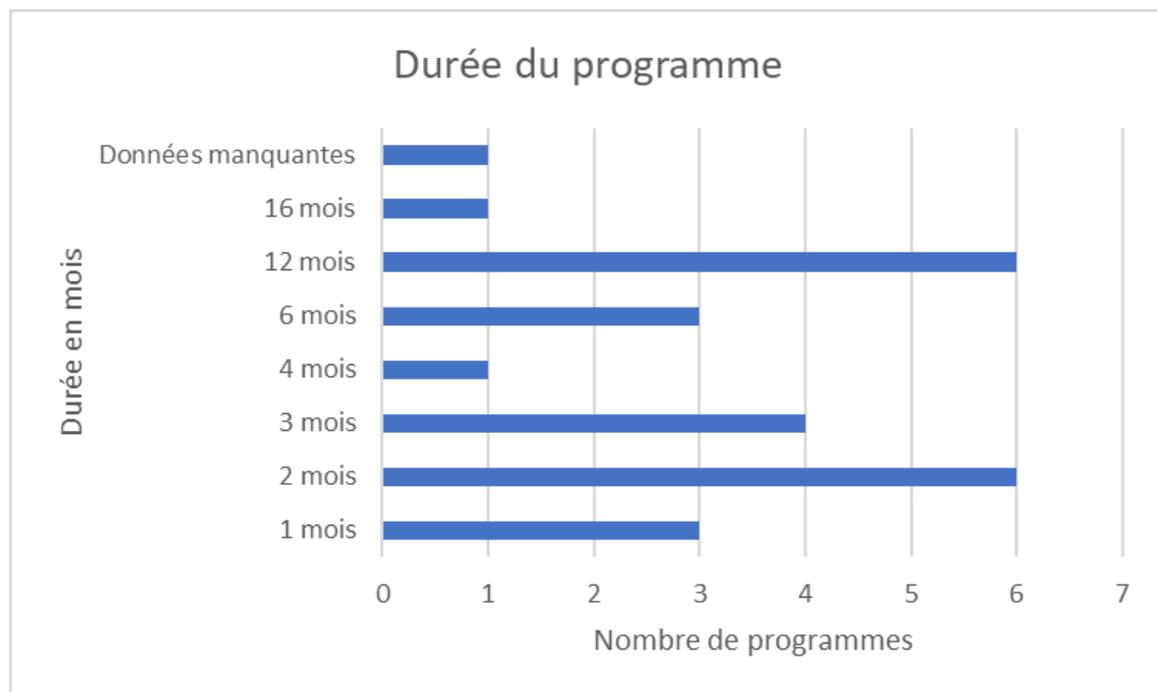


Figure 19 : répartition de la durée des différents programmes

## 10. Format du programme

La majorité des programmes sont présentiels, mais une partie d'entre eux sont mixtes, c'est-à-dire qu'ils contiennent des séances de groupe et dans l'intervalle des appels téléphoniques permettant des entretiens individuels.

Trois des programmes initialement en format présentiel ont été adaptés en distanciel pendant la crise du COVID-19.

Trois programmes sont entièrement réalisés en distanciel, 1 via un site internet (58)

fournissant contenus (vidéos d'éducation thérapeutiques, exercices...), 1 par contacts téléphoniques (39), et le dernier utilisant des appels téléphoniques d'un système automatisé interactif ou bien par internet avec si nécessaire déclenchement d'un contact avec un infirmier (47).

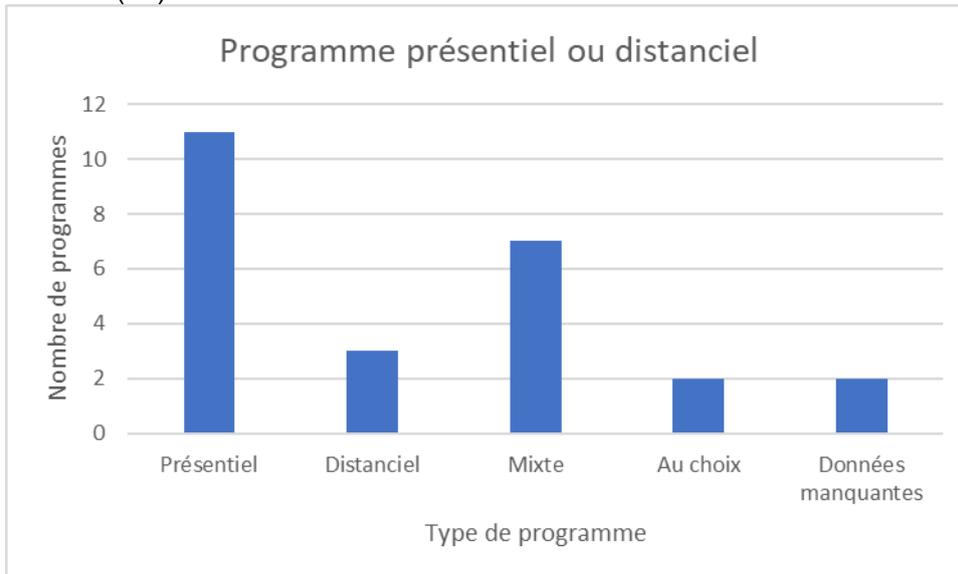


Figure 20 : représentation du format des programmes

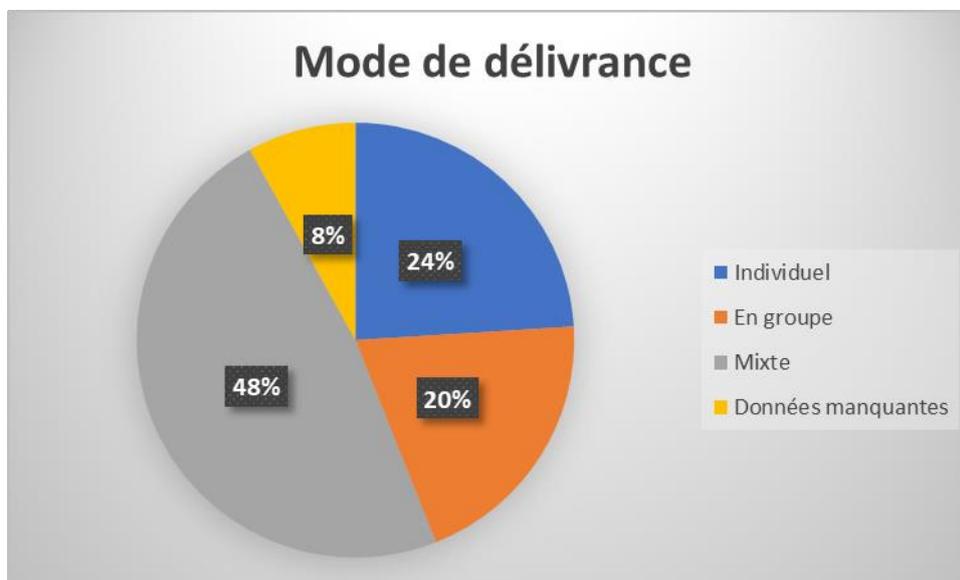


Figure 21 : répartition du mode de délivrance des différents programmes

Il en est de même concernant le format de groupe, presque la moitié des programmes sont mixtes avec des séances de groupe associées à des entretiens individuels.

Concernant le format de groupe, seules 6 études rapportent le nombre de patients par groupe. Les données vont de 6 à 20 personnes avec une majorité de groupes comprenant entre 8 et 12 patients.

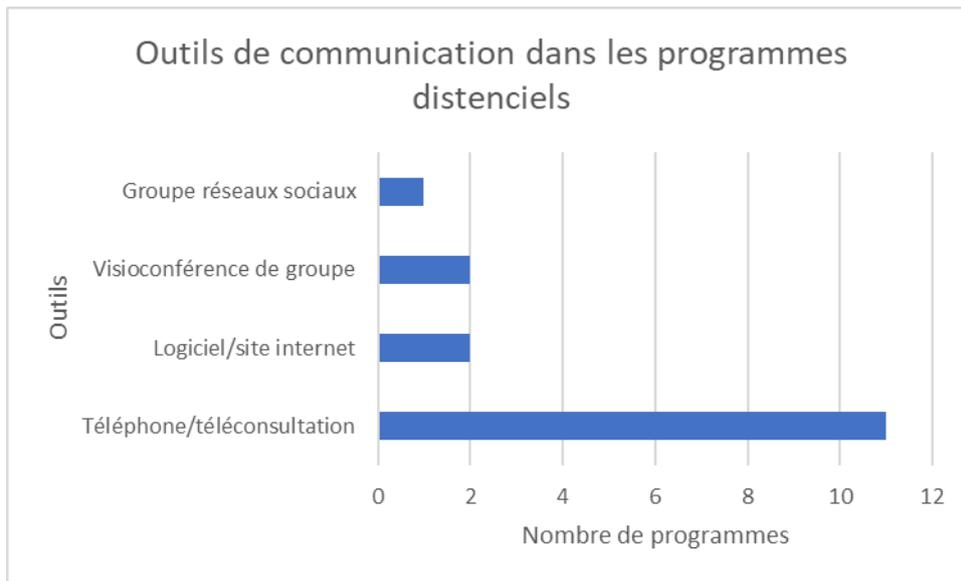


Figure 22 : représentation des outils de communication utilisés dans les programmes distanciels

## 11. Outils et supports

Dans un des programmes (59), afin d'éviter un biais de sélection, une tablette connectée par participant est prêtée.

De nombreux supports sont fournis aux participants dans la plupart des programmes. Ces derniers se présentent sous forme de documents écrits (brochures, classeur...), vidéos (contenu internet ou DVD), sites internet créés pour le programme, des podcasts.

Différentes thématiques sont abordées dans ces contenus additionnels, permettant de poursuivre le travail au domicile des participants entre les séances :

- Auto-gestion
- Education à propos de la douleur chronique
- Aide à l'acceptation de la douleur chronique
- Planificateur d'activités
- Hygiène du sommeil, alimentation
- Guides pour relaxation
- Exercices physiques
- Aide à la création d'un plan personnalisé de soins
- Plan d'action en cas de poussée douloureuse à remplir
- Aide à la résolution de problèmes

## 12. Coût

Concernant le coût, les informations fournies dans les articles sont rares et très hétérogènes. Seuls 7 programmes décrivent des données financières, et 1 programme donne une estimation de la somme qui a été économisée en réduisant les hospitalisations (économie de 78 936\$ sur l'année 2015-2016, programme "Turning pain into gain").

Un programme en distanciel (39) d'une durée de 6 mois estime un coût de 250 à 400\$ par patient.

Un autre programme (40) composé de 4 sessions de groupes suivi de 7 appels téléphoniques, associé à de diverses activités proposées, estime un coût direct et indirect (inclut la formation et la rémunération des professionnels, ainsi que le matériel) de 1192\$ par patient.

Concernant le financement, un programme (48) (USA) rapporte que les salaires des professionnels sont couverts par les assurances privées des patients.

De nombreux programmes en Australie donnent une estimation du coût total du programme, qui sont pour la plupart subventionnés par le gouvernement :

- Un programme (Persistent Pain Program (63)) en présentiel d'une durée de 12 mois estime le coût à 907563\$ pour 400 patients (soit après calcul environ 2200\$ par patient).
- Un autre programme ("Chronic Pain Management Service model" developed by Merri Health in Victoria (63)) rapporte bénéficier d'une subvention de 250000\$ par an pour financer le programme. (14 sessions de groupe en présentiel et possibilité de séances individuelles, sur 7 semaines). Le même chiffre est indiqué pour le programme "Living well with pain".
- Brief pain self-management program (BPSM) estime son coût à environ 11750\$, pour un programme de 2h/semaine pendant 6 semaines session de groupe présentielles d'environ 10 personnes (soit après calcul environ 1175\$ par patient).
- Le programme "Early Intervention Subacute Pain Program (Gold Coast PHN)" (63) a bénéficié d'une subvention de 60 000\$ pour le développement du programme ainsi que sa mise en œuvre.
- Le programme "Turning pain into gain" donne des données assez détaillées de coût (63), pour une évaluation initiale, 10 sessions d'éducation de 20 patients par groupe, 2 revues médicamenteuses et 2 séances avec kinésithérapeute (nécessite une inclusion de 200 patients sur 2 ans). Le calcul ne peut être plus précis en l'absence de certaines données, mais on peut estimer le coût minimal à plus de 17260\$ (pour rappel estimation d'une économie de 78 936\$ grâce à une réduction des hospitalisations).

La plupart des programmes sont sans avance de frais ni reste à charge pour les patients, à l'exception de 2 programmes (45). Dans un programme des frais supplémentaires peuvent s'ajouter (prise en charge diététique en option).

Certains programmes proposent une incitation financière pour les patients assidus, allant de 10 à 100\$, souvent en carte cadeau.

### **13. Contenus Thématiques abordées au cours du programme**

Les thèmes abordés au cours des programmes sont relativement homogènes et représentés par les catégories suivantes dans la quasi-totalité des programmes décrits (pour plus de précision, se référer à l'annexe N°3) :

- Kinésiophobie, importance de l'activité physique
- Méthodes de relaxation
- Pleine conscience
- Hygiène du sommeil et alimentation
- Techniques de résolution de problèmes
- Réagir face au stress
- Aide aux modifications comportementales, changer les habitudes
- Restructuration cognitive et régulation émotionnelle : gérer les émotions négatives, pensée positive
- Planification, fixer des objectifs
- Visualisation positive et techniques d'imagerie mentale
- Communication efficace
- Gestion des exacerbations

#### **C. Résultats des études et efficacité des programmes**

Bien qu'il ne s'agisse pas d'un objectif de notre revue de la littérature, il paraît important d'avoir une idée des résultats de ces programmes. D'une manière générale, les études décrivent une efficacité des programmes sur le plan fonctionnel. La plupart des essais randomisés versus groupe contrôle prise en charge standard montrent une différence significative sur leur critère de jugement principal qui est souvent une échelle de qualité de vie, mais aussi sur la capacité d'auto-gestion de la douleur, avec des résultats qui persistent dans le temps (jusqu'à 2 ans). Cependant, bien que statistiquement significative, l'amélioration paraît modeste au niveau clinique.

Lorsqu'elle a été évaluée, la satisfaction des patients est souvent très bonne.

Une étude aux USA (46) rapporte des résultats encourageants concernant la faisabilité du programme de groupe dans une population de patients à faibles revenus.

Une autre étude aux USA (48), chez des vétérans consommateurs d'opioïdes initialement réfractaires à l'intervention, a montré de bons résultats concernant la réduction de la douleur et la consommation médicamenteuse grâce aux thérapies complémentaires. A noter que cette étude présente un biais d'attrition majeur.

Les études rapportent peu de réduction de la consommation médicamenteuse, mais des prescriptions plus en accord avec les recommandations.

Concernant les programmes en distanciel, un programme (58) montre une différence significative sur l'impact fonctionnel des douleurs chroniques. Par ailleurs, les professionnels

rappellent un bon rapport coût efficacité ainsi qu'un gain de temps. A noter que les patients inclus dans cette étude ont un niveau d'éducation élevé et sont motivés pour le changement puisque volontaires.

Concernant le point de vue des équipes de soins primaires, une étude évaluant la faisabilité et l'acceptabilité d'un programme intégratif (54), rapporte une amélioration statistiquement significative de la satisfaction et de la confiance des professionnels dans leur prise en charge. Les patients rapportent aussi une satisfaction, et la majorité d'entre eux ont perçu une amélioration dans leur capacité d'auto-gestion de la douleur. A noter que ce programme exclut les patients traités par opioïdes.

Une étude (53) analysant la faisabilité d'une intervention permettant de développer un plan personnalisé de soins chez les patients douloureux chroniques, ainsi que la satisfaction des patients, met en évidence quelques obstacles :

- La construction d'un bon plan personnalisé de soins pouvait être compromise en cas d'âge avancé du patient, de troubles cognitifs ou psychiatriques invalidants
- Les thérapies complémentaires et autres prises en charges médicamenteuses n'étant pas intégrées au programme
- Les patients étaient limités à la marche en autonomie
- Il était parfois difficile pour les professionnels de trouver du temps en plus de leurs consultations
- Un psychologue en tant que coordinateur de soins peut être limité au niveau de la gestion des traitements

Un autre essai randomisé contrôlé (56) incluant des patients en Espagne avec épisode dépressif majeur et douleurs musculosquelettiques modérées à sévères ne montre pas de différence significative sur les objectifs principaux (dépression, sévérité de la douleur et interférence) entre la prise en charge collaborative et la prise en charge standard. Les auteurs rapportent que la faible intensité du programme a pu contribuer à ce résultat (9 sessions de groupe hebdomadaires de 2h, puis contact téléphonique mensuel puis tous les 2 mois pendant 1 an). Les patients ont peu adhéré à la psychoéducation, et les médecins aux recommandations de prise en charge médicamenteuse du logiciel (avec réticence à l'utilisation d'un nouvel outil informatique). Il est possible que l'intensité des symptômes de cette population de patients explique en partie ces résultats.

Un essai aux USA (59) (patients multi-ethniques à faibles revenus, en milieu urbain avec douleurs chroniques et syndrome dépressif) ne montrait pas de différence significative sur l'interférence de la douleur ni sur le niveau de dépression. Les auteurs rapportent une faible durée d'intervention (9 sessions hebdomadaires de 2h30 suivies d'une phase de maintien de 12 semaines avec accès aux outils en ligne), un faible échantillon (environ 75 patients dans le groupe intervention). Les patients les plus douloureux sont venus à peu de visites. Bien que l'on ne puisse pas conclure sur les critères de jugement secondaires, ces derniers sont encourageants puisqu'on observe une diminution d'utilisation des services d'urgence et des antidouleurs, ainsi qu'une meilleure santé mentale.

Une étude observationnelle prospective sur 35 patients aux USA, n'a pas montré d'amélioration fonctionnelle à la suite de deux interventions (multidisciplinaire ou chiropraxie). Il s'agit d'une intervention sur un très faible échantillon de patients. L'intervention est assez peu décrite.

De manière générale, il semblerait que les programmes en ambulatoire (soins primaires ou secondaires) soient moins efficaces (76) (77). Cependant, la comparaison est difficile à établir puisque ces programmes peuvent être efficaces chez ces patients à “pronostic intermédiaire” et répondent aux contraintes pouvant être imposées par une hospitalisation (coût, arrêt de travail, éloignement géographique, difficulté à transposer les éléments appris à la vie quotidienne...).

#### **IV. Discussion**

##### **A. Comparaison globale**

Dans une revue systématique de la littérature (68) est proposé un modèle minimal de composition d'un programme de prise en charge multidisciplinaire (mais hospitalier), comprenant une activité physique individuelle, un entraînement régulier aux techniques de relaxation, une thérapie de groupe animée par un psychologue (1h30 par semaine), 1 session d'éducation thérapeutique individuelle par semaine, 2 séances par semaine de kinésithérapie basée sur la TCC pour apprentissage des stratégies d'adaptation de rythme, ainsi que des séances d'éducation à la neurophysiologie par un médecin qualifié.

De façon générale, les fondements des programmes décrits dans ce travail de thèse reposent sur les bases du modèle britannique de la *British Pain Society*, les “pain management program” décrits par *Michel Morel Fatio* (12) pour qui la présence des 4 composantes suivantes est obligatoire :

- Un cadre médical (diagnostic et traitement médical partagé) ;
- Un cadre thérapeutique issu des thérapies cognitives et comportementales pratiquées par l'ensemble de l'équipe ;
- Un reconditionnement physique basé sur les principes de l'exposition graduée aux activités évitées (application des principes des thérapies comportementales et cognitives)
- Un programme d'éducation thérapeutique, cadre pédagogique partagé par l'équipe (autonomisation du patient).

Il y a une perte d'efficacité du pain management program si ces quatre éléments ne sont pas associés au sein d'un même programme, par une même équipe.

Ces recommandations sont issues d'un ensemble d'études assurant la validité et le niveau de preuve suffisant de ces programmes, afin de convaincre les financeurs qu'il s'agit du traitement le plus efficace et le plus efficient (rapport coût-efficacité) pour la prise en charge des patients douloureux chroniques.

Cependant, il semble que certains programmes décrits dans notre revue de littérature ne contiennent pas de “cadre médical”, tandis que la partie “reconditionnement physique” manque dans près de la moitié des études, et ce notamment dans certains programmes organisés en distanciel. Il peut en effet s'agir d'un frein à la partie activité physique, toutefois certains programmes en distanciel ont réussi à l'intégrer.

## **B. Comparaison avec les recommandations et la littérature**

### **1. Évaluation initiale**

Michel Morel Fatio (12) rapporte qu'afin d'améliorer l'adhésion au traitement par le biais du processus d'inclusion des patients, la consultation initiale doit être faite dans l'idéal par toute l'équipe du programme afin d'identifier au mieux la façon dont le programme peut répondre aux besoins et aux attentes du patient.

En 2023, la HAS a publié une note de cadrage concernant le parcours de santé d'une personne présentant une douleur chronique (11). Ces recommandations sont assez précises concernant l'évaluation initiale, on peut se référer à la "Grille de première évaluation d'un patient douloureux chronique en soins primaires" (en annexe N°1)

Il s'agit d'un entretien semi-dirigé à l'aide des questionnaires suivants :

- DN4 (douleur neuropathique)
- Questionnaire de Marshall (repérer les patients inactifs)
- QCD version courte (échelle de retentissement globale).

et selon la situation clinique :

- POMI (dépistage du mésusage des antalgiques opioïdes)
- HAD (évaluation santé mentale)

En comparaison avec notre revue de la littérature on peut repérer l'utilisation commune du QCD (qui est la version française du BPI), qui pour rappel était l'échelle de retentissement global la plus utilisée d'après notre analyse (devant le SF-36).

On retrouve aussi l'échelle HAD utilisée dans certaines études, cependant l'échelle la plus utilisée dans notre analyse concernant l'évaluation de la santé mentale était l'échelle PHQ.

Concernant le risque de mésusage des antalgiques opioïdes, il s'agit d'un élément que l'on retrouve dans la plupart des études, cependant, il n'est pas décrit comme faisant partie de l'évaluation initiale des patients mais plutôt comme un objectif principal ou secondaire à évaluer.

On peut noter que la HAS n'utilise pas d'échelle évaluant la capacité d'auto-gestion et le coping, alors que cet élément paraît central dans les PMP, et que ces échelles sont souvent utilisées d'après cette revue de la littérature. Bien que cette capacité d'auto-gestion n'est pas évaluée, la HAS (69) rapporte que le patient est responsable de certains aspects de son traitement (observance thérapeutique et changements dans le mode de vie) et qu'il doit en être informé, éduqué, motivé et accompagné.

D'autre part, il semblerait qu'un entretien semi-dirigé puisse être une option intégrative, permettant à la fois de recueillir des éléments objectifs (échelles) et subjectifs (ressenti du patient, objectifs, histoire de la maladie), afin d'apporter une prise en charge la plus personnalisée possible.

### **2. Professionnels participants**

Concernant la composition du groupe de professionnels, la British Pain Society (12) a défini la composition d'une équipe multidisciplinaire pour la réalisation d'un pain management program (cadre hospitalier) : médecin rééducateur formé aux TCC et à la prise en charge de

la douleur chronique, psychologue clinicien compétent en TCC, kinésithérapeute, ergothérapeute, infirmier.

Les résultats de notre analyse sont concordants avec ces données, puisque les 4 professionnels les plus représentés dans ces programmes sont les kinésithérapeutes, les psychologues, les infirmiers et les médecins (généraliste ou spécialiste). On retrouve quelques études avec la participation d'ergothérapeutes.

D'après la HAS (11), il pourrait être intéressant dans le cadre d'un exercice coordonné d'intégrer à l'équipe un infirmier Asalée à l'issue d'une formation spécifique sur la douleur chronique, qui pourrait avoir plusieurs rôles à la demande du médecin traitant : être le pilote référent du parcours douleur, participer à la première évaluation (aide au remplissage de l'auto-questionnaire), participer aux programmes d'éducation thérapeutique.

### **3. Formation des professionnels**

Une étude réalisée aux Etats-Unis (70) concernant la gestion intégrative des douleurs chroniques, montre que les soignants de soins primaires ont besoin d'améliorer leurs compétences et connaissances concernant la prise en charge de la douleur chronique. De plus, les médecins de soins primaires rapportent un manque de confiance en eux dans ce type de prise en charge.

Afin d'améliorer la confiance et l'auto-efficacité des soignants dans la prise en charge de la douleur chronique, il serait nécessaire de fournir des ressources éducatives et d'appui (49). En Ecosse, d'après la fiche parcours HAS (11), un guide est fourni aux médecins afin d'aider à la prise en charge des patients douloureux chroniques portant sur plusieurs domaines : évaluation, autogestion, thérapies pharmacologiques, interventions basées sur la psychologie, thérapies physiques, thérapies complémentaires.

La fiche parcours précise aussi que l'acquisition de ces compétences additionnelles en prise en charge de la douleur chronique peuvent passer par une supervision venant des SDC, notamment via développement de la e-santé et le e-learning.

Au sein de notre analyse, nous retrouvons des données concordantes puisque dans la plupart des programmes, les professionnels bénéficient d'une formation spécifique avant le début du programme, ou a minima d'une supervision par un professionnel spécialisé dans la douleur chronique.

Parmi les domaines dans lesquels les professionnels sont formés dans notre analyse, nous retrouvons naturellement la douleur chronique mais aussi la TCC, ce qui concorde avec les recommandations de la British Pain Society (12) citées dans le paragraphe 5 (voir plus haut).

Par ailleurs, d'après les analyses de la HAS sur la prise en charge de la douleur chronique (69) à l'étranger, la VHA souligne qu'il est important de former tous les membres au travail en équipe.

#### **4. Communication interprofessionnelle**

D'après la fiche parcours de la HAS (69), le modèle interdisciplinaire est considéré comme optimal dans les cliniques multidisciplinaires de la douleur, mais il est aussi recommandé par l'IASP. Ce travail en équipe nécessite une unité de pratique, de temps et de lieu, avec notamment l'organisation de réunions de concertation pluridisciplinaires et pluriprofessionnelles. Par ailleurs, le dossier de soin doit être commun et les échanges au sein de l'équipe continus.

Parmi les données disponibles (11 études), les résultats de notre analyse montrent que la moitié des études organisent des réunions de concertation. Le logiciel informatique est aussi une voie de communication privilégiée.

#### **5. Thérapies complémentaires**

D'après la fiche parcours de la HAS (69), une revue des recommandations de la prise en charge de la douleur chronique à l'international, un certain nombre de pays intègrent les thérapies complémentaires dans leur prise en charge. C'est par exemple le cas dans le modèle de la VHA (SUA : acupuncture, relaxation et méditation), du SIGN (Ecosse : acupuncture, méditation, pas de preuve suffisante pour d'autres thérapies). Par ailleurs, le SIGN recommande au patient de s'assurer que le praticien est membre d'un organisme professionnel agréé et de s'informer auprès du médecin généraliste des thérapies complémentaires qu'il peut proposer.

Ces données sont plutôt concordantes avec notre revue de la littérature puisque les études montrent que les thérapies complémentaires les plus proposées sont la relaxation musculaire et la méditation.

D'autre part, dans les 50 recommandations de la SFETD pour la prise en charge de la douleur chronique, il est recommandé d'utiliser en SCD exclusivement les thérapies complémentaires ayant un niveau de preuve scientifique suffisant et validées par l'académie nationale de médecine et/ou par un groupe d'experts pluriprofessionnels et pluridisciplinaires. Pour rappel, l'Académie Nationale de médecine a publié un rapport sur l'acupuncture, l'hypnose, l'ostéopathie et le tai-chi en 2013 (32).

