



LE PARCOURS DE SOIN DU PATIENT DOULOUREUX CHRONIQUE

DOSSIER DOCUMENTAIRE

Groupes Qualité Pays de la Loire : Mai 2021

Ecriture :

- Marion Lassalle, Marlon Lamoureux, Nicolas Pelé, Animateurs Groupe Qualité PDL
- Elodie Cosset coordinatrice Groupe Qualité PDL

Parcours de soin dans la douleur chronique

Parti pris :

Le sujet étant le parcours de soins dans la douleur chronique, il ne sera abordé que brièvement dans ce dossier documentaire les moyens thérapeutiques usités. Vous les connaissez déjà, qu'ils soient médicamenteux ou non, et en reparlerez ensemble lors de votre séance de groupe qualité.

Nous décidons d'aborder plutôt la question de ce qui construit et définit dans sa globalité un patient dit "douloureux chronique" et comment notre posture de médecin généraliste et médecin traitant s'engageant à priori sur le moyen et long terme, peut être soutenante, bienveillante et thérapeutique.

Préambule :

Près de 20 millions des français adultes souffrent de douleurs chroniques rebelles aux traitements. Les malades consultent essentiellement pour :

- Des lombalgies et sciatiques (26 %)
- Des douleurs neuropathiques (19 %)
- Des douleurs cancéreuses (17 %)
- Des céphalées et migraines (12 %)
- Des fibromyalgies (10 %).

La prévalence des douleurs chroniques est difficile à évaluer, allant de 10 à 55% de la population française. Cette prévalence est plus élevée chez les femmes que chez les hommes et augmente avec l'âge, surtout après 65 ans. Symptôme du vieillissement ? Moyen d'existence par le symptôme ?

Le vieillissement de la population et l'amélioration du taux de survie après un cancer plaignent en faveur d'une meilleure prise en charge de la douleur chronique. Lourde de conséquences humaines et sociales, la douleur chronique coûte cher également en arrêts maladie et en consultations. On recense cinq fois plus d'arrêts maladie de longue durée chez des malades chroniques souffrant de douleur et ils consultent deux fois plus que les autres, soit un surcoût annuel évalué à 1,163 milliard d'euros. Il ne s'agit pas de les qualifier de "vilains petits canards" mais de se rendre compte du coût de la prise en charge de leur souffrance, aussi légitime soit-elle.

Il apparaît que l'évaluation de la douleur par le médecin n'est pas toujours adaptée. Dans plus de la moitié des situations, le médecin a sous-évalué la douleur. Il n'y a concordance que dans moins de 20% des situations.

Améliorer le parcours de soins c'est améliorer la qualité de vie de ces patients.

Définitions

La douleur est définie comme “une expérience sensorielle et émotionnelle désagréable, liée à une lésion tissulaire existante ou potentielle, ou décrite en termes évoquant une telle lésion”.

Elle est donc ce que la personne dit qu'elle est. En d'autres termes, toujours croire un patient douloureux.

Nous aurions pu stopper le dossier documentaire là car cette notion est essentielle et indispensable à intégrer si nous voulons accompagner au mieux ces patients !

La chronicité de la douleur non cancéreuse est définie par l'HAS comme :

- Évoluant depuis plus de 3 à 6 mois et/ou
- Susceptible d'affecter de façon péjorative le comportement ou le bien être du patient.

Douleur aiguë / Douleur chronique

	Douleur aiguë	Douleur chronique
Finalité biologique	Utile, protectrice	Inutile, destructrice
Mécanisme générateur	Unifactoriel	Plurifactoriel ++
Réaction somatovégétative	Réactionnelle	Habituation, entretien
Composante affective	Anxiété	Dépression (30-50%)
Comportement	Réactionnel	Auto-entretien Cercles vicieux
Modèle thérap	Médical classique Opioïdes forts adaptés	Pluridimensionnel médico-psycho-social
Objectif thérapeutique	Curatif	Réinsertion sociale, familiale, professionnelle

Attitude du MG face au patient douloureux chronique

Il ne s'agit pas là de dire ce qu'il faut faire ou ne pas faire, mais bien de porter une réflexion sur notre propre comportement ou attitude à l'égard de ces patients en grande souffrance. Oui, ils nous mettent en difficulté, ils nous prennent de l'énergie, ils nous poussent dans nos retranchements... Mais gardons toujours à l'esprit qu'ils n'en sont pas responsables, que cette plainte n'est pas dirigée contre nous mais que notre posture et rôle de soignant en font le lieu où elle peut être déversée, verbalisée, partagée...

En effet, ici encore plus qu'ailleurs, notre rôle, souvent sur le long terme, n'est pas d'être acteur ou dominant par les décisions prises, mais bien d'ouvrir grand ses oreilles et ses yeux afin de guider et d'accompagner ce patient douloureux vers les changements qu'il parviendra à mettre en place afin d'avancer et d'améliorer un peu son quotidien.

Nous le savons, ces patients semblent à première vue nous demander beaucoup (examens à la recherche de la cause, traitements médicamenteux, avis spécialisés...) et souvent à répétition, mais il est nécessaire de toujours essayer de s'interroger sur la demande profonde. On entend par là avant tout une réassurance et une recherche de l'estime de soi, bien trop effacés ou camouflés par le symptôme douleur.

Il est souvent fait mention de renforcement positif ou d'essayer de faire émerger les ressources internes de chaque patient douloureux chronique, qui se persuade petit à petit qu'il n'en a plus. Chaque réussite peut devenir un exploit, sur lequel nous pouvons tout à fait passer la totalité d'une consultation par exemple, afin de redonner de l'énergie positive. Notre attitude empathique et bienveillante peut ou doit alors se détacher de nos propres objectifs de soignants (guérir vite et efficacement comme nous le faisons si bien habituellement...) en se fixant exclusivement sur ceux du patient douloureux. Ils peuvent nous paraître anodins mais ce sont les seuls à partir desquels ce patient pourra avancer dans son existence. N'oublions jamais de ne pas réduire cet individu à son symptôme, mais bien de l'intégrer dans un tout, une existence au sens large. Cela permettra aussi peut-être de l'atténuer un peu ?

Plus concrètement, nous pouvons