#### **6. Éducation physiopathologique à la douleur chronique**

En ce qui concerne l'éducation thérapeutique et les explications physiopathologiques, les données restent contradictoires. En effet, certaines études n'ont pas démontré leur efficacité dans la réduction de l'inquiétude ou bien du statut fonctionnel, lorsqu'elles sont délivrées de façon brève (Cherkin et al. 1996, Little et al, 2001).

D'après Michel Morel Fatio (12), l'éducation à la physiopathologie et à la psychologie de la douleur doit faire partie du programme d'éducation thérapeutique. La compréhension des mécanismes de la douleur chronique permet au patient de donner du sens à l'expérience douloureuse sévère malgré l'absence de lésion tissulaire, ce qui va minimiser la kinésiophobie. Il paraît notamment important d'expliquer le rôle de la sensibilisation centrale et de la diminution des messages inhibiteurs descendants (71). Il est rapporté que cet enseignement doit être dispensé par tous les membres de l'équipe en fonction de leurs compétences. Le mode de délivrance de l'information doit de préférence donner la possibilité d'interagir.

Les thèmes suggérés sont :

- L'anatomie et la physiologie de la douleur, différence douleur aiguë/persistante
- Psychologie de la douleur, la peur et l'évitement, stress, dépression
- L'importance de l'exercice physique
- Avantages et inconvénients des traitements médicamenteux
- Autogestion des crises

Une revue systématique de la littérature (72) démontre l'efficacité de la neuroéducation dans les douleurs chroniques musculo-squelettiques, en améliorant les niveaux de douleur, la connaissance de la douleur, l'incapacité, la catastrophisation, la kinésiophobie, l'activité physique et l'utilisation du système de soins. La plupart du temps, ce sont des kinésithérapeutes qui délivrent l'information. Dans une des études sont utilisés des livrets. La plupart des études rapportent des sessions individuelles, mais aussi des formats de groupe dans d'autres études. De nombreux supports sont utilisés (PowerPoint, dessins, livres).

Cependant, il paraît important d'intégrer une partie "individuelle" dans ces sessions d'éducation de groupe. En effet, d'après une étude qualitative réalisée en Angleterre (73) à propos des programmes d'éducation à la neurophysiologie de la douleur, ces informations ne sont pas pertinentes pour tous les patients. Il paraît aussi important d'intégrer un temps de questions-réponses plus ou moins individuel en fin de session, afin que chaque patient puisse faire la transposition à son état de santé.

D'après la HAS (69), le patient douloureux chronique doit recevoir un enseignement sur la douleur.

Ces données coïncident avec notre analyse qui montre que 72% des programmes intègrent une partie éducation à la physiopathologie de la douleur chronique.

En 2017, une équipe pluriprofessionnelle mixte formée à l'ETP (hospitalière et de soins primaires) de l'arc Alpin a publié un outil "Kit KAD (kit pour accompagner la douleur)" (74) afin de pouvoir aider les professionnels de santé à proposer un outil éducatif à destination des patients douloureux chroniques.

Les thématiques de cet outil portent sur :

- la compréhension des mécanismes physiopathologiques de la douleur ;
- la gestion des traitements au regard des activités de la vie quotidienne ;
- les interrogations sur les traitements non médicamenteux ;
- la gestion des activités quotidiennes malgré la douleur.

Ces 4 séances éducatives (descriptif détaillé en annexe N°1) doivent être menées par professionnels formés à l'ETP en collectif ou en individuel. Un livret animateur et un livret patient sont fournis.

## **7. Durée et rythme du programme**

D'après Michel Morel Fatio (12), plus le programme est intense et prolongé, plus il a d'effet sur le changement de comportement vis-à-vis de la douleur. Cependant, il pourrait être intéressant de s'intéresser à l'adhésion des patients à un programme prolongé. De plus ce programme doit être adaptable en soins primaires, de ce fait, il est difficile de réaliser un

programme intense. Par ailleurs, en ce qui concerne l'adhésion, le taux d'abandon des PMP se situe aux environs des 9%.

La British Pain Society recommande un programme de minimum 12 demi-journées, soit 36h, sans préciser sur quelle durée.

En effet, le 3e programme analysé (40) constitué de 4 sessions sur 4 mois, montre des résultats modestes, posant la question de la nécessité d'une intervention plus intensive.

Notre analyse montre des données plutôt concordantes, puisque la plupart des programmes ont une durée supérieure à 2 mois avec des rencontres hebdomadaires (soit environ 8 à 12 rencontres de 2h30, ce qui correspondrait à environ 20 à 30h).

De plus, il faut rappeler que les professionnels de santé de soins primaires sont en majorité libéraux, et ont donc une activité principale de consultation. Il est donc difficile de faire un programme intense et condensé.

Il pourrait être pertinent d'effectuer des recherches supplémentaires afin de déterminer si un programme plus long est associé à un taux d'attrition plus important.

## **8. Format du programme**

D'après Michel Morel Fatio (12) l'organisation en format de groupe permet de normaliser l'expérience de la douleur, le partage entre membres ainsi que la réduction des coûts.

La taille du groupe doit se situer entre 8 et 12 participants, la plupart des études analysées concordent avec ce critère (bien qu'il existe un manque de données), seules 2 études rapportent des groupes jusqu'à 20 personnes.

Presque la moitié des programmes inclus dans notre analyse sont mixtes (c'est-à-dire en individuel et en groupe).

Concernant la télémédecine, une étude citée par la HAS (McGeary et al, 2012), suggère que l'éducation à gérer sa douleur présente la même efficacité qu'elle soit prodiguée en personne, par téléphone ou par un programme télévisé. Cependant, certaines études viennent contredire ces données (Curell et al, 2000).

On peut en déduire que l'ajout de programmes internet en complément de la prise en charge classique en face-à-face pourrait améliorer les résultats obtenus.

De plus, la télémédecine pourrait lever un frein à la participation des patients rencontrant des problèmes de mobilité.

Il est possible que pour favoriser l'adhésion, il y aurait nécessité d'augmenter les contacts cliniques (75).

## 9. Outils et supports

D'après la fiche parcours de la HAS (69), la VHA propose des informations et des vidéos pour les patients, en ligne. C'est aussi le cas en Australie.

L'Ecosse a mis en place un guide de vulgarisation à destination des patients et de leurs proches, dans le but d'encourager une participation active dans leur prise en charge.

### C. Forces et limites

A notre connaissance, il s'agit de la seule revue narrative de la littérature concernant des prises en charge pluriprofessionnelles de la douleur chronique en soins primaires.

Malgré l'existence de données manquantes, les données de 25 programmes, délivrés dans 5 pays différents, ont pu être analysées.

Bien qu'il s'agisse d'une revue narrative de la littérature, les études ont bénéficié d'une lecture critique résumée dans un tableau permettant de se faire une idée globale de leur niveau de preuve.

La principale force de ce travail est qu'il propose une synthèse des programmes de prise en charge, ainsi que leur description détaillée, pouvant fournir à des équipes de professionnels de santé à la fois les fondations, mais aussi des idées concrètes, afin de pouvoir mettre en place ce type de programme (par exemple au sein d'une maison de santé pluriprofessionnelle).

Une limite de ce travail de thèse est que les articles sélectionnés ont été sélectionnés, décrits et analysés par un unique investigateur. Cependant ils ont tous bénéficié d'une relecture afin de s'assurer d'une bonne compréhension, avec une attention particulière aux articles en anglais.

D'autre part, la majorité des programmes analysés proviennent des Etats-Unis. Or, il est possible que certains aspects des programmes ne soient pas transposables en France en raison de systèmes de santé et de populations pouvant différer.

On note aussi que certaines des études ont exclu les patients souffrant de fibromyalgie (40) (56), ou bien ayant une consommation d'alcool excessive et chronique (56) (58). Or, ces patients représentent une part importante des patients souffrant de douleur chronique, il paraît important de leur rendre accessible ce type de programme de prise en charge.

Il paraît pertinent d'effectuer des recherches complémentaires concernant la population à inclure. En effet, on pourrait penser qu'une plus longue durée d'évolution de la douleur pourrait donner de moins bons résultats dans la gestion de la douleur. Cependant, une étude menée en Australie (78) suggère qu'un bon contrôle de la douleur était associé à une plus longue durée d'évolution de cette dernière (dans le cadre d'une prise en charge standard).

Notre revue ne comprend pas de programme réalisé en France, en raison de l'absence d'articles publiés. Ce type de programme existe probablement au sein de structures de soins primaires sur le territoire Français.

En effet, une thèse soutenue en 2023 présente un état des lieux sur la prise en charge pluridisciplinaire et coordonnée des patients douloureux chroniques en soins primaires dans les maisons de santé pluriprofessionnelles en Occitanie (79). Cette étude met en évidence que les MSP pourraient avoir les ressources nécessaires en alternative aux SDC au vu des difficultés d'accès à ces dernières. Cependant, il semblerait que la prise en charge est à ce jour encore peu coordonnée et peu protocolisée.

Il pourrait être intéressant de compléter notre revue de la littérature ainsi que la thèse citée ci-dessus par une étude qualitative visant à décrire les programmes de prise en charge pluriprofessionnelle au sein de ces MSP en France, puisque ces données ne sont pas publiées dans la littérature.

#### **D. Exemple de modèle de programme de prise en charge pluriprofessionnelle de patients douloureux chroniques en soins primaires**

Issu d'une réflexion personnelle, combinant les arguments de fréquence, de faisabilité et de concordance avec les recommandations des sociétés savantes, le modèle suivant peut-être proposé, puis adapté en vue d'une prise en charge centrée patient :

- Une évaluation initiale pluriprofessionnelle (au moins 2 professionnels) en plusieurs temps :
  - Un entretien semi-dirigé, reprenant l'histoire de la douleur chronique du patient, le questionnant sur ses objectifs et attentes
  - Auto-questionnaires
  - Cet entretien peut être réalisé sur 2 consultations si nécessaire
  - Cette évaluation peut se baser sur la grille proposée par la HAS en annexe N°2.
  - Une introduction à la prise en charge de la douleur chronique peut être faite, en expliquant l'importance de la pluriprofessionnalité (par exemple avec la vidéo YouTube "A Car With Four Flat Tires" de The American Chronic Pain Association) ainsi que l'auto-gestion.
  
- L'équipe pluriprofessionnelle doit inclure au minimum : un médecin, un psychologue, un kinésithérapeute et un infirmier (IPA ou Asalée). Une collaboration avec le pharmacien, un professeur d'activité physique adaptée, un assistant social et un diététicien est souhaitable. La composition groupe d'intervenants peut être modulée en fonction du type de population de patients. Cette collaboration peut se faire en tant qu'intervenant ponctuel ou bien que membre participant au programme.
- Concernant la formation des professionnels, elle peut se faire en amont du début du programme (3 à 7 sessions), ou bien en parallèle, et dans ce second cas, il est important d'avoir un membre de l'équipe "leader", spécialiste ou formé en douleur chronique, afin de pouvoir former ou superviser les autres membres. Des guides peuvent être fournis à l'ensemble de l'équipe. Les formations peuvent se faire en partenariat avec les SDC. Les domaines de formation doivent au minimum concerner la douleur chronique ainsi que la TCC.
- Concernant la communication au sein de l'équipe, des réunions de concertation pluri professionnelles doivent être organisées et la communication peut se faire aussi via le dossier de soins partagé informatisé.
- Des thérapies complémentaires peuvent être proposées, notamment des thérapies basées sur les preuves telles que le yoga, l'ostéopathie, le tai-chi, l'acupuncture. Ces activités peuvent être proposées par des intervenants ponctuels si nécessaire.
- Une éducation à la neurophysiologie de la douleur peut être délivrée, sous réserve que l'évaluation initiale confirme que le patient est prêt à recevoir ces informations. Ces informations peuvent être délivrées en séance de groupe ou séances individuelles si nécessaire. L'outil Kit KAD (Annexe N°1) peut servir de guide.
- Concernant la durée du programme, elle peut être d'environ 3 mois, avec des rencontres hebdomadaires d'environ 2,5h (environ 30h).
- Le format de groupe peut être utilisé avec des entretiens téléphoniques ou présentiels individuels afin de faire le point sur les objectifs atteints, et rester sur une prise en

charge individualisée. Ce format présentiel peut être complété par un site internet ressource ou bien par d'autres supports (DVD, podcast...) afin d'encourager à poursuivre le travail à domicile et dans la vie réelle.

- Les thématiques pouvant être abordées sont les suivantes :
  - Kinésiophobie, importance de l'activité physique
  - Méthodes de relaxation
  - Pleine conscience
  - Hygiène du sommeil et alimentation
  - Techniques de résolution de problèmes
  - Réagir face au stress
  - Aide aux modifications comportementales, changer les habitudes
  - Restructuration cognitive et régulation émotionnelle : gérer les émotions négatives, pensée positive
  - Planification, fixer des objectifs
  - Visualisation positive et techniques d'imagerie mentale
  - Communication efficace
  - Gestion des exacerbations

## V. **Conclusion**

Mettre en place un programme de prise en charge pluriprofessionnelle de patients douloureux chroniques en soins primaires pourrait améliorer la qualité de vie de ces patients, en ayant des soins de proximité au sein de leur environnement de soins primaires.

D'après Michel Morel Fatio, on peut identifier 3 niveaux de gravité pronostique, qui définissent le niveau d'intensité de prise en charge :

- les « patients bons pronostics » pouvant relever d'une prise en charge "standard" hors programme pluridisciplinaire
- les « pronostics intermédiaires » pouvant bénéficier de programmes d'intensité "légère"
- les « mauvais pronostics » nécessitent des programmes intensifs, notamment en hospitalisation.

Il semblerait que les programmes de prise en charge pluridisciplinaire en soins primaires devraient cibler les patients de "pronostic intermédiaire".

Il est important aussi d'adresser le patient dans un PMP au bon moment, c'est-à-dire lorsque le patient se trouve dans une phase de motivation et de volonté de changement des habitudes de vie, avec des défis physiques et psychologiques (71).

## VI. Annexe n°1: outil KIT-KAD (kit pour accompagner la douleur)

« **je comprends ma douleur et j'en suis l'expert** » ; objectifs de la séance : définir la douleur ; différencier douleur aiguë et douleur chronique ; repérer différentes dimensions de l'expérience douloureuse ; explorer des alternatives possibles pour améliorer le vécu de la douleur ; outils pédagogiques. Étiquettes avec les caractéristiques de la douleur aiguë et de la douleur chronique ; déroulé de la séance. Rechercher la définition de la douleur et les différences entre douleur aiguë et douleur chronique. Repérer les liens entre sensations douloureuses, « pensées automatiques » et émotions. Rechercher des alternatives possibles ; message clé. Il est possible d'améliorer le vécu de la douleur en faisant différemment, autrement ;

- « **je comprends mieux mon ordonnance et j'adapte mon traitement** » ; objectifs de la séance : explorer les représentations du patient par rapport aux médicaments antalgiques ; échanger sur la compréhension de l'ordonnance (craintes, représentations...) ; améliorer les connaissances des médicaments ; favoriser une gestion adaptée des traitements ; outils pédagogiques. Liste des médicaments antalgiques (pour constituer un lot de boîtes de médicaments), ordonnances des patients à demander et étiquettes de classes de médicaments ; déroulé de la séance. Repérer les familles de médicaments (les antalgiques et les médicaments à « visée antalgique »), les associations possibles entre dénomination commune internationale (DCI) et les génériques. Lecture des notices et repérage des effets secondaires. Travail sur les dosages, le rythme des prises et les délais d'action (formes à libération prolongée [LP] et à libération instantanée [LI]). Comment bien prendre son traitement ; message clé. Pour chaque personne, le bon antalgique est celui qui soulage le mieux avec le moins d'effets secondaires. Les médicaments pris à bon escient permettent un meilleur contrôle de la douleur. Ne pas attendre que la douleur soit insupportable pour prendre son traitement antalgique. Respecter les doses et les intervalles entre les prises ;

- « **que penser des approches non médicamenteuses pour faire face à ma douleur ?** » ; objectifs de la séance : aborder avec le patient les thérapeutiques non médicamenteuses les plus fréquemment citées ; entendre la parole du patient ; informer et sécuriser l'utilisation des techniques non médicamenteuses que le patient utilise, souhaite utiliser ou auxquelles il pourrait être confronté (choix éclairé) ; outils pédagogiques. Quarante-quatre cartes descriptives des techniques non médicamenteuses précisant le caractère licite ou illicite de la technique, validé ou non, l'avis des professionnels de santé et le cas échéant quel type de professionnel a le droit de la pratiquer ; déroulé de la séance. Choix d'une technique non médicamenteuse. Discuter de ce que les patients savent à son sujet. Échange sur les connaissances actuelles et la validation ou non de la technique présentée ; message clé. Il existe des techniques non médicamenteuses pour mieux vivre ou soulager sa douleur, mais il est important d'en valider la pertinence ainsi que l'intégrité des professionnels qui les dispensent, pour éviter les éventuelles dérives ;

- « **comment moduler ma douleur et mes activités ?** » ; objectifs de la séance : favoriser la prise de conscience du patient sur la variation de la douleur en fonction de différents facteurs ; savoir repérer les situations qui modulent la douleur, mobiliser les idées du patient par rapport à son vécu ; faire découvrir au patient ses capacités d'adaptation (savoir devenir) après un parcours de soins ; outils pédagogiques. Cartes recto verso reprenant des affirmations sur l'impact de la douleur, photos ; déroulement de la séance. Identification des

facteurs favorisant et des facteurs soulageant la douleur à partir de photos. Trouver des solutions nouvelles, stratégie d'adaptation. À partir d'affirmation « choc », discuter des modulations possibles ; message clé. Chacun possède des ressources et des capacités d'adaptation pour faire face à la douleur.

## VII. Annexe n°2 : grille de première évaluation HAS

# Grille de première évaluation d'un patient douloureux chronique en soins primaires

---

### **MODE DE DÉBUT DE LA DOULEUR**

- Date de début de la douleur.
  - Circonstances d'apparition de la douleur (maladie, intervention médicale ou chirurgicale, traumatisme, accident de travail, maladie professionnelle, autres)
  - Description de la douleur initiale (localisation, sévérité).
  - Modalités de prise en charge initiale (médicaments et autres traitements, hospitalisation, autres).
  - Événements de vie concomitants de la survenue de la douleur.
  - Diagnostic médical initial donné au patient (et par qui) + explications données sur la cause et le mécanisme de la douleur (et par qui).
- 

### **ÉVOLUTION DE LA DOULEUR INITIALE**

- Comment s'est installé l'état douloureux persistant à partir de la douleur initiale, selon l'avis du patient (progressivement, rapidement, immédiatement) ?
  - Passages en services d'urgence ou recours à un médecin de garde ?
  - Nécessité d'un arrêt de travail ou retentissement sur la scolarisation prolongés (1 mois ou plus) ?
- 

### **PROFIL CLINIQUE ACTUEL DE LA DOULEUR CHRONIQUE**

- Description de la douleur chronique :
    - faire le point à partir du questionnaire rempli par le patient ;
    - utiliser le questionnaire DN4 pour le dépistage des douleurs neuropathiques (en annexe).
  - Traitements (tous types) antérieurement prescrits et actuels :
    - faire le point à partir du questionnaire rempli par le patient ;
    - attitudes du patient vis-à-vis des traitements reçus : compréhension, adhésion, observance ;
    - évaluation du risque d'abus, de mésusage et addictif : utiliser l'échelle POMI (en annexe).
  - Activité physique :
    - faire le point à partir du questionnaire rempli par le patient ;
    - évaluation du niveau global d'activité physique (physiquement actif ou inactif, échelle de Marshall en annexe).
  - Retentissement de la douleur sur la personne :
    - faire le point à partir du questionnaire rempli par le patient ;
    - prendre en compte les items du questionnaire QCD (en annexe).
- 

### **EXPÉRIENCES DOULOUREUSES ANTÉRIEURES SIGNIFICATIVES**

- Préciser : circonstances, localisation, sévérité, cause et conséquences éventuelles.
-

### CONTEXTE GÉNÉRAL

- Situation familiale.
- Statut professionnel (profession, arrêt de travail, invalidité, adaptation du poste de travail, RQTH, chômage, retraite, autres) ou scolaire (absentéisme, abandon, échec, réorientation).
- Satisfaction au travail.
- Conséquences financières (oui/non, situation de précarité).
- Litiges et procédures en cours ou antérieurs en lien avec la douleur.

### CONTEXTE COGNITIF ET ÉMOTIONNEL

- Revoir les items du questionnaire QCD (en annexe).
- Attitudes du patient vis-à-vis de la situation douloureuse (repli, déni, colère, agressivité, récrimination, autres).
- Stratégies du patient pour lutter contre la douleur [inactivité, hyperactivité, adaptations dans les activités de la vie quotidienne (AVQ), autres].
- Selon l'avis du patient : quelle est l'origine de sa douleur ?

### CONTEXTE DE LA DEMANDE ET ATTENTES DU PATIENT

- Attentes vis-à-vis de la prise en charge de la douleur et de ses conséquences.
- Projet de vie, dont certains éléments sont impactés du fait de la douleur.
- Demandes particulières éventuelles.
- Estimation par le médecin de bénéfices secondaires éventuels.

## Annexes

### À remplir systématiquement

- DN4
- Questionnaire Marshall ou score de Ricci Gagnon ou équivalent
- Questionnaire concis sur la douleur (QCD) (version courte française du BPI)

### À remplir selon la situation clinique

- POMI : échelle de dépistage du mésusage des antalgiques opioïdes
- HAD : *Hospital Anxiety and Depression scale*

VIII. **Annexe n°3 : échelles d'évaluation**

**A. Echelles multidimensionnelles concernant le retentissement global**

**1. EQ5D**

**EQ-5D**

**Questionnaire sur la santé  
Version Française**

Veillez indiquer, pour chacune des rubriques suivantes, l'affirmation qui décrit le mieux votre état de santé aujourd'hui, en cochant la case la plus appropriée.

**Mobilité**

- Je n'ai aucun problème pour me déplacer à pied
- J'ai des problèmes pour me déplacer à pied
- Je suis obligé (e) de rester alité (e)

**Autonomie**

- Je n'ai aucun problème pour prendre soin de moi
- J'ai des problèmes pour me laver ou m'habiller tout (e) seul (e)
- Je suis incapable de me laver ou de m'habiller tout (e) seul (e)

**Activités courantes** (exemples : travail, études, travaux domestiques, activités familiales ou loisirs)

- Je n'ai aucun problème pour accomplir mes activités courantes
- J'ai des problèmes pour accomplir mes activités courantes
- Je suis incapable d'accomplir mes activités courantes

**Douleurs / gêne**

- Je n'ai ni douleur ni gêne
- J'ai des douleurs et/ou une gêne modérée (s)
- J'ai des douleurs et/ou une gêne extrême (s)

**Anxiété dépression**

- Je ne suis ni anxieux (se) ni déprimé (e)
- Je suis modérément anxieux (se) et / ou déprimé (e)
- Je suis extrêmement anxieux (se) et / ou déprimé (e)

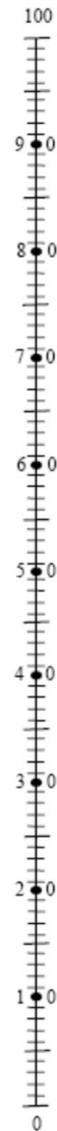
...

Pour vous aider à indiquer dans quelle mesure tel ou tel état de santé est bon ou mauvais, nous avons tracé une échelle graduée (comme celle d'un thermomètre) sur laquelle 100 correspond au meilleur état de santé que vous puissiez imaginer et 0 au pire état de santé que vous puissiez imaginer.

Nous aimerions que vous indiquiez sur cette échelle où vous situez votre état de santé aujourd'hui. Pour cela veuillez tracer une ligne allant de l'encadré ci-dessous à l'endroit qui, sur l'échelle, correspond à votre état de santé aujourd'hui.

Votre état de  
Santé  
Aujourd'hui

Meilleur état de  
santé imaginable



Pire état de  
santé imaginable



Dans la mesure où toutes les réponses restent anonymes, il nous serait utile d'avoir quelques informations d'ordre général sur chaque personne interrogée afin de permettre une meilleure interprétation des réponses données. C'est pourquoi nous vous demandons de répondre aux questions suivantes :

1. Avez-vous vécu une grave maladie ? **Oui Non**
  - Vous-même
  - Au sein de votre famille
  - En soignant les autres

COCHEZ LES CASES APPROPRIÉES
  
2. Quel âge avez-vous ?
  
3. Sexe : **Masculin Féminin**

COCHEZ LA CASE APPROPRIÉE
  
4. Vous fumez **Oui**

Vous avez arrêté de fumer

Vous n'avez jamais fumé

COCHEZ LA CASE APPROPRIÉE
  
5. Travaillez-vous ou avez-vous travaillé Dans le secteur de la santé ou dans des services sociaux ? **Oui Non**

Si oui, à quel titre ?.....

COCHEZ LA CASE APPROPRIÉE
  
6. Parmi les propositions suivantes, quelle est celle qui décrit le mieux votre activité principale ?
  - Salarié(e) ou installé(e) à son compte
  - Retraité (e)
  - Femme (homme) au foyer
  - Etudiant (e)
  - En recherche d'emploi
  - Autre (veuillez préciser) .....
  - .....

COCHEZ LA CASE APPROPRIÉE
  
7. Avez-vous poursuivi vos études au-delà du temps de scolarité obligatoire ? **Oui Non**

COCHEZ LA CASE APPROPRIÉE
  
8. Avez-vous un diplôme d'études supérieures ou une qualification professionnelle équivalente ? **Oui Non**

COCHEZ LA CASE APPROPRIÉE
  
9. Si vous connaissez le code postal de votre lieu de résidence veuillez l'indiquer ici :

## 2. Questionnaire d'évaluation de la capacité fonctionnelle (version française de l'Oswestry Disability Index)

### Questionnaire d'évaluation de la capacité fonctionnelle

(Version française de l'Oswestry Disability Index)<sup>1</sup>

Nom, prénom : .....

Date : .. / .. / 200 .

"Merci de bien vouloir compléter ce questionnaire.

Il est conçu pour nous donner des informations sur la façon dont votre mal au dos (ou votre douleur dans la jambe) a influencé votre capacité à vous débrouiller dans la vie de tous les jours.

Veillez répondre à **toutes les sections** du questionnaire. Pour chaque section, cochez **une seule case**, celle qui vous décrit le mieux **actuellement**."

#### 1 Intensité de la douleur

- 0 Je n'ai pas mal actuellement.
- 1 La douleur est très légère actuellement.
- 2 La douleur est modérée actuellement.
- 3 La douleur est plutôt intense actuellement.
- 4 La douleur est très intense actuellement.
- 5 La douleur est la pire que l'on puisse imaginer actuellement.

#### 2 Soins personnels ( se laver, s'habiller, ...etc )

- 0 Je peux prendre soin de moi normalement, sans augmenter la douleur.
- 1 Je peux prendre soin de moi normalement, mais c'est très douloureux.
- 2 Cela me fait mal de prendre soin de moi, et je le fait lentement et en faisant attention.
- 3 J'ai besoin d'aide, mais dans l'ensemble je parviens à me débrouiller seul.
- 4 J'ai besoin d'aide tous les jours pour la plupart de ces gestes quotidiens.
- 5 Je ne m'habille pas, me lave avec difficulté et reste au lit.

#### 3 Manutention de charges

- 0 Je peux soulever des charges lourdes sans augmenter mon mal de dos
- 1 Je peux soulever des charges lourdes mais cela augmente ma douleur
- 2 La douleur m'empêche de soulever des charges lourdes à partir du sol mais j'y parviens si la charge est bien placée ( par exemple sur une table )
- 3 La douleur m'empêche de soulever des charges lourdes mais je peux déplacer des charges légères ou de poids moyen si elles sont correctement placées
- 4 Je peux seulement soulever des objets très légers
- 5 Je ne peux soulever ni transporter quoi que ce soit

<sup>1</sup> Oswestry Disability Index, version 2.0, Baker D, Pynsent P, Fairbank J 1989

#### **4 Marche à pied**

- 0 La douleur ne limite absolument pas mes déplacements
- 1 La douleur m'empêche de marcher plus de 2 km
- 2 La douleur m'empêche de marcher plus de 1 km
- 3 La douleur m'empêche de marcher plus de 500 m
- 4 Je me déplace seulement avec une canne ou des béquilles
- 5 Je reste au lit la plupart du temps et je me traîne seulement jusqu'au WC

#### **5 Position assise**

- 0 Je peux rester assis sur un siège aussi longtemps que je veux.
- 1 Je peux rester assis aussi longtemps que je veux mais seulement sur mon siège favori.
- 2 La douleur m'empêche de rester assis plus d'une heure.
- 3 La douleur m'empêche de rester assis plus d'1/2 heure.
- 4 La douleur m'empêche de rester assis plus de 10 minutes.
- 5 La douleur m'empêche de rester assis.

#### **6 Position debout**

- 0 Je peux rester debout aussi longtemps que je veux sans augmenter la douleur.
- 1 Je peux rester debout aussi longtemps que je veux mais cela augmente la douleur.
- 2 La douleur m'empêche de rester debout plus d'une heure.
- 3 La douleur m'empêche de rester debout plus d'1/2 heure.
- 4 La douleur m'empêche de rester debout plus de 10 minutes.
- 5 La douleur m'empêche de rester debout.

#### **7 Sommeil**

- 0 Mon sommeil n'est jamais perturbé par la douleur.
- 1 Mon sommeil est parfois perturbé par la douleur
- 2 A cause de la douleur, je dors moins de 6 heures
- 3 A cause de la douleur, je dors moins de 4 heures
- 4 A cause de la douleur, je dors moins de 2 heures
- 5 La douleur m'empêche complètement de dormir

## 8 Vie sexuelle

- 0 Ma vie sexuelle n'est pas modifiée et n'augmente pas mon mal de dos
- 1 Ma vie sexuelle n'est pas modifiée, mais elle augmente la douleur
- 2 Ma vie sexuelle est pratiquement normale, mais elle est très douloureuse
- 3 Ma vie sexuelle est fortement limitée par la douleur
- 4 Ma vie sexuelle est presque inexistante à cause de la douleur
- 5 La douleur m'interdit toute vie sexuelle

## 9 Vie sociale (sport, cinéma, danse, souper entre amis)

- 0 Ma vie sociale est normale et n'a pas d'effet sur la douleur
- 1 Ma vie sociale est normale, mais elle augmente la douleur
- 2 La douleur n'a pas d'effet sur ma vie sociale, sauf pour des activités demandant plus d'énergie (sport par exemple)
- 3 La douleur a réduit ma vie sociale et je ne sors plus autant qu'auparavant
- 4 La douleur a limité ma vie sociale à ce qui se passe chez moi, à la maison
- 5 Je n'ai plus de vie sociale à cause du mal de dos

## 10 Déplacements (en voiture ou par les transports en commun)

- 0 Je peux me déplacer n'importe où sans effet sur mon mal de dos
- 1 Je peux me déplacer n'importe où, mais cela augmente la douleur
- 2 La douleur est pénible mais je supporte des trajets de plus de 2 heures
- 3 La douleur me limite à des trajets de moins d'une heure
- 4 La douleur me limite aux courts trajets indispensables, de moins de 30 minutes
- 5 La douleur m'empêche de me déplacer, sauf pour aller voir le docteur ou me rendre à l'hôpital

## **Score global d'handicap fonctionnel**

Total des scores partiels : .... / ..... (sur 50 au maximum)

Résultat en pourcentage (score ODI) : .....%

### 3. Questionnaire concis de la douleur (QCD version courte) (version française du BPI)

Source : HAS

## Questionnaire concis de la douleur

### QCD – Version courte

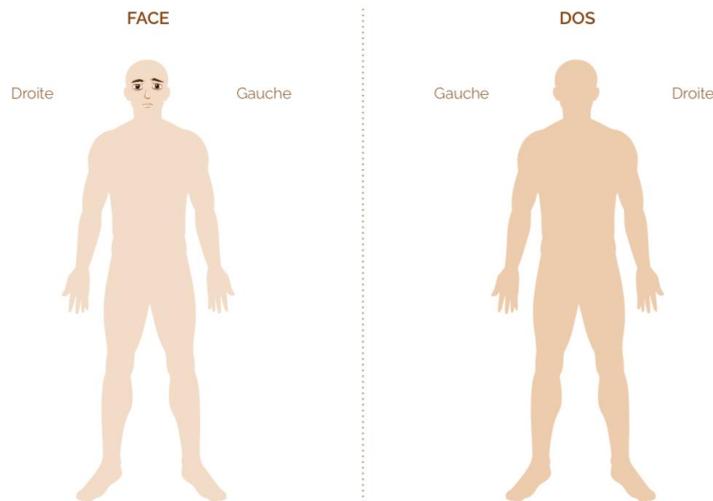
Cet auto-questionnaire\* permet d'évaluer les principales dimensions de la douleur.  
Il est utile pour réaliser l'évaluation initiale et pour assurer le suivi d'une douleur

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

**OUI**       **NON**

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

**2.** Indiquez sur ce schéma où se trouve votre douleur en noircissant la zone. Mettez sur le dessin un « S » pour une douleur près de la surface de votre corps ou un « P » pour une douleur plus profonde dans le corps. Mettez aussi un « I » à l'endroit où vous ressentez la douleur la plus intense.



\* Le Questionnaire concis de la douleur (QCD) est la version française du Brief Pain Inventory (BPI).

Source : Cleeland CS, University of Texas MD Anderson Center. Questionnaire concis sur les douleurs (format réduit). Houston: University of Texas MD Anderson Center; 1991.

[www.mdanderson.org/content/dam/mdanderson/documents/Departments-and-Divisions/Symptom-Research/BPI-SF\\_French\\_24hrs\\_SAMPLE.pdf](http://www.mdanderson.org/content/dam/mdanderson/documents/Departments-and-Divisions/Symptom-Research/BPI-SF_French_24hrs_SAMPLE.pdf)

3. Cocher le chiffre qui décrit le mieux la douleur la plus **intense** que vous avez ressentie la semaine dernière.

Pas de Douleur						Douleur maximale imaginable				
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>						
0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10

4. Cocher le chiffre qui décrit le mieux la douleur la plus **faible** que vous avez ressentie la semaine dernière.

Pas de Douleur						Douleur maximale imaginable				
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>						
0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10

5. Cocher le chiffre qui décrit le mieux votre douleur **en général**.

Pas de Douleur						Douleur maximale imaginable				
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>						
0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10

6. Cocher le chiffre qui décrit le mieux votre douleur **en ce moment**.

Pas de Douleur						Douleur maximale imaginable				
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>						
0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10

Questionnaire concis de la douleur

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

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

Aucune amélioration					Amélioration complète					
<input type="radio"/>										
0%	10%	20%	30%	40%	50%	60%	70%	80%	90%	100%

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

**Activité générale**

Ne gêne pas					Gêne complètement					
<input type="radio"/>										
0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10

**Humeur**

Ne gêne pas					Gêne complètement					
<input type="radio"/>										
0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10

**Capacité à marcher**

Ne gêne pas					Gêne complètement					
<input type="radio"/>										
0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10

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

Ne gêne pas					Gêne complètement					
<input type="radio"/>										
0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10

**Relations avec les autres**

Ne gêne pas					Gêne complètement					
<input type="radio"/>										
0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10

**Sommeil**

Ne gêne pas					Gêne complètement					
<input type="radio"/>										
0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10

**Goût de vivre**

Ne gêne pas					Gêne complètement					
<input type="radio"/>										
0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10

#### 4. SF-36 (Study Short Form 36)

Source : COFEMER

1/ Dans l'ensemble, pensez-vous que votre santé est :  
**1**: Excellente    **2**: Très bonne    **3**: Bonne    **4**: Médiocre    **5**: Mauvaise

2/ Par rapport à l'année dernière à la même époque, comment trouvez-vous votre état de santé actuel ?

**1**: Bien meilleur que l'an dernier                      **2**: Plutôt meilleur  
**3**: À peu près pareil    **4**: Plutôt moins bon  
**5**: Beaucoup moins bon

3/ Voici la liste d'activités que vous pouvez avoir à faire dans votre vie de tous les jours. Pour chacune d'entre elles, indiquez si vous êtes limité en raison de votre état de santé actuel :

Liste d'activités	OUI beaucoup limité (e)	OUI peu limité(e)	NON pas du tout limité(e)
<b>A</b>			
Efforts physiques importants tels que courir, soulever un objet lourd, faire du sport...	1	2	3
<b>B</b>			
Efforts physiques modérés tels que déplacer une table, passer l'aspirateur, jouer aux boules	1	2	3
<b>C</b>			
Soulever et porter les courses	1	2	3
<b>D</b>			
Monter plusieurs étages par l'escalier	1	2	3
<b>E</b>			
Monter un étage par l'escalier	1	2	3
<b>F</b>			
Se pencher en avant, se mettre à genoux, s'accroupir	1	2	3
<b>G</b>			
Marcher plus d'un kilomètre à pied	1	2	3
<b>H</b>			
Marcher plusieurs centaines de mètres	1	2	3
<b>I</b>			
Marcher une centaine de mètres	1	2	3
<b>J</b>			
Prendre un bain, une douche ou s'habiller	1	2	3

4/ Au cours de ces quatre dernières semaines, et en raison de votre état physique :

	OUI	NON
<b>A</b>		
Avez-vous réduit le temps passé à votre travail ou à vos activités habituelles ?	1	2
<b>B</b>		
Avez-vous accompli moins de choses que vous auriez souhaité ?	1	2
<b>C</b>		
Avez-vous dû arrêter de faire certaines choses ?	1	2
<b>D</b>		
Avez-vous eu des difficultés à faire votre travail ou toute autre activité ? (par exemple, cela vous a demandé un effort supplémentaire)	1	2

5/ **A**u cours de ces quatre dernières semaines, et en raison de votre état émotionnel (comme vous sentir triste, nerveux (se) ou déprimé(e) :

	OUI	NON
<b>A</b>		
Avez vous réduit le temps passé à votre travail ou activités habituelles?	1	2
<b>B</b>		
Avez vous accompli moins de choses que vous ne l'auriez souhaité?	1	2
<b>C</b>		
Avez vous eu des difficultés à faire ce que vous aviez à faire avec autant de soin et d'attention que d'habitude?	1	2

6/ **A**u cours de ces quatre dernières semaines, dans quelle mesure votre état de santé, physique ou émotionnel vous a-t-il gêné(e) dans votre vie sociale et vos relations avec les autres, votre famille, vos amis ou vos connaissances ?

**1**: Pas du tout **2**: Un petit peu **3**: Moyennement **4**: Beaucoup **5**: Énormément

7/ **A**u cours de ces quatre dernières semaines, quelle a été l'intensité de vos douleurs (physiques) ?

**1**: Nulle

**2**: Très faible

**3**: Faible

**4**: Moyenne

**5**: Grande

**6**: Très grande

8/ **A**u cours de ces quatre dernières semaines, dans quelle mesure vos douleurs physiques vous ont-elles limitées dans votre travail ou vos activités domestiques ?

**1**: Pas du tout **2**: Un petit peu **3**: Moyennement **4**: Beaucoup **5**: Énormément

---

9/ Les questions qui suivent portent sur comment vous vous êtes senti(e) au cours de ces quatre dernières semaines. Pour chaque question, veuillez indiquer la réponse qui vous semble la plus appropriée. Au cours de ces quatre dernières semaines y a-t-il eu des moments où :

	En permanence	Très souvent	Souvent	Quelque fois	Rarement	Jamais
<b>A</b>						
Vous vous êtes senti(e) dynamique ?	1	2	3	4	5	6
<b>B</b>						
Vous vous êtes senti(e) très nerveux(se) ?	1	2	3	4	5	6
<b>C</b>						
Vous vous êtes senti(e) si découragé(e) que rien ne pouvait vous remonter le moral ?	1	2	3	4	5	6
<b>D</b>						
Vous vous êtes senti(e) calme et détendu(e) ?	1	2	3	4	5	6
<b>E</b>						
Vous vous êtes senti(e) débordant d'énergie ?	1	2	3	4	5	6
<b>F</b>						
Vous vous êtes senti(e) triste et abattu(e) ?	1	2	3	4	5	6
<b>G</b>						
Vous vous êtes senti(e) épuisé(e) ?	1	2	3	4	5	6
<b>H</b>						
Vous vous êtes senti(e) heureux(se) ?	1	2	3	4	5	6
<b>I</b>						
Vous vous êtes senti(e) fatigué(e) ?	1	2	3	4	5	6

10/ Au cours de ces quatre dernières semaines, y a-t-il eu des moments où votre état de santé, physique ou émotionnant vous a gêné dans votre vie et vos relations avec les autres, votre famille et vos connaissances ?

- 1:** En permanence  
**2:** Une bonne partie du temps  
**3:** De temps en temps  
**4:** Rarement  
**5:** Jamais

11/ Indiquez pour chacune des phrases suivantes dans quelle mesure elles sont vraies ou fausses dans votre cas :

	Totalement vraie	Plutôt vraie	Je ne sais pas	Plutôt fausse	Totalement fausse
<b>A</b>					
Je tombe malade plus facilement que les autres	1	2	3	4	5
<b>B</b>					
Je me porte aussi bien que n'importe qui	1	2	3	4	5
<b>C</b>					
Je m'attends à ce que ma santé se dégrade	1	2	3	4	5
<b>D</b>					
Je suis en excellente santé	1	2	3	4	5

**Tableau 1 : résumé des concepts**

Nom des échelles	Symboles	Résumé du contenu
Activité physique	PF	Mesure des limitations des activités physiques telles que marcher, monter des escaliers, se pencher en avant, soulever des objets et les efforts physiques importants et modérés.
Limitations dues à l'état physique	RP	Mesure de la gêne, due à l'état physique, dans les activités quotidiennes : mesure des limitations de certaines activités ou la difficulté pour les réaliser.
Douleurs physiques	BP	Mesure de l'intensité de la douleur et de la gêne occasionnée.
Santé perçue	GH	Auto-évaluation de la vitalité, de l'énergie, de la fatigue.
Vie et relation avec les autres	SF	Mesure les limitations des activités sociales dues aux problèmes de santé physique et psychique.
Santé psychique	MH	Auto-évaluation de la santé psychique : anxiété, dépression, bien-être (bonheur) ?
Limitations dues à l'état psychique	RE	Mesure la gêne due aux problèmes psychiques dans les activités quotidiennes : temps passé au travail moins important, travail bâclé.
Évolution de la santé perçue	HT	Évolution de la santé perçue comparée, d'une année à l'autre.

**Tableau 2 : scores des domaines de la SF-36 de la population générale**

Domaine	Moyenne	% Plancher	% Plafond	Écart type	Percentile 25 <sup>th</sup>	Médiane	Percentile 75 <sup>th</sup>
PF	84,45	0,6	34,5	21,19	80,00	95,00	100,00
RP	81,21	8,2	68,3	32,2	75,00	100,00	100,00
BP	73,39	0,0	29,1	23,73	52,00	74,00	100,00
GH	69,13	0,1	3,3	18,57	57,00	72,00	82,00
VT	59,96	0,1	1,3	18,05	50,00	60,00	75,00
SF	81,55	0,2	40,9	21,41	62,5	87,5	100,00
RE	82,13	8,9	71,8	32,15	66,7	100,00	100,00
MH	68,47	0,1	1,7	17,62	60,00	72,00	80,00

En dehors de l'évaluation quantitative par score (score résumé physique et psychique), nécessitant l'achat du manuel, on peut utiliser la SF-36 en composant (recherche de corrélations) les scores des différents domaines de la SF-36 sur une population étudiée, avec ceux de la population normale (Tableau 2), ou en cherchant des corrélations entre les scores des différents domaines de la SF-36 et d'autres variables explicatives médicales, fonctionnelles et sociales.

*Références :*

*Ware J.E., Sherbourne C.D., 1992 ; Ware J.E., 1997.*

*Leplège A. et al., 1998 ; Leplège A., 2001.*

*McHorney C.A. et al., 1993 ; Perneger T.V. et al., 1995.*

## 5. Echelle d'invalidité de Sheehan (SDS, échelle d'incapacité et de retentissement)

### Échelle d'invalidité de Sheehan

Les questions suivantes se rapportent aux 2 dernières semaines

Placer une croix à l'endroit qui correspond le plus à votre situation

**Vos symptômes ont perturbé votre travail:**



**Vos symptômes ont perturbé votre vie sociale/vos loisirs**



**Vos symptômes ont perturbé votre vie familiale/vos tâches domestiques**



**Combien de jours au cours de la dernière semaine vos symptômes vous ont-ils empêché-e d'aller au travail ou rendu-e incapable d'assumer vos responsabilités quotidiennes ?**

- Aucun
- 1 jour
- 2 jours
- 3 jours
- 4 jours
- 5 jours
- 6 jours
- 7 jours

**Combien de jours au cours de la dernière semaine vous êtes-vous senti-e si affaibli-e par vos symptômes que, même si vous êtes allé-e au travail, votre efficacité était réduite ?**

- Aucun
- 1 jour
- 2 jours
- 3 jours
- 4 jours
- 5 jours
- 6 jours
- 7 jours

## B. Echelles d'évaluation de la santé mentale

### 1. Echelle HAD (anxiété et dépression) (The Hospital Anxiety and Depression Scale par Zigmond A.S., Snaith R.P., 1983). Adaptation française par J.F. Lépine

Source : HAS

#### Échelle HAD : *Hospital Anxiety and Depression scale*

L'échelle HAD est un instrument qui permet de dépister les troubles anxieux et dépressifs. Elle comporte 14 items cotés de 0 à 3. Sept questions se rapportent à l'anxiété (total A) et sept autres à la dimension dépressive (total D), permettant ainsi l'obtention de deux scores (note maximale de chaque score = 21).

##### 1. Je me sens tendu(e) ou énervé(e)

- La plupart du temps 3
- Souvent 2
- De temps en temps 1
- Jamais 0

##### 2. Je prends plaisir aux mêmes choses qu'autrefois

- Oui, tout autant 0
- Pas autant 1
- Un peu seulement 2
- Presque plus 3

##### 3. J'ai une sensation de peur comme si quelque chose d'horrible allait m'arriver

- Oui, très nettement 3
- Oui, mais ce n'est pas trop grave 2
- Un peu, mais cela ne m'inquiète pas 1
- Pas du tout 0

##### 4. Je ris facilement et vois le bon côté des choses

- Autant que par le passé 0
- Plus autant qu'avant 1
- Vraiment moins qu'avant 2
- Plus du tout 3

##### 5. Je me fais du souci

- Très souvent 3
- Assez souvent 2
- Occasionnellement 1
- Très occasionnellement 0

##### 6. Je suis de bonne humeur

- Jamais 3
- Rarement 2
- Assez souvent 1
- La plupart du temps 0

##### 7. Je peux rester tranquillement assis(e) à ne rien faire et me sentir décontracté(e)

- Oui, quoi qu'il arrive 0
- Oui, en général 1
- Rarement 2
- Jamais 3

##### 8. J'ai l'impression de fonctionner au ralenti

- Presque toujours 3
- Très souvent 2
- Parfois 1
- Jamais 0

##### 9. J'éprouve des sensations de peur et j'ai l'estomac noué

- Jamais 0
- Parfois 1
- Assez souvent 2
- Très souvent 3

##### 10. Je ne m'intéresse plus à mon apparence

- Plus du tout 3
- Je n'y accorde pas autant d'attention que je devrais 2
- Il se peut que je n'y fasse plus autant attention 1
- J'y prête autant d'attention que par le passé 0

##### 11. J'ai la bougeotte et n'arrive pas à tenir en place

- Oui, c'est tout à fait le cas 3
- Un peu 2
- Pas tellement 1
- Pas du tout 0

##### 12. Je me réjouis d'avance à l'idée de faire certaines choses

- Autant qu'avant 0
- Un peu moins qu'avant 1
- Bien moins qu'avant 2
- Presque jamais 3

##### 13. J'éprouve des sensations soudaines de panique

- Vraiment très souvent 3
- Assez souvent 2
- Pas très souvent 1
- Jamais 0

##### 14. Je peux prendre plaisir à un bon livre ou à une bonne émission de radio ou de télévision

- Souvent 0
- Parfois 1
- Rarement 2
- Très rarement 3

...

### Scores

Additionnez les points des réponses : 1, 3, 5, 7, 9, 11, 13 : Total A = \_\_\_\_\_

Additionnez les points des réponses : 2, 4, 6, 8, 10, 12, 14 : Total D = \_\_\_\_\_

### Interprétation

Pour dépister des symptomatologies anxieuses et dépressives, l'interprétation suivante peut être proposée pour chacun des scores (A et D) :

- 7 ou moins : absence de symptomatologie

- 8 à 10 : symptomatologie douteuse – 11 et plus : symptomatologie certaine.

Selon les résultats, il sera peut-être nécessaire de demander un avis spécialisé.

---

### Références

- Zigmond A.S., Snaith R.P. *The Hospital Anxiety and Depression Scale*. *Acta Psychiatr. Scand.*, 1983, 67, 361-370. Traduction française : J.F. Lépine.
- « L'évaluation clinique standardisée en psychiatrie » sous la direction de J.D. Guelfi, éditions Pierre Fabre. Présentée également dans : *Pratiques médicales et thérapeutiques*, avril 2000, 2, 31.

## 2. PHQ-9

# QUESTIONNAIRE SUR LA SANTÉ DU PATIENT - 9 (PHQ-9)

**Au cours des 2 dernières semaines, selon quelle fréquence avez-vous été gêné(e) par les problèmes suivants ?**  
(Veuillez cocher (✓) votre réponse)

	Jamais	Plusieurs jours	Plus de la moitié du temps	Presque tous les jours
1. Peu d'intérêt ou de plaisir à faire les choses	0	1	2	3
2. Être triste, déprimé(e) ou désespéré(e)	0	1	2	3
3. Difficultés à s'endormir ou à rester endormi(e), ou dormir trop	0	1	2	3
4. Se sentir fatigué(e) ou manquer d'énergie	0	1	2	3
5. Avoir peu d'appétit ou manger trop	0	1	2	3
6. Avoir une mauvaise opinion de soi-même, ou avoir le sentiment d'être nul(le), ou d'avoir déçu sa famille ou s'être déçu(e) soi-même	0	1	2	3
7. Avoir du mal à se concentrer, par exemple, pour lire le journal ou regarder la télévision	0	1	2	3
8. Bouger ou parler si lentement que les autres auraient pu le remarquer. Ou au contraire, être si agité(e) que vous avez eu du mal à tenir en place par rapport à d'habitude	0	1	2	3
9. Penser qu'il vaudrait mieux mourir ou envisager de vous faire du mal d'une manière ou d'une autre	0	1	2	3

FOR OFFICE CODING   0   +        +        +         
=Total Score:       

**Si vous avez coché au moins un des problèmes évoqués, à quel point ce(s) problème(s) a-t-il (ont-ils) rendu votre travail, vos tâches à la maison ou votre capacité à vous entendre avec les autres difficile(s) ?**

<b>Pas du tout difficile(s)</b> <input type="checkbox"/>	<b>Assez difficile(s)</b> <input type="checkbox"/>	<b>Très difficile(s)</b> <input type="checkbox"/>	<b>Extrêmement difficile(s)</b> <input type="checkbox"/>
---	---	--	---

Développé par les Dr Robert L. Spitzer, Janet B.W. Williams, Kurt Kroenke et leurs collègues grâce à une allocation d'études de Pfizer Inc. La reproduction, la traduction, l'affichage ou la distribution de ce document sont autorisés.

### 3. AUDIT-C (Alcohol Use Disorder Identification Test)

Source : HAS

#### AUDIT-C (Alcohol Use Disorder Identification Test)

Questions	Points					Score
	0	1	2	3	4	
1. À quelle fréquence vous arrive-t-il de consommer des boissons contenant de l'alcool ?	<b>Jamais</b>	<b>Une fois par mois ou moins</b>	<b>2 à 4 fois par mois</b>	<b>2 à 3 fois par semaine</b>	<b>Au moins 4 fois par semaine</b>	
2. Combien de verres standard buvez-vous au cours d'une journée ordinaire où vous buvez de l'alcool ?	<b>1 ou 2</b>	<b>3 ou 4</b>	<b>5 ou 6</b>	<b>7 à 9</b>	<b>10 ou plus</b>	
3. Au cours d'une même occasion, à quelle fréquence vous arrive-t-il de boire six verres standards ou plus ?	<b>Jamais</b>	<b>Moins d'une fois par mois</b>	<b>1 fois par mois</b>	<b>1 fois par semaine</b>	<b>Tous les jours ou presque</b>	
				<b>TOTAL</b>	<b>0</b>	

En termes d'interprétation, plus le score augmente, plus le risque pour la santé et la sécurité augmente. Un score au-delà de 4 pour l'homme ou de 3 pour la femme est considéré comme un repérage positif en lien avec un usage excessif, voire un authentique TUA (justifiant d'approfondir l'évaluation en ce sens).

L'AUDIT-C pourra être complété par le questionnaire AUDIT intégral en 10 items.

## 4. PSS-4 (Perceived Stress Scale)

### L'Échelle du stress perçu

Une mesure plus précise du stress personnel peut être déterminée en utilisant une variété d'instruments qui ont été conçus pour aider à mesurer les niveaux de stress individuels. Le premier d'entre eux est appelé l'échelle de stress perçu.

L'échelle de stress perçu (PSS) est un instrument classique d'évaluation du stress. L'outil, bien que développé à l'origine en 1983, reste un choix populaire pour nous aider à comprendre comment différentes situations affectent nos sentiments et notre stress perçu. Les questions de cette échelle portent sur vos sentiments et

vos pensées au cours du dernier mois. Dans chaque cas, il vous sera demandé d'indiquer à quelle fréquence vous avez ressenti ou pensé d'une certaine manière. Bien que certaines des questions soient similaires, il existe des différences entre elles et vous devez les traiter chacune comme une question distincte.

La meilleure approche consiste à répondre assez rapidement. Autrement dit, n'essayez pas de compter le nombre de fois où vous vous êtes senti d'une manière particulière; indiquer plutôt l'alternative qui semble être une estimation raisonnable.

Pour chaque question, choisissez parmi les alternatives suivantes:

0 - jamais 1 - presque jamais 2 - parfois 3 - assez souvent 4 - très souvent

1. Au cours du dernier mois, à quelle fréquence avez-vous été bouleversé à cause d'un événement inattendu?
2. Au cours du dernier mois, combien de fois avez-vous eu l'impression de ne pas pouvoir contrôler les choses importantes de votre vie?
3. Au cours du dernier mois, à quelle fréquence vous êtes-vous senti nerveux et stressé?
4. Au cours du dernier mois, à quelle fréquence vous êtes-vous senti confiant quant à votre capacité à gérer vos problèmes personnels?
5. Au cours du dernier mois, à quelle fréquence avez-vous senti que les choses allaient dans votre sens?
6. Au cours du dernier mois, combien de fois avez-vous constaté que vous ne pouviez pas faire face à toutes les choses que vous deviez faire?
7. Au cours du dernier mois, à quelle fréquence avez-vous pu contrôler les irritations dans votre vie?
8. Au cours du dernier mois, à quelle fréquence avez-vous senti que vous étiez au courant des choses?
9. Au cours du dernier mois, à quelle fréquence avez-vous été irrité à cause de choses qui se sont déroulées hors de votre contrôle?
10. Au cours du dernier mois, à quelle fréquence avez-vous senti que les difficultés s'accumulaient si haut que vous ne pouviez pas les surmonter?

## Calcul de votre score PSS

Vous pouvez déterminer votre score PSS en suivant ces instructions:

- Commencez par inverser vos scores pour les questions 4, 5, 7 et 8. Sur ces 4 questions, modifiez les scores comme ceci: 0 = 4, 1 = 3, 2 = 2, 3 = 1, 4 = 0.
- Maintenant, additionnez vos scores pour chaque élément pour obtenir un total. Mon score total est de \_\_\_\_\_.

Les scores individuels sur le PSS peuvent varier de 0 à 40, des scores plus élevés indiquant un stress perçu plus élevé.

- Les scores allant de 0 à 13 seraient considérés comme un stress faible.
- Les scores allant de 14 à 26 seraient considérés comme un stress modéré.
- Les scores allant de 27 à 40 seraient considérés comme un stress perçu élevé.

L'échelle de stress perçu est intéressante et importante parce que votre perception de ce qui se passe dans votre vie est la plus importante. Songez à l'idée que deux personnes pourraient vivre exactement les mêmes événements et expériences dans leur vie au cours du dernier mois. Selon leur perception, le score total pourrait placer l'une de ces personnes dans la catégorie de stress faible et le score total pourrait placer la deuxième personne dans la catégorie de stress élevé.

**Avis de non-responsabilité:** Les scores de l'auto-évaluation suivante ne reflètent aucun diagnostic ou cours de traitement particulier. Ils sont conçus comme un outil pour aider à évaluer votre niveau de stress. Si vous avez d'autres préoccupations concernant votre bien-être actuel, vous pouvez contacter et parler en toute confidentialité à une ressource ou un spécialiste en santé mentale.

### Références

The PSS Scale is reprinted with permission of the American Sociological Association, from Cohen, S., Kamarck, T., and Mermelstein, R. (1983). A global measure of perceived stress. *Journal of Health and Social Behavior*, 24, 386-396.

Cohen, S. and Williamson, G. Perceived Stress in a Probability Sample of the United States. Spacapan, S. and Oskamp, S. (Eds.) *The Social Psychology of Health*. Newbury Park, CA: Sage, 1988.

## 5. CES-D (Center for Epidemiologic Studies - Depression)

### Echelle de dépression CES-D (Center for Epidemiologic Studies- Depression)

		Jamais	Très rarement	Occasionnellement	Assez souvent	Fréquemment	En permanence	CODAGE
<b>Durant la semaine dernière j'ai trouvé que:</b>								
CES-D1	J'ai été contrarié(e) par des choses qui d'habitude ne me dérangent pas	0	0	1	2	3	3	└
CES-D2	Je n'ai pas eu envie de manger, j'ai manqué d'appétit	0	0	1	2	3	3	└
CES-D3	J'ai eu l'impression que je ne pouvais pas sortir du cafard, même avec l'aide de ma famille et de mes amis	0	0	1	2	3	3	└
CES-D4	J'ai eu le sentiment d'être aussi bien que les autres	3	3	2	1	0	0	└
CES-D5	J'ai eu du mal à me concentrer sur ce que je faisais	0	0	1	2	3	3	└
CES-D6	Je me suis senti(e) déprimé(e)	0	0	1	2	3	3	└
CES-D7	J'ai eu l'impression que toute action me demandait un effort	0	0	1	2	3	3	└
CES-D8	J'ai été confiant(e) en l'avenir	3	3	1	2	0	0	└
CES-D9	J'ai pensé que ma vie était un échec	0	0	1	2	3	3	└
CES-D10	Je me suis senti(e) craintif(ve)	0	0	1	2	3	3	└
CES-D11	Mon sommeil n'a pas été bon	0	0	1	2	3	3	└
CES-D12	J'ai été heureux(se)	3	3	1	2	0	0	└
CES-D13	J'ai parlé moins que d'habitude	0	0	1	2	3	3	└
CES-D14	Je me suis senti(e) seul(e)	0	0	1	2	3	3	└
CES-D15	Les autres ont été hostiles envers moi	0	0	1	2	3	3	└
CES-D16	J'ai profité de la vie	3	3	1	2	0	0	└
CES-D17	J'ai eu des crises de larmes	0	0	1	2	3	3	└
CES-D18	Je me suis senti(e) triste	0	0	1	2	3	3	└
CES-D19	J'ai eu l'impression que les gens ne m'aimaient pas	0	0	1	2	3	3	└
CES-D20	J'ai manqué d'entrain	0	0	1	2	3	3	└

**Codage** (sauf questions 4/8/12/16):

- Jamais = **0 pts**
- Très rarement (moins d'un jour) = **0 pts**
- Occasionnellement (1 à 2 jours) = **1 pts**
- Assez souvent (3 à 4 jours) = **2 pts**
- Fréquemment (5 à 7 jours) = **3 pts**
- En permanence = **3 pts**

**Codage questions 4/8/12/16:**

- Jamais = **3 pts**
- Très rarement (moins d'un jour) = **3 pts**
- Occasionnellement (1 à 2 jours) = **2 pts**
- Assez souvent (3 à 4 jours) = **1 pts**
- Fréquemment (5 à 7 jours) = **0 pts**
- En permanence = **0 pts**

**Calcul du score global :**

Faire la somme des points obtenus aux 20 questions

## 6. GAD-7

### GAD-7

Au cours des 14 derniers jours, à quelle fréquence avez-vous été dérangé(e) par les problèmes suivants? <i>(Utilisez un « ✓ » pour indiquer votre réponse)</i>	Jamais	Plusieurs jours	Plus de la moitié des jours	Presque tous les jours
1. Sentiment de nervosité, d'anxiété ou de tension	0	1	2	3
2. Incapable d'arrêter de vous inquiéter ou de contrôler vos inquiétudes	0	1	2	3
3. Inquiétudes excessives à propos de tout et de rien	0	1	2	3
4. Difficulté à se détendre	0	1	2	3
5. Agitation telle qu'il est difficile de rester tranquille	0	1	2	3
6. Devenir facilement contrarié(e) ou irritable	0	1	2	3
7. Avoir peur que quelque chose d'épouvantable puisse arriver	0	1	2	3

**(For office coding: Total Score T \_\_\_ = \_\_\_ + \_\_\_ + \_\_\_)**

Mis au point par les D<sup>rs</sup> Robert L. Spitzer, Janet B.W. Williams, Kurt Kroenke et collègues, grâce à une bourse de Pfizer Inc. Aucune permission requise pour reproduire, traduire, afficher ou distribuer.

## C. Echelles d'évaluation des capacités d'auto-gestion et de coping

### 1. French-Canadian Chronic Pain Self-Efficacy Scale (F-C CPSES)

A Lacasse, P Bourgault, Y Tousignant-Laflamme, R Courtemanche Harel, M Choinière.  
Development and validation of the French Canadian Chronic Pain Self-efficacy Scale. Pain Res Manag 2015;20(2):75-83.

Texte d'introduction :

Nous voudrions connaître à quel point vous avez confiance en votre capacité à réaliser certaines activités. Pour chacune des questions suivantes, veuillez s.v.p. entourer le chiffre indiquant à quel point, à l'heure actuelle, vous avez confiance en votre capacité quant à la réalisation de vos tâches habituelles.

Échelle de mesure présentée pour chacun des items :

Pas du tout confiant(e) 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 Entièrement confiant(e)

Items :

#### **Faire de l'exercice régulièrement**

1. À quel point avez-vous confiance en votre capacité à faire des exercices légers de renforcement musculaire et de flexibilité trois à quatre fois par semaine (ex. séries de mouvements, utilisation de poids, etc.)?
2. À quel point avez-vous confiance en votre capacité à faire de l'exercice aérobique comme marcher, nager ou faire du vélo de trois à quatre fois par semaine?
3. À quel point avez-vous confiance en votre capacité à faire de l'exercice sans que votre douleur s'aggrave?

#### **Obtenir des renseignements sur la douleur**

4. À quel point avez-vous confiance en votre capacité à obtenir des informations sur la douleur au sein de votre communauté (ex. Internet, groupes d'entraide, organismes communautaires, conférences, centres de santé, etc.)?

#### **Obtenir de l'aide de la collectivité, de la famille et des amis**

5. À quel point avez-vous confiance en votre capacité à obtenir l'aide de la part de votre famille ou de vos amis pour effectuer les choses que vous devez faire (ex. tâches ménagères, magasinage, cuisine, déplacements)?
6. À quel point avez-vous confiance en votre capacité à obtenir du soutien affectif de la part de vos amis ou de votre famille (ex. écoute attentive, parler de vos problèmes)?
7. À quel point avez-vous confiance en votre capacité à obtenir, en cas de besoin, du soutien affectif auprès de ressources autres que vos amis ou votre famille (ex. groupe d'entraide, organisme communautaire, professionnel de la santé, etc.)?
8. À quel point avez-vous confiance en votre capacité d'obtenir, en cas de besoin, de l'aide pour effectuer vos tâches quotidiennes (ex. ménage, entretien extérieur, préparation des repas, hygiène personnelle) auprès de ressources autres que vos amis ou votre famille?

#### **Communiquer avec le médecin**

9. À quel point avez-vous confiance en votre capacité à questionner votre médecin sur des sujets qui vous préoccupent par rapport à votre douleur?

10. À quel point avez-vous confiance en votre capacité à discuter ouvertement avec votre médecin de vos problèmes personnels pouvant être reliés à votre douleur?

11. À quel point avez-vous confiance en votre capacité à régler les désaccords entre vous et votre médecin lorsqu'ils surviennent?

### **Prendre en charge la douleur en général**

12. Avoir de la douleur signifie souvent d'avoir à faire différents efforts et activités pour gérer votre condition. À quel point avez-vous confiance en votre capacité à effectuer de façon régulière tout ce qui est nécessaire pour gérer votre condition?

13. À quel point avez-vous confiance en votre capacité à juger que le moment est venu de consulter votre médecin lorsque des changements surviennent dans votre condition de santé?

14. À quel point avez-vous confiance en votre capacité à effectuer les différents efforts et activités requises pour gérer votre douleur en vue de réduire le besoin de voir un médecin?

15. À quel point avez-vous confiance en votre capacité à réduire la détresse émotionnelle causée par votre douleur, de façon à ce que cette détresse n'affecte pas votre vie quotidienne?

16. À quel point avez-vous confiance en votre capacité à opter pour des solutions autres que la seule prise de médicaments afin de réduire l'impact de votre douleur sur votre vie quotidienne?

### **Réaliser des tâches**

17. À quel point avez-vous confiance en votre capacité à accomplir vos tâches ménagères telles que passer l'aspirateur et entretenir le terrain malgré vos problèmes de douleur?

18. À quel point avez-vous confiance en votre capacité à faire vos commissions malgré vos problèmes de douleur (ex. épicerie, pharmacie, bureau de poste, etc.)?

19. À quel point avez-vous confiance en votre capacité à effectuer votre magasinage malgré vos problèmes de douleur (ex. achat de vêtements, de meubles, etc.)?

### **Avoir des activités sociales et des loisirs**

20. À quel point avez-vous confiance en votre capacité à continuer à pratiquer vos passe-temps et vos loisirs?

21. À quel point avez-vous confiance en votre capacité à continuer de faire les choses que vous aimez faire avec vos amis et votre famille (ex. visites sociales et loisirs)?

### **Prendre en charge les symptômes**

22. À quel point avez-vous confiance en votre capacité à réduire votre inconfort physique ou votre douleur?

23. À quel point avez-vous confiance en votre capacité à empêcher que la fatigue causée par votre douleur nuise aux activités et aux tâches que vous souhaitez faire?

24. À quel point avez-vous confiance en votre capacité à empêcher que l'inconfort physique ou la douleur nuisent aux activités et aux tâches que vous souhaitez faire?

25. À quel point avez-vous confiance en votre capacité à empêcher que d'autres de vos symptômes ou problèmes de santé nuisent aux activités et aux tâches que vous souhaitez faire?

26. À quel point avez-vous confiance en votre capacité à contrôler vos symptômes ou vos problèmes de santé afin que ceux-ci ne nuisent pas aux activités et aux tâches que vous souhaitez faire?

**Gérer le manque de souffle**

27. À quel point avez-vous confiance en votre capacité à éviter que le manque de souffle (essoufflement) nuise à ce que vous souhaitez faire?

**Contrôler et prendre en charge les symptômes dépressifs**

28. À quel point avez-vous confiance en votre capacité d'arriver à ne pas vous décourager lorsque peu importe les efforts que vous faites, cela ne fait pas de différence?

29. À quel point avez-vous confiance en votre capacité à faire quelque chose qui vous fera vous sentir mieux lorsque vous vous sentez découragé(e)?

30. À quel point avez-vous confiance en votre capacité d'arriver à ne pas vous sentir triste ou à ne pas avoir le cafard?

31. À quel point avez-vous confiance en votre capacité à faire quelque chose qui vous fera vous sentir mieux lorsque vous vous sentez triste ou avez le cafard?

32. À quel point avez-vous confiance en votre capacité d'arriver à ne pas vous sentir seul(e)?

33. À quel point avez-vous confiance en votre capacité à faire quelque chose qui vous fera vous sentir mieux lorsque vous vous sentez seul(e)?

Version courte (6-items) : Inclure seulement les questions 14, 15, 16, 23, 24, 25

Calcul des scores : Le score total est obtenu en effectuant la moyenne des 33 ou des 6 items.

**2. Questionnaire d'appréhension du problème douloureux (version française du Pain Stages Of Change Questionnaire PSOCQ, Kerns (1997)) adaptation française par Aguerre et al. en 2007**

Source : Fabienne Ballet, psychologue clinicienne

I = Dimension au changement / M = Maintien de la problématique

	pas du tout d'accord	Pas d'accord	Ne sais pas ou indécis(e)	D'accord	Tout à fait d'accord	Dim
1. Je me mets à penser que ma manière de faire face à mes douleurs pourrait être améliorée.	1	2	3	4	5	I
2. J'ai appris des stratégies efficaces pour que mes douleurs ne me gênent pas dans ma vie de tous les jours.	1	2	3	4	5	M
3. Quand mes douleurs se réveillent, je réussis spontanément à retrouver les stratégies qui se sont révélées efficaces dans le passé, comme me relaxer ou penser à autre chose.	1	2	3	4	5	M
4. J'utilise actuellement des stratégies qui m'aident à mieux faire face à mes douleurs au jour le jour.	1	2	3	4	5	M
5. Je commence à trouver des stratégies qui m'aident à contrôler mes douleurs.	1	2	3	4	5	M
6. J'ai récemment réalisé qu'aucun traitement médical n'était efficace pour traiter mes douleurs et veux donc apprendre des stratégies pour y faire face.	1	2	3	4	5	I
7. Même si mes douleurs persistent, je suis décidé(e) à revoir ma manière d'y faire face.	1	2	3	4	5	I
8. Je réalise à présent qu'il est temps pour moi de trouver de meilleures stratégies pour faire face à mes douleurs.	1	2	3	4	5	I
9. J'utilise ce que j'ai appris pour m'aider à contrôler mes douleurs.	1	2	3	4	5	M
10. Actuellement, je tiens compte des conseils que les gens me donnent à propos de la manière de vivre avec mes douleurs.	1	2	3	4	5	I
11. Je commence à me dire que j'ai besoin de me faire aider pour développer mes capacités à gérer mes douleurs.	1	2	3	4	5	I
12. Je me suis rendu compte que c'était à moi de mieux gérer mes douleurs.	1	2	3	4	5	M
13. J'ai intégré dans ma vie quotidienne l'utilisation de stratégies pour gérer ma douleur.	1	2	3	4	5	M
14. J'ai fait d'énormes progrès dans ma manière de faire face à mes douleurs.	1	2	3	4	5	M
15. J'en suis arrivé(e) à la conclusion qu'il était temps pour moi de changer ma manière de faire face à mes douleurs.	1	2	3	4	5	I
16. Je me fais aider pour apprendre des stratégies de faire face à mes douleurs plus efficaces.	1	2	3	4	5	I
17. Je me rends compte que les médecins ne peuvent m'aider qu'en partie et que le reste dépend de moi.	1	2	3	4	5	M
18. La meilleure chose que je puisse faire actuellement c'est de trouver un médecin capable de m'expliquer comment me débarrasser de mes douleurs une bonne fois pour toute.	1	2	3	4	5	I
19. Je me demande actuellement s'il n'y aurait pas quelque chose à faire pour mieux gérer mes douleurs.	1	2	3	4	5	I
20. Je ne pense pas que tous les discours tenus sur la manière de mieux faire face aux douleurs soient une pure perte de temps.	1	2	3	4	5	M*

### 3. Questionnaire des stratégies de Coping (CSQ, par Rosentiel & Keefe, 1984) adaptation française Irachabal et al. en 2008

Source : Fabienne Ballet, psychologue clinicienne

#### Instructions :

Dans quelle mesure utilisez-vous les stratégies proposées ci-dessous pour faire face à votre douleur au quotidien.

Quand j'ai mal ...

	Jamais	Parfois	Souvent	Très souvent	Dim
1. J'essaie de prendre de la distance par rapport à la douleur, comme si elle était dans le corps de quelqu'un d'autre.					RD
2. J'essaie de penser à quelque chose d'agréable.					Di
3. C'est terrible et j'ai l'impression que jamais ça n'ira mieux.					Dr
4. Je prie Dieu que ça ne dure pas trop longtemps					PE
5. J'essaie de ne pas penser à la douleur.					ID
6. J'essaie de ne pas y penser comme si c'était mon corps, mais plutôt comme quelque chose séparé de moi.					RD
7. Je ne porte aucune attention à la douleur.					ID
8. Je fais comme si elle n'était pas là.					ID
9. Je m'inquiète tout le temps de savoir si ça va finir.					Dr
10. Je repense à des moments agréables du passé.					Di
11. Je pense à des personnes avec lesquelles j'aime être.					Di
12. Je prie pour que la douleur disparaisse.					PE
13. J'imagine que la douleur est en dehors de mon corps.					RD
14. Je continue comme si de rien n'était.					ID
15. Je fais quelque chose qui me plaît comme regarder la télévision ou écouter de la musique.					Di
16. J'ai l'impression de ne plus pouvoir supporter la douleur.					Dr
17. J'ignore la douleur.					ID
18. Je compte sur ma foi en Dieu.					PE
19. J'ai l'impression de ne plus pouvoir continuer.					Dr
20. Je pense aux choses que j'aime faire.					Di
21. Je fais comme si la douleur ne faisait pas partie de moi.					RD

#### Scores

Di =	Dr =	PE =	ID =	RD =
------	------	------	------	------

Dimensions : Di = distraction/diversion de l'attention / Dr = dramatisation / PE = Prière et espoir / ID = Ignorance de la douleur / RD = Réinterprétation des sensations

**4. Questionnaire d'auto-efficacité envers la douleur (PSEQ, par Nicholas en 2007), adaptation française par Aguerre et al., 2012.**

Source : Fabienne Ballet, psychologue clinicienne

**Instructions :**

Veillez nous indiquer dans quelle mesure vous vous sentez ACTUELLEMENT capable de réaliser certaines activités, malgré la douleur.

Il suffit pour cela d'entourer un des chiffres proposés après chaque activité décrite.

IMPORTANT : Nous ne cherchons pas à savoir si vous réalisez ou pas ces activités mais si vous pensez pouvoir les réaliser malgré la douleur.

1. Je peux apprécier les choses, malgré la douleur.		
Je ne suis pas du tout certain(e) de pouvoir le faire	<u>0</u> 1 2 3 4 5 6	Je suis tout à fait certain(e) de pouvoir le faire
2. Je peux faire la plupart des tâches ménagères (ex : le rangement, la vaisselle, etc...) malgré la douleur.		
Je ne suis pas du tout certain(e) de pouvoir le faire	<u>0</u> 1 2 3 4 5 6	Je suis tout à fait certain(e) de pouvoir le faire
3. Je peux rencontrer mes amis ou les membres de ma famille aussi souvent que dans le passé, malgré la douleur.		
Je ne suis pas du tout certain(e) de pouvoir le faire	<u>0</u> 1 2 3 4 5 6	Je suis tout à fait certain(e) de pouvoir le faire
4. Je peux gérer ma douleur, dans la plupart des situations.		
Je ne suis pas du tout certain(e) de pouvoir le faire	<u>0</u> 1 2 3 4 5 6	Je suis tout à fait certain(e) de pouvoir le faire
5. Je peux encore travailler, malgré la douleur (le travail inclut le travail à la maison, une activité rémunérée ou bénévole).		
Je ne suis pas du tout certain(e) de pouvoir le faire	<u>0</u> 1 2 3 4 5 6	Je suis tout à fait certain(e) de pouvoir le faire
6. Je peux encore faire la plupart des activités que j'apprécie, telle que mes passe-temps ou loisirs, malgré la douleur.		
Je ne suis pas du tout certain(e) de pouvoir le faire	<u>0</u> 1 2 3 4 5 6	Je suis tout à fait certain(e) de pouvoir le faire
7. Je peux gérer ma douleur sans traitement médicamenteux.		
Je ne suis pas du tout certain(e) de pouvoir le faire	<u>0</u> 1 2 3 4 5 6	Je suis tout à fait certain(e) de pouvoir le faire
8. Je peux encore atteindre la plupart de mes objectifs dans la vie, malgré la douleur.		
Je ne suis pas du tout certain(e) de pouvoir le faire	<u>0</u> 1 2 3 4 5 6	Je suis tout à fait certain(e) de pouvoir le faire
9. Je peux mener une vie normale, malgré la douleur.		
Je ne suis pas du tout certain(e) de pouvoir le faire	<u>0</u> 1 2 3 4 5 6	Je suis tout à fait certain(e) de pouvoir le faire
10. Peu à peu, je peux être plus actif(ve), malgré la douleur.		
Je ne suis pas du tout certain(e) de pouvoir le faire	<u>0</u> 1 2 3 4 5 6	Je suis tout à fait certain(e) de pouvoir le faire

## 5. Questionnaire de Tampa (TSK) pour l'évaluation de l'indice de kinésiophobie

(Kori et al., 1990) Adaptation française par French et Roach

La kinésiophobie est considérée comme significative à partir d'un score au-delà de 40/68.

<b>Consignes : Veuillez lire attentivement chaque question et encercler le numéro qui correspond le mieux à vos sentiments.</b>	Fortement en désaccord	1	2	3	4	Fortement en accord
1. J'ai peur de me blesser si je fais de l'activité physique		1	2	3	4	
2. Ma douleur ne ferait qu'intensifier si j'essayais de la vaincre		1	2	3	4	
3. Mon corps me dit que quelque chose ne va vraiment pas		1	2	3	4	
4. Si je faisais de l'activité physique, ma douleur serait probablement soulagée *		1	2	3	4	
5. Les gens ne prennent pas mon état de santé assez au sérieux		1	2	3	4	
6. Mon accident a mis mon corps en danger pour le reste de mes jours		1	2	3	4	
7. La douleur signifie toujours que je me suis blessé(e)		1	2	3	4	
8. Même si quelque chose aggrave ma douleur, cela ne veut pas dire que c'est dangereux *		1	2	3	4	
9. J'ai peur de me blesser accidentellement		1	2	3	4	
10. La meilleure façon d'empêcher que ma douleur s'aggrave est de m'assurer de ne pas faire des mouvements inutiles		1	2	3	4	
11. Je n'aurais pas tant de douleurs s'il ne se passait pas quelque chose de grave dans mon corps		1	2	3	4	
12. Bien que ma condition soit pénible, je serais mieux si j'étais physiquement actif(ve) *		1	2	3	4	
13. La douleur m'indique quand arrêter de faire des activités physiques pour que je ne me blesse pas		1	2	3	4	
14. Il n'est pas prudent qu'une personne avec un état de santé comme le mien soit physiquement active		1	2	3	4	
15. Je ne peux pas faire tout ce qu'une personne normale peut faire parce que j'ai plus de risques de me blesser		1	2	3	4	
16. Bien qu'il y ait quelque chose qui me cause beaucoup de douleurs, je ne pense pas que ce soit vraiment grave *		1	2	3	4	
17. Personne ne devrait être obligé de faire des exercices lorsqu'il(elle) ressent de la douleur		1	2	3	4	

## **IX. Annexe n°4 : description des pain management programs**

### **A. A trial of an activating intervention for chronic back pain in primary care and physical therapy settings (38)**

Programme bref individualisé de réduction de la peur (kinésiophobie) et d'augmentation du niveau d'activité délivré par une psychologue et des kinésithérapeutes.

- 4 visites en face à face
  - Visite initiale de 90 minutes avec un psychologue : identifier et répondre aux craintes en lien avec les rachialgies, discussion autour des activités quotidiennes et de la qualité de vie, mettre en place un objectif d'activité ou d'exercice pour améliorer la qualité de vie, développer un plan d'action afin d'atteindre cet objectif.
  - Visite de 60 min avec kinésithérapeute, environ 1 semaine après. Examen standard du dos, réponse aux questions survenues après le premier entretien, enseignement d'étirements et d'exercices en lien avec le plan d'action, aide à surpasser les barrières qui pourraient entraver le déroulement du plan d'action.
  - Visite de 30 minutes, avec kinésithérapeute, 10 jours plus tard. Focalisée sur le plan d'action et les exercices.
  - Après 2 semaines, visite avec psychologue, faisant le point sur les progrès, encourage l'utilisation de méthodes de relaxation, et développe un plan pour maintenir le progrès, gestion des exacerbations, et l'aide à la reprise d'activité lors des poussées. Le message clé à délivrer est que les poussées sont fréquentes mais gérables.
  - Possibilité de visites additionnelles, moins de 10 % des patients de l'intervention ont reçu 1 à 2 visites additionnelles.

Grands principes du programmes tirés du livre Asmundson GJG., Understanding and treating fear of pain. Oxford University Press ; 2004, 398p.

## **B. A Controlled Trial of Methods for Managing Pain in Primary Care Patients With or Without Co-Occurring Psychosocial Problems**

Ce programme distanciel utilise les techniques issues de la thérapie de résolution de problèmes, basées sur une version modifiée de l'entraînement de Hegel et al. (66)

L'entretien initial comprend un questionnaire de santé et de problèmes psychosociaux qui est rempli à la maison par le patient, puis retourné dans une enveloppe pré-affranchie avec le consentement pour le suivi.

Puis le patient reçoit 2 documents par courrier :

- Un livret d'éducation à la santé
- Une lettre de prescription proposant au patient de se référer à certaines pages du livret d'éducation. Cette lettre de prescription est générée en fonction des réponses du patient au questionnaire initial.

Les rôles du médecin de soins primaires sont les suivants :

- reçoit un retour automatisé de l'algorithme à propos des réponses du patient,
- alertes de rappel d'évaluation de la douleur,
- feedback fait par Nurse Educator (infirmier d'éducation thérapeutique) sur les interventions initiées,
- identification de symptômes ou de problèmes psychosociaux

Les rôles de l'infirmier d'éducation thérapeutique sont :

- des contacts téléphoniques réguliers, jusqu'à 8 appels. Il n'est pas précisé ce qui détermine la fréquence des appels.
- évaluation de la douleur et des problèmes psychosociaux
- établir les préférences des patients pour les types de stratégies de la gestion de la douleur
- Discussion puis envoi par mail de matériel supplémentaire (résumé de self-management de la douleur, relaxation, rythme d'activités, hygiène du sommeil), exercices de relaxation enregistrés.
- enseignement d'une approche de résolution de problème ciblée sur les problèmes psychosociaux
- puis retour effectué au médecin de soins primaires

Matériel de résolution de problèmes :

- Définition du problème
- Choix des objectifs atteignables
- Réflexion à propos des solutions
- Sélection des solutions
- Mise en oeuvre de la solution
- Evaluation de la réussite

Les supports fournis sont :

- des supports papier
- un site internet : <http://www.howsyourhealth.org>

→ pas forcément besoin d'être intensif, car bons résultats obtenus avec 3 appels

### **C. Collaborative Care for Chronic Pain in Primary Care A Cluster Randomized Trial**

Il s'agit d'un programme dirigé par un interniste et un psychologue "care manager", l'évaluation initiale du patient se fait par un psychologue, puis en fonction de l'évaluation, l'interniste propose un programme de prise en charge au médecin traitant, qui le valide ou non.

À la suite de l'évaluation initiale, un **programme personnalisé** est réalisé par le médecin interniste : thérapie physique, thérapie par le loisir, cours sur l'éducation à la douleur dans une clinique spécialisée en douleur, action médico-sociale, ergothérapie, cours à la clinique de la santé mentale. Patients intéressés informés sur ressources et soutien communautaire (clinique de vétérans).

Puis dans les 4 mois après l'inclusion : 4 sessions de 90 min menées par psychologue "care manager" +/- interniste/kinésithérapeute. Éducation, pratique des compétences, aide à l'atteinte des objectifs. Formats de groupe ou individuels.

Démonstration d'un clip vidéo sur l'acceptation de la douleur, créé par l'association américaine de douleur chronique :

"Pathways through Pain: Step 1: Accepting the Pain" (American Chronic Pain Association, 2005).

Appel téléphonique (20 minutes) aux patients tous les 2 mois pour évaluer la douleur, la dépression, la consommation d'alcool, les objectifs et les activités. Paroles d'encouragement et de motivation.

Nouvelles données prises en compte après entretien entre psychologue et interniste afin de donner de nouvelles recommandations au médecin traitant. Certains patients pouvaient être redirigés si nécessaire vers des soins spécialisés.

## D. Optimized Antidepressant Therapy and Pain Self-management in Primary Care Patients With Depression and Musculoskeletal Pain (SCAMP study)

- 12 semaines d'optimisation du traitement antidépresseur (par nurse care manager) puis 6 sessions de programme d'auto-gestion de la douleur sur 12 semaines, puis phase de suivi et de renforcement des traitements pendant 6 mois.
  - Traitement antidépresseur : IRSNa en première intention car effet sur les voies descendantes inhibitrices de la douleur (exemple : VENLAFAXINE). Majoration de dose si pas d'efficacité à 3 semaines (efficacité : diminution de 5 points sur PHQ-9), changement de molécule à 6 semaines, si PHQ-9 >10 ou si pas de diminution de 50% PHQ-Q. Si échec de 2 antidépresseurs au cours de la phase 3, patient adressé à un psychiatre ou pour psychothérapie. Pas d'ajustement du traitement antidépresseur en fonction de la réponse sur la douleur.

Priority	Indications and precautions	Class	Drug	Dose (mg)	
				Initial	Dose increases
1	Avoid if cardiovascular disease, abnormal ECG or hypertension is not well controlled	SNRI	Venlafaxine	75	150, 225
2	SSRI of choice	SSRI	Fluoxetine	20	30, 40
2	SSRI of choice if cardiovascular disease		Sertraline	50	100, 150
3	If first SSRI (fluoxetine or sertraline) failed		Citalopram	20	30, 40
4	If obese or has gained weight/sexual side effects	Other	Bupropion	200	300, 400
4	If insomnia is a problem. Avoid if obese.		Mirtazapine	15	30, 45
5	Avoid if cardiovascular disease, abnormal ECG or hypertension is not well controlled	TCA	Nortriptyline	25	50, 75

Figure 23 : recommandations des traitements antidépresseurs (SCAMP study)

Source: Kroenke et al. - 2007 - Stepped Care for Affective Disorders and Musculosk.

- Programme d'auto-gestion de la douleur dispensé par infirmier care manager (en groupe): basé sur la théorie cognitivo-sociale (Stanford self-management program : Lorig K. *Self-management education 2003* ; Von Korff M. Moore JC. *Stepped care for back pain : activation approaches for primary care 2001* ; Lorig K. Holman. *Arthritis self-management studies : a twelve-year review 1993*). Apprentissage de changement de comportement à travers l'utilisation de techniques de planification et de résolution de problèmes (protocole standardisé). Au cours de la phase 2, le traitement antidépresseur est maintenu à la même posologie si l'état du patient le permet.
  - Education à propos de l'histoire naturelle des douleurs musculo-squelettiques persistantes

- Rationaliser les examens complémentaires ou leur absence (apprentissage des red flags)
- Discussion à propos des thérapies complémentaires
- Sessions de 30 minutes toutes les 2 semaines

Table 3  
PSM program

Program content	Session					
	1	2	3	4	5	6
Overview of self-management and pain	X					
Factors influencing pain	X					
Planning — goal setting	X	X	X	X	X	X
Feedback and problem solving		X	X	X	X	X
Dealing with negative emotions, fears			X			
Physical activities — stretching, strengthening, walking	X	X	X	X	X	
Relaxation/Deep breathing				X		
Pain management			X			
Changing your outlook with positive thinking			X			
Distraction		X	X		X	
Pain triggers				X		
Handling pain flare-ups			X		X	
Working with health care providers and employers			X		X	X
Evaluating nontraditional treatments						X
Good body mechanics					X	
Tips for better sleep						X

Figure 24 : déroulement et contenu du pain self-management program (PSM program)

Source : Kroenke et al. - 2007 - Stepped Care for Affective Disorders and Musculosk

## E. Effectiveness of multidisciplinary rehabilitation treatment for patients with chronic pain in a primary health care unit

Intervention en groupe, présentielle :

- TCC
- Education à la physiologie de la douleur
- Ergonomie
- Exercices physiques
- Techniques de relaxation
- A 3 semaines, entretien de mi-programme avec psychologue.
- A la fin, le patient rencontre tous les membres de façon individuelle pour le suivi (encourager le patient à la reprise du travail et utiliser ses nouvelles compétences dans la vie de tous les jours).
- Questionnaires de suivi à la fin et 1 an après le programme.

**Table 2**

Components of the rehabilitation program (6 weeks).

---

<b>General practitioner (12 h of education)</b> <ul style="list-style-type: none"><li>• Anatomy and pain physiology</li><li>• Causes of pain and predisposing factors</li><li>• Type of pain, mechanical, inflammatory, neuropathic and severity</li><li>• Pharmacological treatment of pain</li><li>• Mindfulness training</li></ul>
<b>Ergonomics (18 h)</b> <ul style="list-style-type: none"><li>• Provided education on exercises/postures to avoid the pain, on body awareness training and its implication in pain.</li></ul>
<b>Physiotherapist (20 h)</b> <ul style="list-style-type: none"><li>• Patients were given recommendations about individual training, time to rest, breathing exercises as the basis for relaxation, body awareness and postural control.</li><li>• Patients were given a practical program with proprioceptive, posture awareness exercises and a daily routine of stretch exercises</li></ul>
<b>Psychologist (28 h of cognitive behavioral-treatment)</b> <ul style="list-style-type: none"><li>• Provided education about influences of cognitions, emotions and behavior in pain</li><li>• Cognitive restructuring (Modulation of negative thoughts affecting emotions and pain)</li><li>• Use of attention (Increasing attention focus)</li><li>• Patients were given a practical program about time organization and reinforcement, problem solving, life values</li></ul>
<b>Additional education (12 h) provided by</b> <ul style="list-style-type: none"><li>• Swedish Insurance Agency</li><li>• Swedish Employment Agency</li><li>• Local fitness center</li><li>• Dietary adviser</li></ul>

---

*Figure 25 : composantes du programme et leur durée (Stein KF et al.)*

Source: Stein KF, Miculescu A. Effectiveness of multidisciplinary rehabilitation treatment for patients with chronic pain in a primary health care unit.

## F. The BraveNet prospective observational study on integrative medicine treatment approaches for pain

Intervention assez peu décrite. Elle serait multimodale, personnalisée (non standardisée). Équipe composée de médecins, acupresseurs, instructeurs pleine conscience, instructeurs de yoga, massage, médecine manuelle, fitness, diet, psycho, énergéticiens.

Le patient finance lui-même ses traitements intégratifs. La plupart des patients ont reçu 4 modalités.

**Table 2 Current integrative medicine pain treatments at 24 weeks for completers (N = 252)**

Integrative modality group <sup>a</sup>	Patients	Percentage
Acupuncture/TCM	115	47.3%
Manipulation Therapy	51	21.0%
Mind/Body	27	11.1%
Integrative Medicine Consult	25	10.3%
Exercise	12	4.9%
Yoga	6	2.5%
Alternative Medical Systems	6	2.5%
Energy Therapy	1	0.4%

<sup>a</sup> Individual integrative medicine modalities were grouped into eight categories. Acupuncture/TCM: acupuncture, traditional Chinese medicine, tai chi; Manipulation therapy: chiropractic, osteopathy, massage; Mind/Body: biofeedback, deep breathing exercises, hypnosis, meditation, prayer for health, progressive relaxation, psychotherapy; Alternative Medicine Systems: Ayurveda, naturopathy, homeopathy, folk medicine; Energy therapy: healing touch, energy therapy/reiki, Qi gong; Integrative Medicine Consult, Yoga, and Exercise were stand-alone categories.

*Figure 26 : différentes modalités du programme et nombre de patients ayant participé à chacune d'entre-elles (Abrams DI. et al.)*

Source : Abrams DI. et al. The BraveNet prospective observational study on integrative medicine treatment approaches for pain

## G. Medical group Visits: a Feasibility Study to Manage Patients With Chronic Pain in an Underserved Urban Clinic

8 semaines de sessions de groupe guidées par des cliniciens facilitateurs qui combinent :

- Éducation thérapeutique
- Self-care management
- Principes de la pleine conscience
- Expérience de médecines complémentaires (massages, acupressure, cours de cuisine, yoga, tai-chi) gratuits ou bien à faible coût

Groupes de 8 à 12 patients, sessions de 2h30; conduites par médecin généraliste et instructeur en méditation formé à la pleine conscience (MBSR). Quelques invités exerçant la médecine complémentaire.

Table 1 Integrative Medical Group Visit 8-Session Curriculum

<b>Weekly:</b> Vitals and pain level recorded by participant; healthy buffet of food served at the end of each session
<b>Session 1. Mind-body Exercise:</b> introduction to concepts of IMGV (ground rules for safety and confidentiality), beginner's mind, foundations of mindfulness, mindful raisin-eating exercise; <b>Doc Talk:</b> Introduction to concepts of IMGV (ground rules for safety and confidentiality) <b>EBCM:</b> body scan
<b>Session 2. Mind-body Exercise:</b> body scan, working with perceptions, Upstream Downstream fable; thinking outside the box (9 dots exercise); <b>Doc Talk:</b> Stress response and reactions in body; <b>EBCM:</b> self-massage
<b>Session 3. Mind-body Exercise:</b> mindful yoga, responding vs reacting to stress, the mind-body connection, pleasant events; <b>Doc Talk:</b> The body's response to chronic stress (blood pressure); <b>EBCM:</b> yoga
<b>Session 4. Mind-body Exercise:</b> sitting meditation, unpleasant events; <b>Doc Talk:</b> The body's response to chronic stress (cholesterol); mid-term group evaluation
<b>Session 5. Mind-body Exercise:</b> meditation triangle of awareness (thoughts, emotions, bodily experience), reacting and responding to stress; <b>Doc talk:</b> Food is medicine (glycemic index and healthy eating)
<b>Session 6. Mind-body Exercise:</b> walking meditation, difficult communications, deep listening activity; <b>Doc Talk:</b> The body's experience of pain (anti-inflammatory foods and omega-3 fatty acids) <b>EBCM:</b> acupuncture
<b>Session 7. Mind-body Exercise:</b> loving kindness meditation, communication skills; <b>Doc Talk:</b> Healthy eating on a budget; <b>EBCM:</b> cooking class in demonstration kitchen
<b>Session 8. Mind-body Exercise:</b> meditation, body scan, yoga; <b>Doc talk:</b> Practice for the rest of your life; graduation celebration and diplomas
Abbreviations: EBCM, evidenced-based complementary medicine; IMGV: integrative medical group visit. Doc Talk: clinician didactic.

Figure 27 : contenu du programme (Gardiner P. et al.)

Source : Gardiner P. et al. Medical Group Visits: A Feasibility Study to Manage Patients with Chronic Pain in an Underserved Urban Clinic.

**Table 2** Standard Integrative Medical Group Visit Session Format

Curriculum Elements	Time (min)
Participant check-in and vitals	10
Centering meditation	10
“Doc talk”	20
Mindfulness exercise or discussion	30
Discussion of home practice	10
Wrap-up	10
Experiential session or mindfulness exercise	60
<b>Total Time:</b>	<b>150</b>

*Figure 28 : déroulement d'une séance (Gardiner P. et al.)*

Source : Gardiner P. et al. Medical Group Visits: A Feasibility Study to Manage Patients with Chronic Pain in an Underserved Urban Clinic.

- Stratégies individuelles mises en place avec techniques d'entretien motivationnel et de décision partagée.
- Avant le début des sessions, une rencontre individuelle avec le médecin (avant ou après la session, dans une pièce séparée) pour modification de prescriptions médicamenteuses/examens complémentaires si nécessaire, apprentissage d'auto-mesure des constantes vitales pour apprentissage du self management.
- Exercices à la maison donnés à chaque session (CD de 40 à 45 min) pour entraînement à la pleine conscience.
- Buffet sain à la fin de chaque session.
- Puis à la fin des 8 semaines, rencontre tous les 3 mois.

## H. Telecare Collaborative Management of Chronic Pain in Primary Care

Il s'agit d'un système automatisé de monitoring des symptômes : via une voix interactive par téléphone ou par internet (1/ semaine puis 1/mois).

La première consultation est réalisée avec nurse care manager qui reprend l'histoire de la douleur et les traitements passés.

Avec ces éléments a lieu un staff entre l'infirmier care manager et le médecin spécialiste en douleur chronique pour mettre en place un plan de traitement.

Ce plan est ensuite discuté avec le patient au cours d'une conversation téléphonique.

Puis sont programmés des appels téléphoniques avec un infirmier au cours des 3 premiers mois. Les autres appels sont décidés en fonction de l'ASM.

Le monitoring comprend :

- 3 items de douleur (PEG instrument), 2 items d'anxiété (GAD-2), 2 items de dépression (PHQ-2),
- difficultés à faire les activités habituelles,
- degré de soulagement par les traitements médicamenteux,
- évolution globale de la douleur,
- effets indésirables,
- adhésion à la prise en charge,
- si un changement médicamenteux était souhaité,
- demande d'un appel infirmier

Survey Date	Average Pain	Interfere Activities	Interfere Enjoyment	Pain Score	Days Nervous	Days Worry	Anxiety Score	Days Little Interest	Days Down, Depressed	Depression Score	Pain Difficulty	Overall Improvement	How Much Improved	Any Relief	Med. Side Effects	Days Missed Dose	Want Change Meds	Want Nurse Call
2011-11-14 16.48.29	7	7	8	7	3	0	3	3	7	10	Somewhat	About Same		A Little Relief	No	0	No	Yes
2011-10-17 12.36.32	6	6	6	6	3	1	4	3	3	6	Somewhat	Better	Moderately	Fair Relief	No	0	No	No
2011-09-26 22.46.27	7	6	7	7	0	0	0	4	4	8	Somewhat	About Same		Fair Relief	No	0	No	No
2011-08-12 09.36.02	3	2	2	2	0	0	0	7	7	14		Better	Moderately		No	0		No
2011-07-14 09.54.08	8	8	8	8	0	0	0	5	5	10	Very	Worse		A Little Relief	No	0	No	Yes
2011-06-16 09.18.04	7	7	7	7	0	0	0	0	0	0	Somewhat	About Same		Fair Relief	No	0	No	Yes
2011-05-11 06.24.24	8	8	8	8	0	0	0	0	0	0	Very	Worse		A Little Relief	No	1	No	Yes
2011-04-13 05.55.01	3	3	3	3	0	0	0	0	0	0		About Same			No	0		No
2011-03-29 13.10.02	3	0	3	2	0	0	0	0	0	0		Better	A Lot		No	0		No
2011-03-15 10.47.58	2	2	2	2	0	0	0	0	0	0		About Same			No	0		No
2011-03-08 21.36.51	3	3	2	3	0	0	0	0	0	0		Better	Moderately		No	0		No
2011-02-16 10.42.08	5	5	5	5	0	0	0	1	0	1	Somewhat	About Same		Fair Relief	No	0	No	Yes
2011-02-02 09.58.30	7	5	5	6	0	0	0	0	0	0	Not Difficult	About Same		A Little Relief	No	0	No	Yes
2011-01-25 13.38.00	7	2	2	4	0	0	0	0	0	0	Not Difficult	About Same		A Little Relief	No	0	No	No
2011-01-19 10.27.18	9	8	8	8	0	0	0	2	0	2	Somewhat	About Same		A Little Relief	No	0	No	No
2011-01-14 08.37.56	9	9	9	9	0	0	0	1	0	1	Very	Worse		No Relief	No	0	Yes	Yes
2011-01-11 10.37.22	8	8	8	8	0	0	0	2	0	2	Somewhat	About Same		No Relief	No	0	Yes	No

Figure 29 : extrait d'un tableau de monitoring (SCOPE)

Source : Kroenke et al. Stepped Care to Optimize Pain care Effectiveness (SCOPE) trial study and design and sample characteristics (appendix 2)

Le management des antalgiques est optimisé par une équipe (infirmière care manager et médecin spécialiste douleur).

Il existe une collaboration avec le médecin de soins primaires, les antalgiques peuvent être prescrits par médecin spécialiste ou bien par le médecin traitant (en suivant l'algorithme).

La prise en charge médicamenteuse est basée sur une stratégie d'éviction des opioïdes.

## Algorithm for Using Clinical Criteria to Decide on Pain Treatment Changes

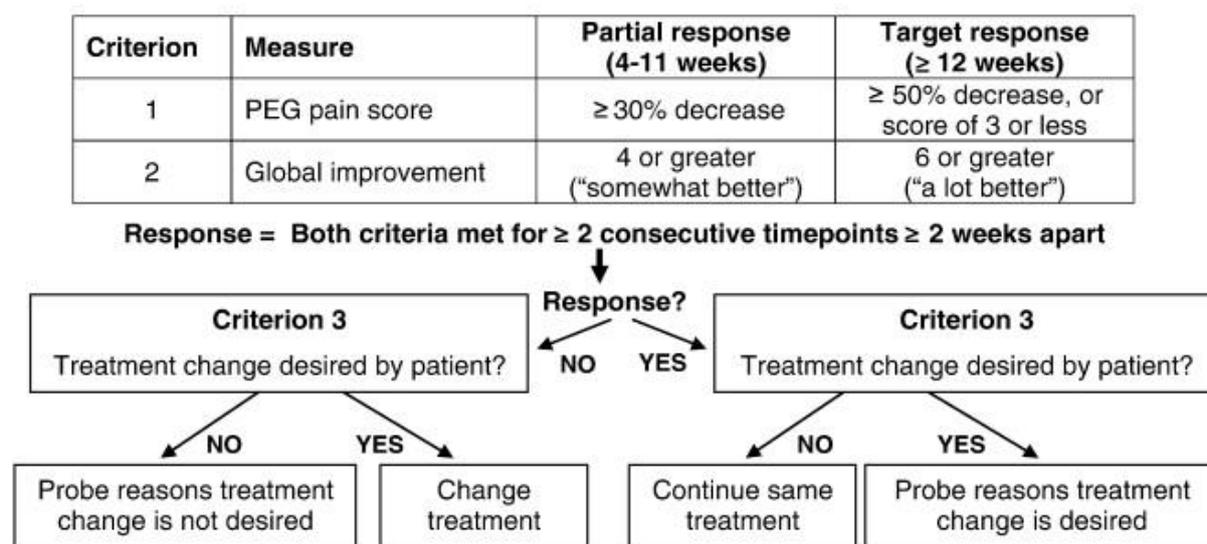


Figure 30 : algorithme de modification thérapeutique (SCOPE)

Source : Kroenke et al. Stepped Care to Optimize Pain care Effectiveness (SCOPE) trial study and design and sample characteristics

**Table 2**  
Stepped care analgesic algorithm.

Step	Medication	Type of pain indication <sup>a</sup>					Maximum dose/day (mg)	Comments
		OA	LBP	FM	NP	Oth		
1a	Acetaminophen	X	X	X	X	X	4000	2000 mg (or not at all) if liver disease or daily alcohol
	Naproxen	X	X	X	X	X	1000	First-line NSAID due to potentially less cardiovascular risk
1b	Ibuprofen	X	X	X	X	X	2400	An NSAID (like naproxen) readily available over-the-counter
	Meloxicam	X	X	X	X	X	15	If patient prefers once-a-day dosing
	Etodolac	X	X	X	X	X	1200	
	Diclofenac	X	X	X	X	X	150	
	Salsalate	X	X	X	X	X	3000	Consider if gastrointestinal intolerance to other NSAIDs
2	Amitriptyline		X	X	X		50-100	Caution in elderly or cardiac patients
	Nortriptyline		X	X	X		50-100	Same caution as amitriptyline; potentially less side effects
3	Cyclobenzaprine			X			20	
	Gabapentin			X	X		3600	
	Tramadol	X	X	X	X	X	400	Avoid if seizure history. Caution if on serotonergic drugs
	Pregabalin <sup>b</sup>			X	X		450	
4a	Hydrocodone	X	X		X	X	40	Typically in a combination tablet with acetaminophen
4b	Oxycodone	X	X		X	X	60	
	Morphine-SR	X	X		X	X	180	Considered when short-acting opioids inadequate
<sup>c</sup>	Topical analgesic	X			X			Capsaicin, lidocaine, or menthol-containing creams

<sup>a</sup> OA = osteoarthritis. LBP = low back pain. FM = fibromyalgia. NP = neuropathic pain. Other = other pain conditions.

<sup>b</sup> This is one of the 3 FDA-approved drugs for fibromyalgia and is also approved for neuropathic pain. The other 2 drugs with similar indications which could be considered would be duloxetine (up to 60 mg daily) or milnacipran (up to 100 mg daily).

<sup>c</sup> Topical analgesics can be considered at any step for localized pain conditions, depending upon patient preferences

Figure 31 : algorithme et paliers du traitement médicamenteux

Source : Kroenke et al. Stepped Care to Optimize Pain care Effectiveness (SCOPE) trial study and design and sample characteristics

## **I. Integration of Complementary and Alternative Medicine Therapies into Primary-Care Pain Management for Opiate Reduction in a Rural Setting**

2 séances de groupe par mois de gestion de la douleur se déroulant selon le protocole suivant :

- Un infirmier prend les constantes et distribue les traitements, remplit les échelles d'évaluation.
- La séance débute par un cercle de parole.
- Puis a lieu une période d'activité physique
- Imagerie guidée, pleine conscience, visualisation.
- Exercice sur l'atteinte d'objectifs puis discussion générale
- A la fin, possible entretien avec médecin selon le souhait des patients.

Exercices à faire à domicile :

- 1 activité physique par semaine (kinésithérapie, yoga, exercices de groupe, chiropraxie, ostéopathie, t'ai chi ou qigong).
- Séances de médecine alternative
- Patients encouragés à réduire leur dose d'opioïdes à l'aide des thérapies complémentaires (contrat, si absence de participation diminution de 10% de la dose par mois).
- Message à faire passer aux patients "les opioïdes peuvent aggraver les douleurs chroniques" "vous pouvez apprendre à influencer votre douleur".

## **J. Interdisciplinary team-based care for patients with chronic pain on long-term opioid treatment in primary care (PPACT) Protocol for a pragmatic cluster randomized trial**

Ce programme est réalisé dans l'environnement de soins primaires des patients.

1er contact après inclusion : le patient reçoit (e-mail ou voie postale) une brochure explicative à propos de l'étude, puis contact téléphonique afin d'en parler avec un membre de l'équipe de l'étude, et de pouvoir poser ses questions.

Utilisation de l'outil de l'interférence de la douleur sur l'activité tirée du PEG (recrutés si > ou égal à 4).

- Une évaluation d'entrée globale standardisée avec infirmiers entraînés (1 mois) : l'objectif est d'identifier les possibles facteurs contribuant à l'incapacité liée à la douleur, afin de personnaliser les objectifs de l'intervention. Réalisés par infirmier care manager ou spécialiste du comportement (en 2 sessions), recherche des comorbidités pouvant exacerber la douleur et pouvant être curables (avec transmission des informations au PCP pour prise en charge si nécessaire). **“Goal setting”**

Revue médicamenteuse par pharmacien (proposition alternatives aux opioïdes et ajustement des traitements psychotropes).

1 session de rencontre avec kinésithérapeute afin d'identifier les éventuelles adaptations à faire pour permettre au patient de participer aux activités et d'atteindre ses objectifs, activité physique progressive. **Rencontre avec le patient à mi-programme.**

Puis rencontre avec le patient afin de lui exposer le PPS.



Patient Name \_\_\_\_\_

Health Record Number \_\_\_\_\_

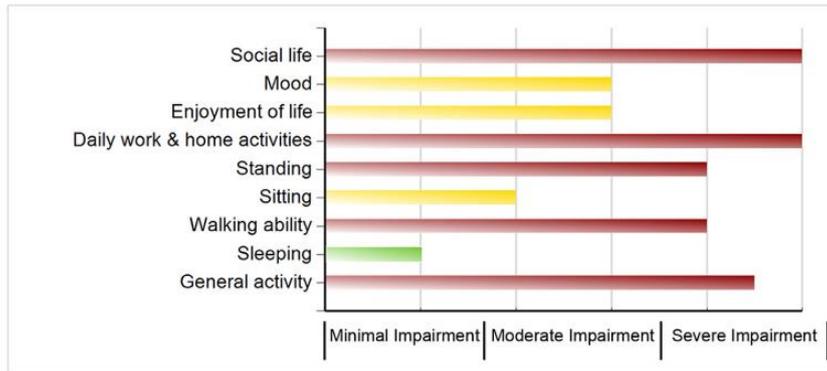
Pre-Program

Post-Program

**PATIENT PROGRAM GOALS**

Quality of Life Goal:

<b>NOW</b>				
A bit worse	<b>NOW</b>	A bit better	Even better	Much better



**Physical Function Goals**

- 
- 

**Recommendations from PPACT team members**

- 
- 

**Areas of Strength**

- 
- 

**Targets for Improving Function**

- 
- 

**Screenings:**

Depression (PHQ) Score: \_\_\_\_\_

Anxiety (GAD) Score: \_\_\_\_\_

Level of Depression: \_\_\_\_\_

Level of Anxiety: \_\_\_\_\_

Sleepiness (Epworth) Score: \_\_\_\_\_

Alcohol Use (AUDIT) Score: \_\_\_\_\_

Interpretation: \_\_\_\_\_

Interpretation: \_\_\_\_\_

Figure 2. PPACT: Pain Program for Active Coping and Training, PHQ: Patient Health Questionnaire, GAD: Generalized Anxiety Disorder, AUDIT: Alcohol Use Disorders Identification Test.

Figure 32 : exemple d'évaluation initiale selon le modèle PPACT

Source : Lindsay L. Benes et al. Treating Persistent Pain: A Nurse Co-Led, Interdisciplinary Model for Primary Care

- 12 sessions de groupes hebdomadaires d'activité physique et d'initiation à la TCC : co-dirigées par infirmier care-manager et spécialistes du comportement.

Sessions adaptées avec pour objectifs :

- Améliorer l'auto-efficacité des patients en utilisant des stratégies de coping pour contrôler la douleur
- Diminuer les pensées de catastrophisation de la douleur
- Diminuer la peur du mouvement
- Augmenter le niveau d'activités physiques et sociales

-> Théorie puis mise en pratique immédiate au cours des séances avec explications adaptées au niveau de langage.

Les compétences spécifiques de coping de la douleur (EBM) : relaxation musculaire progressive et sessions brèves de relaxation, repos actif cyclisme, planification d'activités plaisantes, imagerie mentale guidée et autres méthodes de distraction, régulation émotionnelle, identification des pensées négatives et utilisation d'auto-affirmations relaxantes, résolution de problèmes, prévention des récives et maintien. Chaque session de groupe contient une formation et une pratique de mouvements basés sur le yoga (DVD relax into yoga" (adapté pour populations vulnérables) et DVD fourni pour la maison.

Entre les séances ont lieu quelques appels téléphoniques individuels de coaching.

- Consultation avec PCP et sensibilisation du patient

Coping Skill	Description of Coping Skill
Activity-rest cycling	Identification of activities that predispose a patient to over-activity, development of a plan to break that activity into periods of rest and activity, with a targeted plan for increasing activity and decreasing rest over time.
Progressive muscle relaxation	Tensing and relaxing muscle groups from head to toe with the purpose of enhancing patients' ability to identify and release tension.
Mini-practice (applied relaxation)	30-second brief relaxation where patients focus on sensations of relaxation throughout the body with the purpose of applying this practice throughout the day.
Pleasant activity scheduling	Group-brainstorm of pleasant activities, individual identification of activities that enhance engagement with valued activities, with creation of weekly activity goals.
Pleasant imagery	Visualization of a pleasant image/experience where patients use their five senses to immerse themselves in imagining the pleasant scene.
Emotional regulation	Exploration of patients' experience of resistance (to their situation) and willingness (to stay present with their experience) with guidance for distress tolerance.
Cognitive restructuring	Guided example of cognitive restructuring to help patients recognize connections between their behaviors, thoughts, and feelings.
Challenging negative thoughts with use of calming self-statements	Identification of maladaptive thoughts, formulation of more productive coping thoughts, and planned practice for using calming self-statements.
Problem solving	Stepwise problem-solving plan to break down a problem and understand its effect, brainstorm solutions, and implement solutions while using skills taught in program.
Relapse prevention	Identification of signs indicating a setback in skill use, planned strategy for using coping skills in midst of setback, and plan for continued use of coping skills.

Figure 33 : description des compétences spécifiques de coping de la douleur utilisées dans le programme (Lindsay L.Benes et al.)

Source : Lindsay L. Benes et al. Treating Persistent Pain: A Nurse Co-Led, Interdisciplinary Model for Primary Care

Session	Skill Focus	Description
Session 1: Understanding pain/pain education and role of pain coping skills	Adaptation model/neuromatrix model of pain	Simple diagrams, including the neuromatrix and persistent pain cycle, are used to illustrate the pain cycle along with the role of the brain and other parts of the central nervous system in influencing the pain experience. The group explores pain's effect on patients' activities, feelings, and thoughts and how these changes similarly affect the pain they experience. The menu of coping skills modules is discussed, as well as the fact that these skills can be used not only for managing pain but also for managing stressors related to pain. Patients are taught how to use a brief relaxation method
Session 2: Applying PMR and adaptation model	PMR	(PMR) that enables them to apply relaxation during daily activities that may increase their pain (e.g., walking, transferring from 1 position to another, and prolonged sitting). Using the information presented in session 1, experiential activities encourage the group to envision how application of the program's coping skills can change their pain, stress, and adaptation to challenging situations. Time is spent breaking down the PMR activity to promote a successful experience of this important skill and an overall understanding of how this directly affects the perception of pain and stress in the brain.
Session 3: Activity-rest cycle	Activity-rest cycling	Patients are taught to use a quota system to pace their activities and increase activity level. The quota system involves targeting a daily activity that the patient tends to overdo and learning to split this activity into periods of moderate activity (e.g., 10 min of walking) followed by limited rest (e.g., 5 min of rest). The patient will build up the activity quota over time. A range of activity options are discussed, along with benefits of gradually increasing activity. Barriers and obstacles to using this quota system are identified and solutions for overcoming them are formulated.
Session 4: Pleasant activity scheduling	Pleasant activity scheduling	Pleasant activity scheduling is used to help patients identify and incorporate a variety of enjoyable and realistic activities in their day-to-day life that help them overcome the deactivation common for patients with pain and to address mood-related impairments common among patients with chronic pain.
Session 5: Relaxation mini practices	Mini practices	Patients are taught to use, and then practice as a group, these brief relaxation techniques that are designed for use in the midst of various daily activities. These mini-practices provide an alternative to longer relaxation methods, such as the full PMR, but still provide the mental and physiological benefits necessary to overcome instances of pain, tension, and stress.
Session 6: Pleasant imagery	Pleasant imagery	Patients are assisted in identifying an imaginary, personal scene and are then guided through pleasant imagery sessions that focus attention on pleasant experiences in the midst of pain, stress, or negative thoughts. The group then strategizes about building these imagery sessions into their day to promote relaxation.
Session 7: Emotional regulation: leaning in	Leaning in: emotional regulation	Mood modulation skills, mindfulness, and the role of acceptance are taught and practiced to assist patients in working with strong emotions.
Session 8: Emotional regulation: leaning out	Leaning out: distraction	In working with patients to counterbalance leaning into and away from challenging emotions, distraction techniques using physical or auditory stimuli are discussed and practiced as helpful tools in managing pain.
Session 9: Cognitive restructuring	Cognitive restructuring	Cognitive restructuring is used to help patients recognize overly negative thoughts that occur in response to pain. Effects of such thoughts on feelings and behaviors are discussed.
Session 10: Use of calming self-statements	Positive self-statements	Patients develop alternative, calming/coping thoughts and self-statements that are more helpful/useful in coping with pain.
Session 11: Problem solving	Problem solving/reinforcing the application of learned skills	Following patient-stated reviews of the coping skills used throughout the program, the group works through several problem-solving scenarios to gain experience applying learned coping skills in the context of challenges faced.
Session 12: Relapse prevention and maintenance enhancement training	Relapse prevention/maintenance plan	Patients are taught strategies to enhance maintenance of learned coping skills. To pinpoint situational factors affecting maintenance, each patient is taught to identify high-risk situations that are likely to interfere with coping efforts. A rationale for anticipating and coping with setbacks is discussed. Cognitive strategies for recognizing early warning signs of pain and symptom flares and coping with setbacks are emphasized.

CBT = cognitive behavioral therapy; PMR = progressive muscle relaxation.

Figure 34 : description du contenu des différentes sessions du programme (DeBar L. et al.)

Source : L. DeBar et al. A Primary Care–Based Cognitive Behavioral Therapy Intervention for Long-Term Opioid Users With Chronic Pain: A Randomized Pragmatic Trial

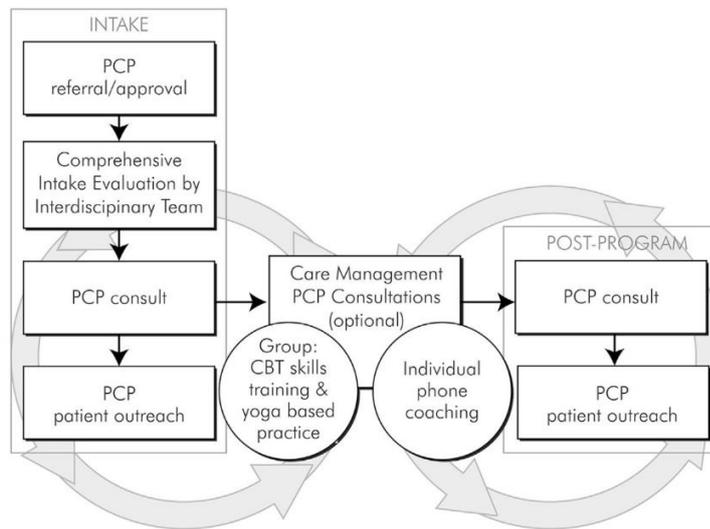


Figure 35 : schéma du déroulement du programme PPACT

Source : L. DeBar et al. Interdisciplinary team-based care for patients with chronic pain on long-term opioid treatment in primary care (PPACT) Protocol for a pragmatic cluster randomized trial

**Table 1**  
Interdisciplinary Team Roles

Interdisciplinary Team Member	Role within PPACT
Nurse	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Conducted initial biopsychosocial interview and assessment (often for the more medically complex patients).</li> <li>• Devised patient-centered plan of care based on interdisciplinary assessments.</li> <li>• Discussed plan of care with patient's primary care provider.</li> <li>• Co-led weekly supported self-care management group session.</li> <li>• Engaged in weekly coaching calls with patients.</li> <li>• Devised and discussed post-program plan of care with patient.</li> <li>• Discussed plan of care with patient's primary care provider (in-person or electronically).</li> <li>• Training: 3-day in-person training, audio-recorded small group role plays with feedback, audio-recorded group sessions with feedback, weekly or bi-weekly consultation calls.</li> </ul>
Behavioral specialist	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Conducted pre-program biopsychosocial interview and assessment (often for the more medically complex patients).</li> <li>• Devised patient-centered plan of care based on interdisciplinary assessments.</li> <li>• Discussed plan of care with patient's primary care provider.</li> <li>• Co-led weekly supported self-care management group session.</li> <li>• Engaged in weekly coaching calls with patients. Devised and discussed post-program plan of care with patient.</li> <li>• Discussed plan of care with patient's primary care provider (in-person or electronically).</li> <li>• Training: 3-day in-person training, audio-recorded small group role plays with feedback, audio-recorded group sessions with feedback, weekly or bi-weekly consultation calls.</li> </ul>
Physical therapist	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Conducted pre-program functional assessment.</li> <li>• Devised physical function-focused plan of care and goals.</li> <li>• Recommended adapted movement modifications based on patients' functional assessment.</li> <li>• Conducted mid-program functional assessment for physical function recommendations based on progress in the program.</li> </ul>
Pharmacist	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Training: participation in two days of 3-day in-person training</li> <li>• Conducted pre-program, chart-based medication review.</li> <li>• Formulated recommendations to optimize medication management, which were communicated to the nurse, behavioral specialist, and primary care provider.</li> <li>• Training: Two-hour training with lead investigator and pharmacist. Template for chart reviews provided.</li> </ul>

PPACT = Pain Program for Active Coping and Training.

Figure 36 : rôle des différents intervenants du programme PPACT

Source : L. L. Benes et al. Treating Persistent Pain: A Nurse Co-Led, Interdisciplinary Model for Primary Care

## **K. 11. The Integrated Pain Team: A Mixed-Methods Evaluation of the Impact of an Embedded Interdisciplinary Pain Care Intervention on Primary Care Team Satisfaction, Confidence, and Perceptions of Care Effectiveness**

L'Integrated pain team (IPT) est une équipe interdisciplinaire de soignants intervenant dans la douleur chronique au San Francisco Veterans Affairs Health Care System (SFVAHCS).

Composition de l'équipe :

- Soignant primaire formé à la prise en charge de la douleur (médecin ou IDE)
- Psychologue
- Pharmacien

Les patients sont adressés par d'autres professionnels de soins primaires lorsque les cas sont complexes afin d'améliorer leur prise en charge (notamment mésusage opioïdes).

Les objectifs sont :

- Optimiser le plan de soins de la douleur pour chaque patient
- Réduire la prescription d'opioïdes, le mésusage et promouvoir la sécurité de leur usage
- Faciliter le travail aux soignants dans leur relation avec les patients douloureux chroniques complexes

L'IPT travaille de façon rapprochée avec les soignants de soins primaires et les équipes spécialisées de douleur et d'addictologie.

Les rôles : soin, coordination des soins, éducation et support

- Évaluation de la gestion de la douleur chronique et du risque de mésusage d'opioïdes
- Éducation des patients à propos de la douleur chronique et de la sécurité du médicament (distribution de kits de naloxone)
- Ajuster les traitements et optimiser les tt non opioïdes
- Optimiser les méthodes de gestion de la douleur non médicamenteuses
- Thérapie comportementale autour de la gestion de la douleur (groupe ou individuelle)
- Coordination des consultations spé (douleur ou addicto)
- Formation pour les soignants

- Soignant adresse un patient à l'IPT
- Après lecture du dossier médical, entretien de 60 minutes en équipe interdisciplinaire avec le patient : travail commun afin d'évaluer les besoins du patient et ses facteurs de risque. Introduction de la douleur comme un problème psycho-somatique nécessitant une prise en charge multimodale. (A car with four flat tires, vidéo disponible sur youtube, publiée par The American Chronic Pain Association : médicaments, exercice physique, comportemental, thérapies manuelles).
- Explication que l'objectif principal est l'amélioration de la qualité de vie, et qu'elle nécessite de gonfler les 4 roues. Les patients sont encouragés à jouer un rôle pro-actif.
- Durée du suivi variable (médian 3 visites, jusqu'à 16).

Critères de sortie du suivi : stabilisation des traitements médicamenteux, plan multimodal de gestion de la douleur géré par le patient. Patients suivis jusqu'à 16 mois.

## L. Optimizing pain treatment interventions (OPTI): A pilot randomized controlled trial of collaborative care to improve chronic pain management and opioid safety-Rationale, methods, and lessons learned

L'équipe est composée de 4 *care managers* (psychologues) : le programme utilise l'entretien motivationnel ainsi que l'aide à la décision partagée, avec des techniques d'apprentissage d'auto-gestion de la douleur en insistant sur la sécurité autour des opioïdes.

- La consultation initiale consiste en un entretien structuré avec un soignant, au cours duquel est fourni un dossier avec informations autour de la douleur chronique et la gestion des opioïdes ("A car with four flat tires" de l'American Chronic Pain Association, comment créer un SMART objectif, modèle pour créer un PPS, voir *appendice de l'article pour accès au PDF détaillant la formation*).
  - Évaluer la sévérité moyenne de la douleur et l'incapacité liée à la douleur dans les 7 derniers jours en utilisant l'échelle PEG + localisations
  - Soulagement et effets indésirables des traitements médicamenteux (opioïdes et non opioïdes)
  - Évaluer les méthodes non médicamenteuses déjà utilisées
  - Addiction behavior checklist pour évaluer le mésusage opioïde
  - Fournir explications pour prise sécurisée d'opioïdes
  - Etablir à l'aide des objectifs SMART un PPS avec le patient afin d'atteindre ces objectifs
- Première évaluation avec care manager à S4 (juste après entretien initial PCP, avec revue du PPS entre les 2 professionnels juste avant) (environ 30 min présentiel)
- Visites de suivi semaine 6, 8 et 12 par téléphone
  - Mesure de la douleur PEG
  - Progrès dans les SMART objectifs et PPS
  - Comportements pour améliorer sécurité opioïdes et gestion non médicamenteuse de la douleur
  - Techniques d'entretien motivationnel **non scénarisé** (K.H. Seal et al, A randomized controlled trial of telephone motivational interviewing to enhance mental health treatment engagement in Iraq and Afghanistan, 2012)
- Semaine 12 et 20 : 2 visites de suivi individuelles en face à face avec PCP avec pour objectif la gestion des opioïdes et la gestion de la douleur

2 options de traitement non médicamenteux :

- Médecine intégrative et complémentaire comme yoga et acupressure
- Marche ou kinésithérapie.

Concernant le traitement médicamenteux, les soignants utilisent un système informatisé d'aide à la prise de décision pour la gestion de la douleur.

### M. Design, Implementation, and Evaluation of an Integrative Pain Management Program in a Primary Care Safety-Net Clinic

Sessions de groupe de 2h hebdomadaires, sur site, au cours desquelles un repas est délivré. La séance débute par une discussion où chaque participant peut s'exprimer de façon libre. Elle se poursuit avec l'intervention d'un invité (pharmacien, expert en pleine conscience...), donnant des informations éducatives.

En parallèle des sessions de groupe, possibilité de séances de massage ou d'acupression individuelles.

Rencontres individuelles avec pharmacien encouragées pour discuter des thérapeutiques.

Chaque participant a un coach en santé (étudiants éducateurs en santé) qui lui est attribué, avec appels téléphoniques hebdomadaires (discussion des symptômes, éventuelles questions, promotion du self-care et conseils d'aide aux changements d'habitudes comportementales).

Un diplôme est délivré à la fin des séances.

TABLE 1. INTEGRATIVE PAIN MANAGEMENT PROGRAM WITH HOME GROUP CONTENT

<i>Week</i>	<i>Content</i>	<i>Facilitator(s)</i>
1	Orientation—goals, intros, neuroscience education, ground rules, self-care	Health educator and program coordinator (group facilitators)
2	Pain stories, successful treatments, and self-care	Health educator and program coordinator (group facilitators)
3	Physical movement	Certified yoga and movement instructor
4	Medication education	Clinical pharmacist
5	Meditation/mindfulness	Mindfulness instructor
6	Medication education (Naloxone training)	Clinical pharmacist
7	Self-massage	Certified massage therapist
8	Physical movement	Certified yoga and movement instructor
9	Meditation/mindfulness	Mindfulness instructor
10	Medication education	Clinical pharmacist
11	Nutrition <sup>a</sup>	Nutritionist, educator
12	Moving forward, graduation	Program coordinator

<sup>a</sup>Nutrition was offered during group sessions of the initial cohort only.

Figure 37 : contenu du programme et soignants participant (Hurstak et al.)

Source : E. Hurstak et al. Design, Implementation, and Evaluation of an Integrative Pain Management Program in a Primary Care Safety-Net Clinic

## N. Turning Pain into Gain: Evaluation of a Multidisciplinary Chronic Pain Management Program in Primary Care

Le programme consiste en 6 sessions de groupe d'éducation mensuelles d'une durée de 2h minutes. Chaque session se déroule ainsi :

- Quelques minutes d'expression libre en début de session
- Thème du jour
- Pause thé au bout d'une heure
- Selon les séances, activité interactive (cours de cuisine, exercice physique, relaxation...)

Thèmes	Description	Intervenant
1- Connaître la douleur	Introduction à la science de la douleur et auto-gestion	Care coordinator
2- Médicaments et douleur	Discuter des traitements et de leur rôle dans la gestion de la douleur	Médecin généraliste ou pharmacien
3 - Mouvement et douleur	Expliquer l'intérêt et les inconvénients des investigations complémentaires puis expliquer le rôle du mouvement dans la gestion de la douleur	Médecin généraliste et kinésithérapeute/prof APA et care coordinator
4- Nourriture et douleur	Explorer la relation entre l'alimentation et la manière dont elle affecte la gestion de la douleur	Diététicien
5- Sommeil et douleur	Discuter le rôle du sommeil dans la prise en charge de la douleur et donner des conseils pour un sommeil de qualité	Care coordinator ou spécialiste de la santé mentale
6- Pensées et émotions	Fournir des compétences aux patients pour pouvoir utiliser la pleine conscience et d'autres techniques afin de réduire la douleur	Spécialiste en santé mentale (psychologue, ergothérapeute, assistant social)

On retrouve aussi 4-5h de sessions individuelles avec auxiliaires médicaux (planification des objectifs et de la gestion de la douleur, application de ce qui a été appris en groupe, repérage des drapeaux rouges et réponses aux questions).

2 revues médicamenteuses avec pharmacien et séances avec kinésithérapeute.

Evaluation de chaque patient par le staff du programme pour aider le patient et son médecin traitant dans le self management

Le programme se déroulant en Australie, il est adapté aux Aborigènes et tout le staff est formé aux différences culturelles. Il se déroule en anglais mais des interprètes sont disponibles, et les brochures sont écrites en plusieurs langues.

## **O. Effectiveness of a collaborative care intervention for managing major depression and chronic musculoskeletal pain in primary care: A cluster-randomised controlled trial**

Un objectif du programme est l'optimisation du traitement de la dépression, en utilisant un outil basé sur un algorithme de recommandations intégré sur ordinateur. Ces recommandations sont données par l'algorithme au médecin traitant via le dossier informatisé du patient, et le care manager peut aussi ajouter des annotations au dossier.

Le care manager (psychologue formé à la douleur chronique) a une place centrale dans ce programme, il va assurer le suivi téléphonique des patients via des appels mensuels pendant 3 mois, puis trimestriels pendant 1 an. Lors des entretiens téléphoniques, une évaluation structurée est effectuée (PHQ-9, Global Assessment of Functioning Scale, and MINI scale for suicide risk), les éventuelles difficultés d'observance sont discutées, avec réponse aux éventuelles questions.

Le programme de psychoéducation est délivré par le care manager, sur la base de la TCC, en faisant la promotion du self-management de la douleur.

Son contenu est standardisé mais il a aussi pour objectif de favoriser les interactions entre les participants. Des "devoirs maison" sont donnés pour la session prochaine,

Les thèmes abordés sont les suivants:

- comprendre la douleur;
- gestion des émotions et de l'attention;
- techniques de relaxation de base;
- stratégies de restructuration cognitive;
- résolution de problèmes;
- fixer des objectifs de vie;
- lien entre douleur et activité physique ;
- posture saine et sommeil;
- maintien des stratégies apprises ;
- stratégies en cas de rechute.

## **P. Reboot Online: A Randomized Controlled Trial Comparing an Online Multidisciplinary Pain Management Program with Usual Care for Chronic Pain**

Il s'agit de l'adaptation en ligne du contenu d'un programme multidisciplinaire présentiel développé dans un hôpital (centre de la douleur Sydney). 8 sessions sur 16 semaines (espacées de 2 semaines) durant lesquelles les participants ont un accès au site à leur convenance. Quelques contacts téléphoniques peuvent avoir lieu si nécessaire (kinésithérapeute, psychologue, technicien).

Le patient est guidé sur le site internet par un personnage de fiction qui apprend l'auto-gestion de sa douleur en utilisant une approche multidisciplinaire :

- Psychoéducation sur la nature socio-psycho-bio-médicale de la douleur chronique.
- Vidéos faites par différents médecins spécialistes : médecin douleur, MPR, psychiatres, anesthésistes, rhumatologues, radiologues ; mais aussi par des ergothérapeutes et diététiciens.
- Modules de psychologie avec compétences de TCC : défi, planification d'activités, résolution de problèmes, communication efficace, gestion des crises. Vidéos de relaxation.
- Module de kinésithérapie : programme Tai chi, activité physique graduée avec démonstration par un acteur, avec rythme progressif étape par étape. Amélioration de la souplesse, de la force et de l'équilibre.

Les thèmes abordés (détails dans l'appendice de l'article) :

- Qu'est-ce que la douleur chronique et quel est le meilleur moyen de la gérer
- Fixer des objectifs et se rapprocher de l'acceptation : SMART Goals
- Programmer une activité physique quotidienne : kinésiophobie et croyances, trouver son rythme
- Gérer ses pensées et reconnaître les "mauvaises pensées" : lien entre douleur/pensées/comportements
- Humeur et douleur : stratégies pour gérer l'anxiété, faire plus d'activité pour se sentir mieux
- Gestion du stress et sommeil : résolution de problèmes
- Communication et relations
- Gérer les crises : "plan de crise"

## **Q. Effectiveness of integrative medicine group visits in chronic pain and depressive symptoms: A randomized controlled trial**

L'IMGV consiste en des visites médicales de groupes (8 à 12 personnes) associées à des soins médicaux individuels. Ces visites ont recours à l'éducation thérapeutique, l'autogestion ainsi qu'à la socialisation.

Il s'agit de visites médicales présentielles, d'une durée de 2h30, hebdomadaires, pendant 9 semaines.

2 outils numériques sont intégrés au programme afin de renforcer l'apprentissage pendant 12 semaines "phase de maintenance" à la fin des visites médicales.

Chaque session débute par la prise des constantes par les patients, supervisée par un clinicien, ce qui permet une participation active.

S'en suit le remplissage d'un formulaire :

- Échelle de douleur
- Visite chez un soignant depuis la dernière séance ?
- Passage aux urgences ou soins urgents ?
- Utilisation des outils à la maison et entraînement ?
- Consommation tabagique ?
- Changement dans le traitement médicamenteux ?
- Questions ?

→ Permet de guider le clinicien sur les priorisation est patients à voir en individuel : prescriptions, etc...

Avec le questionnaire, le médecin expérimenté en médecine intégrative rencontre les patients de façon individuelle pour une visite médicale (la durée n'est pas précisée, de même il n'est pas précisé si tous les patients ont une consultation à chaque séance).

Puis :

- une séance de pleine conscience avec apprentissage de techniques d'autogestion de la douleur (acupressure et massage), par 2 co-facilitateurs formés en yoga et MBSR.
- Retour sur les exercices réalisés à la maison
- Thème éducationnel du jour avec le médecin

Chaque session contient une partie éducative/théorique et une partie expérimentale.

Se termine par un repas sain.

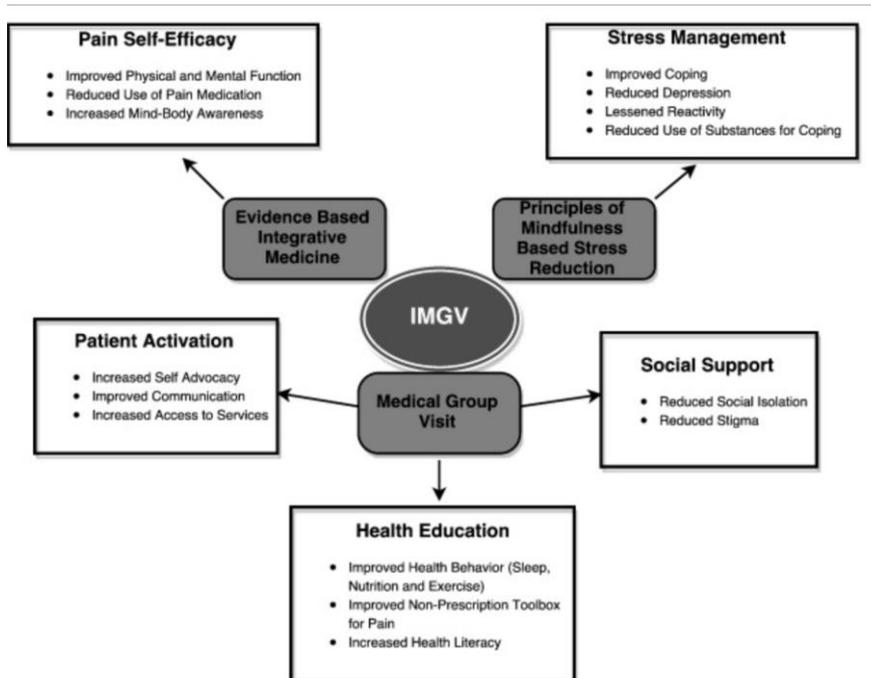


Figure 38 : les principaux axes de l'IMGV

Source : Gardiner P, Luo M, D'Amico S, Gergen-Barnett K, White LF, Saper R, et al. Effectiveness of integrative medicine group visits in chronic pain and depressive symptoms: A randomized controlled trial.

L'IMGV est centré autour de 3 axes :

- Des visites médicales de groupe utilisant l'éducation thérapeutique afin de promouvoir les comportements et habitudes saines pouvant améliorer la santé, d'augmenter la participation active du patient dans sa prise en charge mais aussi de maintenir un lien social et de lutter contre l'isolement et la stigmatisation.
- Une médecine intégrative basée sur les preuves permettant d'améliorer l'auto-gestion de la douleur en passant par l'amélioration de la condition physique et mentale tout en réduisant la consommation d'antalgiques.
- Principes de la réduction du stress basée sur les méthodes de pleine conscience, permettant d'améliorer les stratégies de "coping".

Session	Thème	Activité expérimentale
1	Introduction au principe de l'IMGV et aux thématiques de pleine conscience, règles de confidentialité, tutoriel de prise de constantes, introduction à la méditation	Méditation par respiration consciente
2	Nos réactions au stress : retentissement physique du stress sur le corps, les réactions plus ou moins saines de réponse face au stress, rôle du stress dans la douleur chronique	Respiration consciente, exercice de la dégustation du raisin, body scan
3	L'importance du sommeil : comment il affecte notre santé, comment établir un rythme de sommeil sain, maintien d'un journal de pensées positives et de gratitude, triangle de la conscience et de du lien corps-esprit, exercice du puzzle des neuf points (par Jon Kabat-Zinn).	Respiration consciente, body scan
4	La nourriture et l'activité physique comme médicament : manger sainement, lire les étiquettes d'apports	Respiration consciente, yoga sur chaise

	nutritionnels, portions, manger en toute conscience	
5	La réponse de notre corps à la douleur : chronique VS aiguë, le cycle de la douleur chronique, les méthodes non médicamenteuses, les exercices respiratoires.	Respiration consciente, acupressure
6	Nos corps et l'inflammation : chronique VS aiguë, méthodes pour diminuer l'inflammation, nourriture et inflammation, acides gras omega 3 et omega 6, sucres simples et complexes	Respiration consciente, méditation assise
7	Dépression et communication : prendre conscience des difficultés de communication, stratégies de "coping" face à la dépression et les approches corps-esprit, aliments et compléments alimentaires, vitamines B, omega 3 et vitamine D.	Respiration consciente, méditation sur l'amour bienveillant.
8	Comprendre le rôle de la nourriture : effets du des sucres, fibres et protéines, index glycémique, nourriture transformée VS maison, trouver le sucre sur les étiquettes, sources saines de fibres et de protéines, manger de façon consciente, introduction au développement des objectifs SMART	Méditation sur l'amour bienveillant, méditation sur chaise ou assis.
9	Fixer des objectifs et maintien du bien-être : fixer des objectifs SMART, astuces pour maintien de comportements sains et de bien-être, ressources à utiliser après le programme de groupe, cérémonie de clôture et diplômes	Méditation sur l'amour bienveillant, auto-massage
10	Session de maintien (12 semaines plus tard) : fixer de nouveaux objectifs, revue des pratiques corps-esprit	Méditation assise choiceless awareness (conscience sans-choix), méditation par visualisation

A la fin du programme, les patients sont invités à se servir des outils numériques pendant 12 semaines.

L'un des outils numériques consiste en un "Coach personnel" : ECA (embodied conversational agent

- Personnage féminin "Gabby"
- Refait le point sur le contenu des réunions de groupe
- Les encourage à pratiquer les activités de MBSR, à se fixer des objectifs
- Informations pratiques à propos de l'accessibilité des médecines intégratives
- Ne nécessite pas de connexion internet

Le second outil numérique est un site internet "Our Whole Lives" OWL

- Différents outils d'auto-apprentissage, accès à ce qui a été vu en séances de groupe
- Forums
- Monitoring des niveau de douleur et dépression, surveillance des constantes
- Récompense "pièce de puzzle" avec image complète à la fin
- Vidéos des différentes activités pratiquées en groupe/sujets en lien avec la santé
- Recettes saines, poèmes, ressources violences conjugales...
- Accessibilité sur tablette ou sur leur téléphone portable

## **R. Integrating a Multidisciplinary Pain Team and Chiropractic Care in a Community Health Center: An Observational Study of Managing Chronic Spinal Pain**

L'intervention de ce programme est assez peu décrite.

- 1) Pain team : améliorer douleur chronique, augmenter le soutien psychosocial, diminuer la consommation d'opioïdes à visée antalgique.
- 2) Chiropraxie : éducation thérapeutique, exercices de réhabilitation, thérapie manuelle (manipulation du rachis rapide de faible amplitude et traitement myofascial).

Les programmes suivants sont des programmes développés dans différentes villes en Australie (y compris le programme *Turning pain into gain* décrit plus haut, qui a été développé en premier et qui sert de modèle pour la plupart).

## **S. Early Intervention Subacute Pain Program (Gold Coast PHN)**

Durée de 4 à 6 mois. 2 sessions de groupe (durée 1h30 chacune). Jusqu'à 4 séances individuelles avec professionnels de santé

- Accueil possible des familles aux sessions de groupe
- 2 sessions de groupe de 1h30
  - Qu'est ce que la douleur et pourquoi ai-je encore mal ?
  - Qu'est ce qui contribue à ma douleur ?
  - Minimiser l'impact de la douleur sur mon quotidien, trouver mon fonctionnement, accélérateurs de guérison, usage responsable des médicaments
  - Comprendre l'anxiété et les traumatismes
  - Résolution de problèmes
  - Gestion des crises
  - Célébrer les victoires
- Selon volonté, possibilité de rejoindre un groupe de patients pour des repas informels.
- Programme de rappels trimestriel selon le souhait
- Suivi individuel avec auxiliaires médicaux : fixer des objectifs, planning, clarifier des concepts et application personnalisée de ce qui a été appris dans les groupes, recherche de "drapeaux rouges", réponse aux questions, recommandations au médecin traitant et au réseau de professionnels de santé à charge du patient.

## T. Persistent pain program (WA Primary Health Alliance)

Programme basé sur le modèle de Turning pain into gain.

Suivi individuel sur une durée de 12 mois, associé à des sessions de groupe mensuelles de 2h, avec une 7e session de rappel dans les 6 mois après la fin du suivi.

5 consultations avec différents professionnels paramédicaux (kinésithérapeute, psychologue, diététiciens, professeurs d'activité physique) et pharmacien prises en charge avec possibilité d'avoir 3 consultations supplémentaires.

Topic	Discussion	Presenter
1. Pain evolution	<p>The explosion of the pain revolution</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• What's important to you?</li> <li>• What is self-management?</li> <li>• Understanding pain</li> <li>• Taking control</li> <li>• Recruiting your team</li> </ul>	Clinical facilitator
2. Pain medicines	<p>Understanding pain medicines: the old, the new, the future</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Old way – not individualised</li> <li>• Turning down the intensity in acute/flare-ups and persistent pain</li> <li>• Regular long-acting medication and multiple strategies</li> <li>• Opioids – side effects</li> <li>• Other – over the counter, injectable, antidepressants, anticonvulsants, topical, benzodiazepines</li> <li>• Tapering</li> <li>• Medicinal cannabis</li> <li>• Regular review</li> </ul>	Clinical facilitator and/or pharmacist
3. Medical investigations and movement planning	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Breathing techniques</li> <li>• Understanding medical investigations: to scan or not to scan?</li> <li>• Movement planning: how to move when pain is a prevalent part of our life</li> <li>• Movement goals – pacing, work</li> </ul>	Clinical facilitator and/or physiotherapist/exercise physiologist/occupational therapist
4. Food and pain	<p>The role of food in persistent pain</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• High quality diet</li> <li>• Food and mood</li> <li>• Combat fatigue</li> <li>• Hints when shopping</li> </ul>	Clinical facilitator and/or dietitian
5. Sleep-pain nexus	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Why do we sleep?</li> <li>• Mechanisms, stages</li> <li>• Sleep, pain, fatigue nexus</li> <li>• Sleep disorders</li> <li>• Sleep medication</li> <li>• Tips for better sleep</li> </ul>	Clinical facilitator
6. Reducing pain	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Reducing pain through challenging your thoughts and emotions</li> <li>• Unhelpful thinking</li> <li>• Fear avoidance</li> <li>• Depression, anxiety, trauma</li> <li>• Control: relaxation, distraction, mindfulness</li> <li>• Desensitisation</li> <li>• Acceptance</li> </ul>	Clinical facilitator and/or clinical psychologist
7. Refresher	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Taming persistent pain: the latest science</li> <li>• Beyond pain: Combating the psychological factors</li> <li>• Action plan: setting goals and applying tools</li> </ul>	Clinical facilitator and/or clinical psychologist

Figure 39 : thématiques abordées au cours des sessions de groupe (Persistent pain program)

Source : Walker P. Commissioning community-based pain programs.

## U. Living well with persistent pain program (Adelaide PHN)

Programme basé sur le modèle de Turning pain into gain.

Programme adaptable selon les besoins des patients.

Minimum de 6 sessions d'éducation de 2 heures en 6 mois. Suivi par consultations individuelles.

Session Topics	Description	Facilitator
1 – Introductory/pre-program session	Introduces the program and a basic introduction to pain science	Care coordinator
2 – Knowing pain	Refresher on pain science and introduction to self-management	Care coordinator
3 – Medications and pain	Discusses medicines and their role in pain management	GP or pharmacist
4 – Movement and pain	Explains the pros and cons of medical investigations and the role of movement in pain management	GP and exercise physiologist/physiotherapist, or exercise physiologist/physiotherapist plus care coordinator
5 – Food and pain	Explores the relationship between what we eat and how this affects pain management	Dietitian
6 – Sleep and pain	Discusses the role of sleep in pain management and highlights tips for getting better sleep	Care coordinator or mental health professional
7 – Thoughts and emotions	Provides skills for consumers to use mindfulness and other techniques to reduce pain	Mental health professional (e.g. psychologist, occupational therapist, social worker)

Figure 40 : thématiques abordées au cours des sessions de groupe (Living well with persistent pain)

Source : Walker P. Commissioning community-based pain programs.

Les sessions débutent par une pause thé de 15 min. Il est nécessaire d'avoir assisté à au moins 4 séances de groupe avant d'avoir une consultation individuelle avec un professionnel de santé.

Jusqu'à 5 consultations avec un professionnel paramédical, ainsi que 6 consultations de santé mentale.

Les ressources mises à disposition des patients sont les suivantes : feuilles de travail, newsletters régulières, aide à la planification d'objectifs, et contenus éducatifs additionnels. Si un patient manque une session, les contenus lui sont envoyés.

A la fin du programme, les patients sont invités à rejoindre le réseau de soutien (anciens patients).

Les thématiques abordées sont les suivantes :

- Comprendre la douleur chronique et la planification d'objectifs
- Les thérapies complémentaires et la douleur chroniques, pratiques fondées sur les preuves, comment trouver un thérapeute fiable
- Comprendre les traitements médicamenteux
- Exercice physique, prévention des récurrentes, self-monitoring, activités récréatives, apprécier la vie malgré la douleur
- Le rôle de la nourriture dans la douleur chronique
- Changement de mode de vie, sommeil, syndrome des apnées du sommeil, les effets du tabac sur la douleur
- Prendre le contrôle sur la douleur, acceptation : quand et comment y parvenir ?



## V. Bief pain self-management program (BPSM)

Programme pour les patients douloureux chroniques avec état de détresse moyenne à modérée avec impact sur leur qualité de vie.

Il s'agit d'un programme de faible intensité : 1 session de 2h par semaine pendant 6 semaines, soit 12 heures au total.

Les thématiques sont les suivantes :

- Comprendre le mécanisme de la douleur chronique et ses effets
- Planification d'objectif, résolution de problèmes
- Le rôle du traitement médicamenteux
- Le rôle de l'activité physique, du conditionnement et de son rythme
- Le rôle d'un mode de vie sain
- Les stratégies de coping pour gérer la douleur, l'incapacité et la détresse (relaxation, techniques de distraction)
- Gérer les poussées

TIME	Session 1	Session 2	Session 3	Session 4	Session 5	Session 6
20 Min	DISCUSSION Feedback, Plan for today	DISCUSSION Feedback, Plan for today	DISCUSSION Feedback, Plan for today	DISCUSSION Feedback, Plan for today	DISCUSSION Feedback, Plan for today	DISCUSSION Feedback, Plan for today
15 Min	RELAXATION In daily life	RELAXATION In daily life	RELAXATION In daily life	RELAXATION In daily life	RELAXATION In daily life	RELAXATION In daily life
30 Min	ACTIVITY/ EXERCISE CIRCUIT	ACTIVITY/ EXERCISE CIRCUIT	ACTIVITY/ EXERCISE CIRCUIT	ACTIVITY/ EXERCISE CIRCUIT	ACTIVITY/ EXERCISE CIRCUIT	ACTIVITY/ EXERCISE CIRCUIT
20 Min	COFFEE BREAK	COFFEE BREAK	COFFEE BREAK	COFFEE BREAK	COFFEE BREAK	COFFEE BREAK
30 Min	PROBLEM- SOLVING (When pain increases)	PROBLEM- SOLVING (Stress)	PROBLEM- SOLVING (Communication)	PROBLEM- SOLVING (Planning for staying on track)	PROBLEM- SOLVING (Sleep)	PROBLEM- SOLVING (Nutrition)
25 Min	ACTIVITY PLANS (Step by step)	ACTIVITY PLANS (Step by step)	ACTIVITY PLANS (Step by step)	ACTIVITY PLANS (Step by step)	ACTIVITY PLANS (Step by step)	ACTIVITY PLANS (Step by step)
10 Min	HOME TASKS	HOME TASKS	HOME TASKS	HOME TASKS	HOME TASKS	HOME TASKS

Figure 41 : déroulement des sessions du BPSM

Source : Walker P. Commissioning community-based pain programs.

→ Rappeler l'importance du travail à la maison, les sessions de groupes sont nécessaires afin de donner des conseils et des encouragements (relaxation au moins 7 fois par jour, disperser les activités physiques au cours de la journée et ne pas tout faire d'un coup)

→ Attention la relaxation peut être pratiquée avec musique, mais importance de pouvoir la pratiquer sans musique et à n'importe quel endroit (pas forcément environnement calme) pour pouvoir l'appliquer à la vie quotidienne.

Le détail du programme pour les professionnels est fourni au lien suivant :  
[https://aci.health.nsw.gov.au/\\_\\_data/assets/pdf\\_file/0008/355904/PMRI-USYD-Brief-pain-self-management-program-facilitators-guide.pdf](https://aci.health.nsw.gov.au/__data/assets/pdf_file/0008/355904/PMRI-USYD-Brief-pain-self-management-program-facilitators-guide.pdf)

## W. Chronic Pain Management program

Programme basé sur le Brief Pain Self Management Program.

Sessions individuelles et de groupe, une session de 3 heures hebdomadaire pendant 6 semaines (18h) : éducation à propos de la douleur chronique, apprentissage de compétences de gestion de la douleur et de stratégies (à appliquer directement dans la vie quotidienne), améliorer la confiance dans une vie la mieux vécue possible malgré la douleur. Inclusion des proches à certaines parties du programme.

Session	Timetable*					
1	Introductions (10 mins)	Histories, model and mechanisms (1hr)	Pacing (25 mins)	Exercise (45 mins)	Activity goals (25 mins)	Home tasks (10 mins)
2	Review (20 mins)	Relaxation – intro (30 mins)	Exercise – pacing (45 mins)	Problem solving (30 mins)	Activity planning (40 mins)	Home tasks (10 mins)
3	Review (30 mins)	Applied relaxation – practice (30 mins)	Exercise – pacing (45 mins)	Flare-ups (30 mins)	Activity program (30 mins)	Home tasks (10 mins)
4	Review (30 mins)	Applied relaxation – practice (30 mins)	Exercise – pacing (45 mins)	Communication (30 mins)	Activity program (30 mins)	Home tasks (10 mins)
5	Review (30 mins)	Applied relaxation – practice (30 mins)	Exercise – pacing (45 mins)	Maintenance (30 mins)	Activity program (30 mins)	Home tasks (10 mins)
6	Review (30 mins)	Follow-up goals (30 mins)	Home timetable (45 mins)	Obstacles and solutions group 1; evaluations group 2	Obstacles and solutions group 2; evaluations groups 1	Graduation

Figure 42 : déroulement des sessions (chronic pain management program)

Source : Walker P. Commissioning community-based pain programs.

Week	Day	Content	Presenter/s
1	Tuesday (2hrs)	Introduction session <b>Education session: Making sense of pain</b>	Physiotherapist and psychologist
	Thursday (2hrs)	Activity Circuit Exercise session (1hr) Formal mindfulness session (1hr)	Physiotherapist
2	Tuesday (2hrs)	Mindful movement session (30min) <b>Education session: Exercise, pacing and graded exposure (1 ½hrs)</b>	Physiotherapist and psychologist
	Thursday (2hrs)	Activity Circuit Exercise session (1hr) Formal mindfulness session (1hr)	Physiotherapist
3	Tuesday (2hrs)	Mindful movement session (30min) <b>Education session: Flare-up management and taking in the good (1½hrs)</b>	Physiotherapist and psychologist
	Thursday (2hrs)	Activity Circuit Exercise session (1hr) Formal mindfulness session (1hr)	Physiotherapist
4	Tuesday (2hrs)	Mindfulness movement session <b>Education session: Thoughts, feelings and stress (1½hrs)</b>	Psychologist
	Thursday (2hrs)	Activity Circuit Exercise session (1hr) Formal mindfulness session (1hr)	Physiotherapist
5	Tuesday (2hrs)	Mindful movement session (30min) <b>Education session (1): Medication management</b> <b>Education session (2): Fatigue and sleep</b>	Physiotherapist, pain doctor and occupational therapist
	Thursday (2hrs)	Activity Circuit Exercise session (1hr) Formal mindfulness session (1hr)	Physiotherapist
6	Tuesday (2hrs)	Mindful movement session (30min) <b>Education session: Nutrition and healthy eating (1½hrs)</b>	Physiotherapist and dietitian
	Thursday (2hrs)	Activity Circuit Exercise session (1hr) Formal mindfulness session (1hr)	Physiotherapist
7	Tuesday (2hrs)	Community application of exercise (1hr)	Community
	Thursday (2hrs)	Final session: Reflect and review (2hrs)	Physiotherapist and psychologist

Figure 43 : contenu des sessions (chronic pain management program)

Source : Walker P. Commissioning community-based pain programs.

**Table 1 – ePPOC assessment tools**

Assessment tool	Data item
<b>Brief Pain Inventory (BPI)</b>	The BPI items measure the severity of pain and the degree to which the pain interferes with common activities of daily living. Patients are asked to rate their pain severity and interference over the past week.
<b>Depression, Anxiety Stress Scale (DASS21)</b>	The DASS measures the negative emotional states of depression, anxiety and stress.
<b>Pain Catastrophising Scale (PCS)</b>	The PCS measures a patient’s thoughts and feelings related to their pain. This includes three subscales measuring the dimensions of Rumination, Magnification and Helplessness.
<b>Pain Self-Efficacy Questionnaire (PSEQ)</b>	The PSEQ measures how confident a patient is that he or she can do a range of activities despite their pain.
<b>Work Productivity and Activity Impairment Questionnaire (WPAI)</b>	The work productivity questions from this tool are included to assess the impact of pain on the ability to work.
<b>Global Rating of Change scale</b>	This tool measures the patient’s rating of change in their physical function, and the change overall.
<b>CARRA Body Chart</b>	Patients identify the site/s they feel pain using body maps. For reporting, pain sites are categorised into pain areas.

**Table 2 – Additional information**

Domain	Data item
<b>Demographic information</b>	Age, gender, postcode, work status, BMI, comorbidities, indigenous status, country of birth, communication needs, Australian Defence Force participation and Veteran’s Affairs status.
<b>Medication use</b>	Oral morphine equivalent daily dose (oMEDD), major drug groups and whether the patient is taking opioid medication on more than 2 days per week.
<b>Healthcare utilisation</b>	Patient pain-related utilisation of health care services over the last three months, including GP, allied health and specialist appointments, ED presentations, hospital admissions and diagnostic tests.
<b>Treatment pathways</b>	The type of treatment the patient has received, for example, individual appointments with clinicians or a group pain program.
<b>Service activity</b>	Information about the episode of care, including referral date and source, how the episode starts and ends, and the service events provided (type and duration).

*Figure 44 : outils d'évaluation ePPOC dans le chronic pain management program*

Source : Walker P. Commissioning community-based pain programs.

## X. Living well with pain

	Session 1	Session 2	Session 3	Session 4	Session 5	Session 6	Session 7	Session 8
10:00am	Welcome and introduction	Review	Review	Review	Review	Review	Review	Review
10:15am		Stretches	Stretches	Stretches	Stretches	Stretches	Stretches	Stretches
10:30am		What is pain?	Pacing	Who am I?	Stress management	Graded activity	Sleep and pain	Flare-up planning
10:45am	Stretches							
11:00am	Exercise education							
11:15am	Break	Break	Break	Break	Break	Break	Break	Break
11:30am								
11:45am	Exercise	Exercise	Exercise	Exercise	Exercise	Exercise	Exercise	Exercise
12:00pm								
12:15pm	Relaxation	Home tasks	Home tasks	Future planning	Home tasks	Home tasks	Home tasks	Future planning
12:30pm		Relaxation	Relaxation	Relaxation	Relaxation	Relaxation	Relaxation	Relaxation
12:45pm	Home tasks							
1:00pm	Finish	Finish	Finish	Finish	Finish	Finish	Finish	Finish

Figure 45 : déroulement des sessions du programme Living well with pain

Source : Walker P. Commissioning community-based pain programs.

## **Y. Service model developed by Merri Health in Victoria**

Programme basé sur le Brief Pain Self Management Program.

- Intervention : 3 niveaux de prise en charge
- Niveau faible : 1 session individuelle avec kinésithérapeute puis programme sur 7 semaines
- Niveau modéré : 5 sessions avec kinésithérapeute et psychologue. Consultation avec spécialiste douleur si besoin, puis programme sur 7 semaines.
- Complet : Nombreuses sessions avec les 3 professionnels, puis programme sur 7 semaines.

Le patient a une place active d'apprentissage de "self management" de la douleur, quelques traitements passifs "massages" mais explication sur l'efficacité réduite et temporaire.

## X. Bibliographie

1. Bouhassira D, Lantéri-Minet M, Attal N, Laurent B, Touboul C. Prevalence of chronic pain with neuropathic characteristics in the general population. *PAIN*. juin 2008;136(3):380.
2. Dahlhamer J, Lucas J, Zelaya, C, Nahin R, Mackey S, DeBar L, et al. Prevalence of Chronic Pain and High-Impact Chronic Pain Among Adults — United States, 2016. *Morb Mortal Wkly Rep*. 14 sept 2018;67(36):1001-6.
3. Australian Institute of Health and Welfare [Internet]. 2020 [cité 12 janv 2024]. Chronic pain in Australia, Summary. Disponible sur: <https://www.aihw.gov.au/reports/chronic-disease/chronic-pain-in-australia/summary>
4. Livre blanc douleur 2017 [Internet]. [cité 13 juin 2022]. Disponible sur: [https://www.sfetd-douleur.org/wp-content/uploads/2019/09/livre\\_blanc-2017-10-24.pdf#page=195](https://www.sfetd-douleur.org/wp-content/uploads/2019/09/livre_blanc-2017-10-24.pdf#page=195)
5. Choudhury Y, Bremner SA, Ali A, Eldridge S, Griffiths CJ, Hussain I, et al. Prevalence and impact of chronic widespread pain in the Bangladeshi and White populations of Tower Hamlets, East London. *Clin Rheumatol*. 1 sept 2013;32(9):1375-82.
6. Queneau P, Serrie A, Trèves R, Bon D. Chronic pain in France. Recommendations of the French Academy of Medicine for better pain management of the patients. 2018;(7).
7. Asmundson GJG, Vlaeyen JWS, Crombez G. *Understanding and Treating Fear of Pain*. Oxford University Press; 2004. 389 p.
8. Barbour S, Baudin M. Difficultés de prise en charge de la douleur chronique par les internes de Médecine Générale de Grenoble et attentes concernant leur formation initiale.
9. Brandt A. Comment optimiser la prise en charge des lombalgies chroniques par le médecin généraliste en utilisant des ressources multidisciplinaires? -entretiens auprès de 22 professionnels de santé de Moselle-. Université de Lorraine; 2010.
10. Dumesnil H, Cortaredona S, Cavillon M, Mikol F, Aubry C, Sebbah R, et al. La prise en charge de la dépression en médecine générale de ville.
11. HAS. Haute Autorité de Santé. [cité 13 juin 2022]. Parcours de soins d'un patient douloureux chronique – Note de cadrage. Disponible sur: [https://www.has-sante.fr/jcms/p\\_3218057/fr/parcours-de-soins-d-un-patient-douloureux-chronique-note-de-cadrage](https://www.has-sante.fr/jcms/p_3218057/fr/parcours-de-soins-d-un-patient-douloureux-chronique-note-de-cadrage)
12. Morel Fatio M. (MPR)Pain management program une nouvelle référence pour la médecine physique réadaptation. *Douleurs Eval - Diagn - Trait*. avr 2016;17(2):53-60.
13. Raja SN, Carr DB, Cohen M, Finnerup NB, Flor H, Gibson S, et al. The Revised IASP definition of pain: concepts, challenges, and compromises. *Pain*. 1 sept 2020;161(9):1976-82.
14. CIM-11 pour les statistiques de mortalité et de morbidité [Internet]. [cité 11 janv 2024]. Disponible sur: <https://icd.who.int/browse11/l-m/fr#/http://id.who.int/icd/entity/1581976053>
15. Terminology | International Association for the Study of Pain [Internet]. International Association for the Study of Pain (IASP). [cité 12 janv 2024]. Disponible sur: <https://www.iasp-pain.org/resources/terminology/>
16. Ameline S, Levannier M. Chapitre 2. Le travail en équipe pluriprofessionnelle. In: DEAS [Internet]. Paris: Vuibert; 2021. p. 651-6. (AS/AP). Disponible sur: <https://www.cairn.info/deas--9782311660791-p-651.htm>

17. Soins de santé primaires [Internet]. [cité 11 janv 2024]. Disponible sur: <https://www.who.int/fr/news-room/fact-sheets/detail/primary-health-care>
18. Crismer A, Belche JL, Van der Vennet JL. Les soins de santé primaires, plus que des soins de première ligne. *Santé Publique*. 2016;28(3):375-9.
19. APS\_Rapport\_sur\_la\_sante\_dans\_le\_monde-2008\_resume.pdf [Internet]. [cité 11 janv 2024]. Disponible sur: [https://www3.paho.org/hq/dmdocuments/2010/APS\\_Rapport\\_sur\\_la\\_sante\\_dans\\_le\\_monde-2008\\_resume.pdf](https://www3.paho.org/hq/dmdocuments/2010/APS_Rapport_sur_la_sante_dans_le_monde-2008_resume.pdf)
20. Starfield B. Primary Care and Health: A Cross-National Comparison. *JAMA*. 23 oct 1991;266(16):2268-71.
21. Marchand S. *Le phénomène de la douleur : comprendre pour soigner (2e éd..ed.)*. Masson. Issy-les-Moulineaux; 2009.
22. Hylands-White N, Duarte RV, Raphael JH. An overview of treatment approaches for chronic pain management. *Rheumatol Int*. janv 2017;37(1):29-42.
23. Calmels P. Douleur chronique, activité physique et qualité de vie. *Sci Sports*. 1 janv 1998;13(1):10-6.
24. Majeed MH, Ali AA, Sudak DM. Mindfulness-based interventions for chronic pain: Evidence and applications. *Asian J Psychiatry*. 1 févr 2018;32:79-83.
25. Laroche F. Douleur chronique. *Thérapies comportementales et cognitives*. *Ann Méd-Psychol Rev Psychiatr*. 1 mars 2014;172(2):132-5.
26. Bair MJ, Ang D, Wu J, Outcalt SD, Sargent C, Kempf C, et al. Evaluation of Stepped Care for Chronic Pain (ESCAPE) in Veterans of the Iraq and Afghanistan Conflicts: A Randomized Clinical Trial. *JAMA Intern Med*. 1 mai 2015;175(5):682-9.
27. Baker N. Using Cognitive Behavior Therapy and Mindfulness Techniques in the Management of Chronic Pain in Primary Care. *Prim Care Clin Off Pract*. juin 2016;43(2):203-16.
28. Lorig K, Holman H. Arthritis Self-Management Studies: A Twelve-Year Review. *Health Educ Q*. 1 avr 1993;20(1):17-28.
29. Lorig KR, Holman HR. Self-management education: History, definition, outcomes, and mechanisms. *Ann Behav Med*. 1 août 2003;26(1):1-7.
30. Douleur\_et\_TCC\_-\_ANP3SM\_-\_aca.ppt-with-cover-page-v2.pdf [Internet]. [cité 13 juin 2022]. Disponible sur: [https://d1wqtxts1xzle7.cloudfront.net/37213950/Douleur\\_et\\_TCC\\_-\\_ANP3SM\\_-\\_aca.ppt-with-cover-page-v2.pdf?Expires=1655108727&Signature=TfJr2cH3gP3ZEGuXua~yTSjlwrn8j9~OGLqot7qv05vCZk-W1Ap94lywpM-zXvTPZnm6rb3MVudLzx-57JHnP4yCKWX48mcbpSv4Oi6CuNnzUKLB4z-qpYHXJbo0s343VIsJ58FgDy8LTYLFJuwodfVjcxITfsJyS~8dDxuWMupbayLL4mQOxth3GEWuoOA84NPPHh85d-om77Tp~aMvStvrM7pY3QBv8EoS5q5Ugfquvwv~ati5BLWF6mfjkYycJqj~AvzMXM1xK3fLzL90iTjGC~CD1qKGqqsOPigBpopzWJ3VAK8ZHJ6EyGx7zM1ZrAA7xWMnD~SHvDtZAArzkA\\_\\_&Key-Pair-Id=APKAJLOHF5GGSLRBV4ZA](https://d1wqtxts1xzle7.cloudfront.net/37213950/Douleur_et_TCC_-_ANP3SM_-_aca.ppt-with-cover-page-v2.pdf?Expires=1655108727&Signature=TfJr2cH3gP3ZEGuXua~yTSjlwrn8j9~OGLqot7qv05vCZk-W1Ap94lywpM-zXvTPZnm6rb3MVudLzx-57JHnP4yCKWX48mcbpSv4Oi6CuNnzUKLB4z-qpYHXJbo0s343VIsJ58FgDy8LTYLFJuwodfVjcxITfsJyS~8dDxuWMupbayLL4mQOxth3GEWuoOA84NPPHh85d-om77Tp~aMvStvrM7pY3QBv8EoS5q5Ugfquvwv~ati5BLWF6mfjkYycJqj~AvzMXM1xK3fLzL90iTjGC~CD1qKGqqsOPigBpopzWJ3VAK8ZHJ6EyGx7zM1ZrAA7xWMnD~SHvDtZAArzkA__&Key-Pair-Id=APKAJLOHF5GGSLRBV4ZA)
31. Turner JA, Anderson ML, Balderson BH, Cook AJ, Sherman KJ, Cherkin DC. Mindfulness-based stress reduction and cognitive behavioral therapy for chronic low back pain: similar effects on mindfulness, catastrophizing, self-efficacy, and acceptance in a randomized controlled trial. *PAIN*. nov 2016;157(11):2434-44.

32. Bontoux D, Couturier D, Menkès CJ, Allilaire MmJF, Duboousset J, Bontoux D, et al. Thérapies complémentaires — acupuncture, hypnose, ostéopathie, tai-chi — leur place parmi les ressources de soins. *Bull Académie Natl Médecine*. mars 2013;197(3):717-57.
33. Jensen M, Patterson DR. Hypnotic Treatment of Chronic Pain. *J Behav Med*. 1 févr 2006;29(1):95-124.
34. Nusbaum F, Ribes G, Gaucher J. La douleur chronique : une dépression liée au déficit d'empathie et d'endocongruence. Apports de l'hypnose. *Bull Psychol*. 2010;Numéro 507(3):191-201.
35. Simpson CA. Complementary Medicine in Chronic Pain Treatment. *Phys Med Rehabil Clin N Am*. mai 2015;26(2):321-47.
36. Organisation mondiale de la Santé. Stratégie de l'OMS pour la médecine traditionnelle pour 2014-2023 [Internet]. Genève: Organisation mondiale de la Santé; 2013 [cité 14 déc 2023]. 75 p. Disponible sur: <https://iris.who.int/handle/10665/95009>
37. Giard C. La place des médecines complémentaires et alternatives dans la prise en charge de la douleur chronique. [Besançon]: Université de Franche-Comté, Faculté de médecine et de pharmacie; 2016.
38. Von Korff M, Balderson BHK, Saunders K, Miglioretti DL, Lin EHB, Berry S, et al. A trial of an activating intervention for chronic back pain in primary care and physical therapy settings. *Pain*. févr 2005;113(3):323-30.
39. Ahles TA, Wasson JH, Seville JL, Johnson DJ, Cole BF, Hanscom B, et al. A Controlled Trial of Methods for Managing Pain in Primary Care Patients With or Without Co-Occurring Psychosocial Problems. *Ann Fam Med*. juill 2006;4(4):341-50.
40. Dobscha SK, Corson K, Perrin NA, Hanson GC, Leibowitz RQ, Doak MN, et al. Collaborative Care for Chronic Pain in Primary Care: A Cluster Randomized Trial. *JAMA*. 25 mars 2009;301(12):1242-52.
41. Dobscha SK, Corson K, Leibowitz RQ, Sullivan MD, Gerrity MS. Rationale, Design, and Baseline Findings from a Randomized Trial of Collaborative Care for Chronic Musculoskeletal Pain in Primary Care. *Pain Med*. 1 nov 2008;9(8):1050-64.
42. Kroenke K, Bair MJ, Damush TM, Wu J, Hoke S, Sutherland J, et al. Optimized Antidepressant Therapy and Pain Self-management in Primary Care Patients With Depression and Musculoskeletal Pain: A Randomized Controlled Trial. *JAMA*. 27 mai 2009;301(20):2099-110.
43. Kroenke K, Bair M, Damush T, Hoke S, Nicholas G, Kempf C, et al. Stepped Care for Affective Disorders and Musculoskeletal Pain (SCAMP) study. *Gen Hosp Psychiatry*. nov 2007;29(6):506-17.
44. Stein KF, Miculescu A. Effectiveness of multidisciplinary rehabilitation treatment for patients with chronic pain in a primary health care unit. *Scand J Pain*. 1 oct 2013;4(4):190-7.
45. Abrams DI, Dolor R, Roberts R, Pechura C, Dusek J, Amoils S, et al. The BraveNet prospective observational study on integrative medicine treatment approaches for pain. *BMC Complement Altern Med*. déc 2013;13(1):146.
46. Gardiner P, Dresner D, Barnett KG, Sadikova E, Saper R. Medical Group Visits: A Feasibility Study to Manage Patients with Chronic Pain in an Underserved Urban Clinic. *Glob Adv Health Med*. 1 juill 2014;3(4):20-6.
47. Kroenke K, Krebs EE, Wu J, Yu Z, Chumbler NR, Bair MJ. Telecare Collaborative Management of Chronic Pain in Primary Care: A Randomized Clinical Trial. *JAMA*. 16 juill 2014;312(3):240-8.

48. Mehl-Madrona L, Mainguy B, Plummer J. Integration of Complementary and Alternative Medicine Therapies into Primary-Care Pain Management for Opiate Reduction in a Rural Setting. *J Altern Complement Med.* août 2016;22(8):621-6.
49. DeBar L, Benes L, Bonifay A, Deyo RA, Elder CR, Keefe FJ, et al. Interdisciplinary team-based care for patients with chronic pain on long-term opioid treatment in primary care (PPACT) – Protocol for a pragmatic cluster randomized trial. *Contemp Clin Trials.* 1 avr 2018;67:91-9.
50. DeBar L, Mayhew M, Benes L, Bonifay A, Deyo RA, Elder CR, et al. A Primary Care–Based Cognitive Behavioral Therapy Intervention for Long-Term Opioid Users With Chronic Pain. *Ann Intern Med.* janv 2022;175(1):46-55.
51. Benes LL, Keefe FJ, DeBar LL. Treating Persistent Pain: A Nurse Co-Led, Interdisciplinary Model for Primary Care. *Pain Manag Nurs.* déc 2022;23(6):728-36.
52. Purcell N, Zamora K, Tighe J, Li Y, Douraghi M, Seal K. The Integrated Pain Team: A Mixed-Methods Evaluation of the Impact of an Embedded Interdisciplinary Pain Care Intervention on Primary Care Team Satisfaction, Confidence, and Perceptions of Care Effectiveness. *Pain Med.* 1 sept 2018;19(9):1748-63.
53. Seal KH, Borsari B, Tighe J, Cohen BE, Delucchi K, Morasco BJ, et al. Optimizing pain treatment interventions (OPTI): A pilot randomized controlled trial of collaborative care to improve chronic pain management and opioid safety—Rationale, methods, and lessons learned. *Contemp Clin Trials.* févr 2019;77:76-85.
54. Hurstak E, Chao MT, Leonoudakis-Watts K, Pace J, Walcer B, Wismer B. Design, Implementation, and Evaluation of an Integrative Pain Management Program in a Primary Care Safety-Net Clinic. *J Altern Complement Med.* mars 2019;25(S1):S78-85.
55. Joypaul S, Kelly FS, King MA. Turning Pain into Gain: Evaluation of a Multidisciplinary Chronic Pain Management Program in Primary Care. *Pain Med.* 1 mai 2019;20(5):925-33.
56. Aragonès E, Rambla C, López-Cortacans G, Tomé-Pires C, Sánchez-Rodríguez E, Caballero A, et al. Effectiveness of a collaborative care intervention for managing major depression and chronic musculoskeletal pain in primary care: A cluster-randomised controlled trial. *J Affect Disord.* juin 2019;252:221-9.
57. Aragonès E, López-Cortacans G, Caballero A, Piñol JLI, Sánchez-Rodríguez E, Rambla C, et al. Evaluation of a multicomponent programme for the management of musculoskeletal pain and depression in primary care: a cluster-randomised clinical trial (the DROP study). *BMC Psychiatry.* 16 mars 2016;16(1):69.
58. Smith J, Faux SG, Gardner T, Hobbs MJ, James MA, Joubert AE, et al. Reboot Online: A Randomized Controlled Trial Comparing an Online Multidisciplinary Pain Management Program with Usual Care for Chronic Pain. *Pain Med.* 1 déc 2019;20(12):2385-96.
59. Gardiner P, Luo M, D'Amico S, Gergen-Barnett K, White LF, Saper R, et al. Effectiveness of integrative medicine group visits in chronic pain and depressive symptoms: A randomized controlled trial. *PLoS ONE.* 18 déc 2019;14(12):e0225540.
60. Gardiner P, Lestoquoy AS, Gergen-Barnett K, Penti B, White LF, Saper R, et al. Design of the integrative medical group visits randomized control trial for underserved patients with chronic pain and depression. *Contemp Clin Trials.* mars 2017;54:25-35.
61. Prater C, Tepe M, Battaglia P. Integrating a Multidisciplinary Pain Team and Chiropractic Care in a Community Health Center: An Observational Study of Managing Chronic Spinal Pain. *J Prim Care Community Health.* 10 sept 2020;11:2150132720953680.

62. Morgan SD, Walker P, Blyth FM, Nicholas M, Wilson A, Morgan SD, et al. Community-based pain programs commissioned by primary health networks: key findings from an online survey and consultation with program managers. *Aust J Prim Health* [Internet]. 22 mars 2022 [cité 6 juin 2022]; Disponible sur: <https://www.publish.csiro.au/py/PY21195>
63. Walker P. Commissioning community-based pain programs.
64. BRIEF PAIN SELF-MANAGEMENT PROGRAM [Internet]. [cité 9 janv 2023]. Disponible sur: [https://aci.health.nsw.gov.au/\\_\\_data/assets/pdf\\_file/0008/355904/2-PAIN-FACILITATORS-MANUAL.pdf](https://aci.health.nsw.gov.au/__data/assets/pdf_file/0008/355904/2-PAIN-FACILITATORS-MANUAL.pdf)
65. Merri Health [Internet]. [cité 11 janv 2023]. Support to help you manage persistent pain. Disponible sur: <https://www.merrihealth.org.au/services/chronic-conditions/support-to-help-you-manage-persistent-pain/>
66. Hegel MT, Barrett JE, Oxman TE. Training therapists in problem-solving treatment of depressive disorders in primary care: Lessons learned from the « Treatment Effectiveness Project ». *Fam Syst Health*. 2000;18(4):423-35.
67. The MacArthur foundation depression education program for primary care physicians: background, participant's workbook, and facilitator's guide. *Gen Hosp Psychiatry*. 1 sept 2000;22(5):299-358.
68. Scascighini L, Toma V, Dober-Spielmann S, Sprott H. Multidisciplinary treatment for chronic pain: a systematic review of interventions and outcomes. *Rheumatology*. 1 mai 2008;47(5):670-8.
69. argumentaire.\_parcours\_de\_sante\_dune\_personne\_presentant\_une\_douleur\_chronique.pdf [Internet]. [cité 12 mars 2024]. Disponible sur: [https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2023-02/argumentaire.\\_parcours\\_de\\_sante\\_dune\\_personne\\_presentant\\_une\\_douleur\\_chronique.pdf](https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2023-02/argumentaire._parcours_de_sante_dune_personne_presentant_une_douleur_chronique.pdf)
70. Anderson D, Wang S, Zlateva I. Comprehensive assessment of chronic pain management in primary care: a first phase of a quality improvement initiative at a multisite Community Health Center. :16.
71. Gauntlett-Gilbert J, Brook P. Living well with chronic pain: the role of pain-management programmes. *BJA Educ*. janv 2018;18(1):3-7.
72. Louw A, Zimney K, Puentedura EJ, Diener I. The efficacy of pain neuroscience education on musculoskeletal pain: A systematic review of the literature. *Physiother Theory Pract*. 3 juill 2016;32(5):332-55.
73. Robinson V, King R, Ryan CG, Martin DJ. A qualitative exploration of people's experiences of pain neurophysiological education for chronic pain: The importance of relevance for the individual. *Man Ther*. 1 avr 2016;22:56-61.
74. Baudrant VVGMBHGRBPPA. « Kit KAD » (kit pour accompagner la douleur) — une collaboration territoriale réussie. Création d'une offre éducative pour patients douloureux chroniques / «Kit KAD» (Pain Support Kit) — a Successful Regional Collaboration Creation of an Educational Tool for Patients with Chronic Pain. *Douleur Analgésie*. 1 sept 2017;30; 3(30; 3):123.
75. Lim DZ, Newby JM, Gardner T, Haskelberg H, Schultz R, Faux SG, et al. Evaluating Real-World Adherence and Effectiveness of the "Reboot Online" Program for the Management of Chronic Pain in Routine Care. *Pain Med*. 1 août 2021;22(8):1784-92.

76. Multidisciplinary biopsychosocial rehabilitation for chronic low back pain - Kamper, SJ - 2014 | Cochrane Library [Internet]. [cité 16 juill 2022]. Disponible sur: <https://www-cochranelibrary-com.scd1.univ-fcomte.fr/cdsr/doi/10.1002/14651858.CD000963.pub3/full>
77. de Williams C a. C, Richardson PH, Nicholas MK, Pither CE, Harding VR, Ridout KL, et al. Inpatient vs. outpatient pain management: results of a randomised controlled trial. *Pain*. juill 1996;66(1):13-22.
78. Australian Journal of General Practice [Internet]. [cité 30 mars 2024]. Management of chronic pain in a rural Australian setting. Disponible sur: <https://www1.racgp.org.au/ajgp/2024/january-february/management-of-chronic-pain-in-a-rural-australian-s>
79. Songeon J, Elyn A, Bastiani B. Prise en charge pluriprofessionnelle et coordonnée des patients atteints de douleurs chroniques dans les maisons de santé pluriprofessionnelles de la région Occitanie: état des lieux des pratiques actuelles [Internet]. Toulouse). Faculté des sciences médicales Rangueil (...-2017, France; 2023 [cité 30 mars 2024]. Disponible sur: <http://thesesante.ups-tlse.fr/4362/>

## Table des matières

Liste des abréviations.....	4
I. Introduction .....	7
A. Rationnel et objectif de thèse.....	7
B. Définitions .....	11
1. Douleur et douleur chronique.....	11
2. Pluriprofessionnalité et pluridisciplinarité .....	12
3. Soins primaires.....	12
C. Physiopathologie et mécanismes de chronicisation de la douleur (21).....	14
1. Les composantes de la douleur .....	14
2. Neurophysiologie de la douleur.....	15
D. Des exemples de méthodes de prise en charge non médicamenteuse de la douleur chronique.....	19
1. Kinésithérapie, ergothérapie et activité physique.....	19
2. Psychothérapies.....	20
3. Thérapies complémentaires (CAM).....	23
E. Modèle bio-psycho-social (modèle de soins chroniques de Wagner) .....	25
II. Matériel et méthodes .....	25
1. Etablissement de l'équation de recherche .....	25
2. Sélection des articles à partir de l'équation de recherche.....	27
3. Lecture et analyse des articles.....	29
III. Analyse et résultats .....	32
A. Méthodologie des articles analysés .....	32
B. Description des programmes .....	40
1. Lieu.....	60
2. Mode de recrutement .....	60
3. Évaluation initiale .....	61
4. Professionnels participants .....	64
5. Formation des professionnels .....	66
6. Communication interprofessionnelle .....	67
7. Thérapies complémentaires.....	67
8. Éducation physiopathologique à la douleur chronique.....	68
9. Durée et rythme du programme .....	69
10. Format du programme.....	69
11. Outils et supports .....	71

12.	Coût.....	71
13.	Contenus Thématiques abordées au cours du programme .....	73
C.	Résultats des études et efficacité des programmes.....	73
IV.	Discussion .....	75
A.	Comparaison globale .....	75
B.	Comparaison avec les recommandations et la littérature .....	76
1.	Évaluation initiale .....	76
2.	Professionnels participants .....	76
3.	Formation des professionnels .....	77
4.	Communication interprofessionnelle .....	78
5.	Thérapies complémentaires .....	78
6.	Éducation physiopathologique à la douleur chronique .....	78
7.	Durée et rythme du programme .....	79
8.	Format du programme.....	80
9.	Outils et supports .....	81
C.	Forces et limites .....	81
D.	Exemple de modèle de programme de prise en charge pluriprofessionnelle de patients douloureux chroniques en soins primaires .....	83
V.	Conclusion .....	84
VI.	Annexe n°1: outil KIT-KAD (kit pour accompagner la douleur).....	85
VII.	Annexe n°2 : grille de première évaluation HAS.....	87
VIII.	Annexe n°3 : échelles d'évaluation .....	89
A.	Echelles multidimensionnelles concernant le retentissement global.....	89
1.	EQ5D.....	89
2.	Questionnaire d'évaluation de la capacité fonctionnelle (version française de l'Oswestry Disability Index).....	92
3.	Questionnaire concis de la douleur (QCD version courte) (version française du BPI) 95	
4.	SF-36 (Study Short Form 36) .....	99
5.	Echelle d'invalidité de Sheehan (SDS, échelle d'incapacité et de retentissement) 103	
B.	Echelles d'évaluation de la santé mentale .....	104
1.	Echelle HAD (anxiété et dépression) (The Hospital Anxiety and Depression Scale par Zigmond A.S., Snaith R.P., 1983). Adaptation française par J.F. Lépine.....	104
2.	PHQ-9 .....	106
3.	AUDIT-C (Alcohol Use Disorder Identification Test) .....	107
4.	PSS-4 (Perceived Stress Scale) .....	108

5.	CES-D (Center for Epidemiologic Studies - Depression) .....	110
6.	GAD-7 .....	111
C.	Echelles d'évaluation des capacités d'auto-gestion et de coping .....	112
1.	French-Canadian Chronic Pain Self-Efficacy Scale (F-C CPSES) .....	112
2.	Questionnaire d'appréhension du problème douloureux (version française du Pain Stages Of Change Questionnaire PSOCQ, Kerns (1997)) adaptation française par Aguerre et al. en 2007 .....	115
3.	Questionnaire des stratégies de Coping (CSQ, par Rosentiel & Keefe, 1984) adaptation française Irachabal et al. en 2008 .....	116
4.	Questionnaire d'auto-efficacité envers la douleur (PSEQ, par Nicholas en 2007), adaptation française par Aguerre et al., 2012.....	117
5.	Questionnaire de Tampa (TSK) pour l'évaluation de l'indice de kinésiophobie	118
IX.	Annexe n°4 : description des pain management programs .....	119
A.	A trial of an activating intervention for chronic back pain in primary care and physical therapy settings (38).....	119
B.	A Controlled Trial of Methods for Managing Pain in Primary Care Patients With or Without Co-Occurring Psychosocial Problems.....	120
C.	Collaborative Care for Chronic Pain in Primary Care A Cluster Randomized Trial	121
D.	Optimized Antidepressant Therapy and Pain Self-management in Primary Care Patients With Depression and Musculoskeletal Pain (SCAMP study).....	122
E.	Effectiveness of multidisciplinary rehabilitation treatment for patients with chronic pain in a primary health care unit .....	124
F.	The BraveNet prospective observational study on integrative medicine treatment approaches for pain.....	125
G.	Medical group Visits: a Feasibility Study to Manage Patients With Chronic Pain in an Underserved Urban Clinic .....	126
H.	Telecare Collaborative Management of Chronic Pain in Primary Care .....	128
I.	Integration of Complementary and Alternative Medicine Therapies into Primary-Care Pain Management for Opiate Reduction in a Rural Setting .....	130
J.	Interdisciplinary team-based care for patients with chronic pain on long-term opioid treatment in primary care (PPACT) Protocol for a pragmatic cluster randomized trial..	131
K.	11. The Integrated Pain Team: A Mixed-Methods Evaluation of the Impact of an Embedded Interdisciplinary Pain Care Intervention on Primary Care Team Satisfaction, Confidence, and Perceptions of Care Effectiveness .....	136
L.	Optimizing pain treatment interventions (OPTI): A pilot randomized controlled trial of collaborative care to improve chronic pain management and opioid safety-Rationale, methods, and lessons learned .....	138
M.	Design, Implementation, and Evaluation of an Integrative Pain Management Program in a Primary Care Safety-Net Clinic.....	139

N.	Turning Pain into Gain: Evaluation of a Multidisciplinary Chronic Pain Management Program in Primary Care.....	140
O.	Effectiveness of a collaborative care intervention for managing major depression and chronic musculoskeletal pain in primary care: A cluster-randomised controlled trial 141	
P.	Reboot Online: A Randomized Controlled Trial Comparing an Online Multidisciplinary Pain Management Program with Usual Care for Chronic Pain .....	142
Q.	Effectiveness of integrative medicine group visits in chronic pain and depressive symptoms: A randomized controlled trial.....	143
R.	Integrating a Multidisciplinary Pain Team and Chiropractic Care in a Community Health Center: An Observational Study of Managing Chronic Spinal Pain .....	146
S.	Early Intervention Subacute Pain Program (Gold Coast PHN) .....	146
T.	Persistent pain program (WA Primary Health Alliance).....	147
U.	Living well with persistent pain program (Adelaide PHN).....	148
V.	Brief pain self-management program (BPSM).....	150
W.	Chronic Pain Management program .....	152
X.	Living well with pain .....	155
Y.	Service model developed by Merri Health in Victoria.....	156
X.	Bibliographie .....	157





## RÉSUMÉ

---

Nom – Prénom : ABDELLI - Alina

Thèse soutenue le : 14 novembre 2024

Titre de la thèse : **Prise en charge pluriprofessionnelle des patients douloureux chroniques en soins primaires : une revue narrative de la littérature.**

Résumé :

**Introduction** : Les professionnels de santé en soins primaires sont confrontés à des difficultés de prise en charge des patients douloureux chroniques. La HAS recommande d'organiser une prise en charge coordonnée pluriprofessionnelle, sans préciser les modalités de cette prise en charge. L'objet de cette thèse est de rechercher dans la littérature les programmes de prise en charge pluriprofessionnelle de patients douloureux chroniques en soins primaires, de les décrire et de les analyser. Le but est de créer une "boîte à outils" avec des ressources pour des équipes pluriprofessionnelles de soins primaires qui souhaitent mettre en place ce type de programme.

**Matériel et Méthode** : après établissement des équations de recherche, les articles ont été sélectionnés à partir de plusieurs bases de données. 25 programmes ont été décrits. Deux tableaux ont été créés (lecture critique des articles et second tableau décrivant les programmes de prise en charge selon 12 critères). Ces 12 critères ont été représentés sous forme de diagrammes.

**Résultats** : Les critères décrits sont le lieu d'intervention, les modalités de recrutement, l'évaluation initiale, les professionnels participants, leur formation, le mode de communication entre les professionnels, l'utilisation de thérapies complémentaires, l'éducation et les explications physiopathologiques, la durée et le rythme du programme, le format (présentiel/distanciel et individuel/groupe), les outils fournis ainsi que le coût.

**Discussion** : bien que les pratiques ne soient pas homogènes dans les 25 programmes, on retrouve des similitudes, et la majorité d'entre eux concordent avec les recommandations des sociétés savantes concernant la prise en charge pluriprofessionnelle de la douleur chronique. Ce travail de thèse peut servir de support d'informations pour des professionnels de santé souhaitant améliorer en équipe la prise en charge de leurs patients douloureux chroniques.

Mots clés : douleur chronique, pluriprofessionnel, soins primaires, revue narrative de la littérature, médecine générale, autogestion des patients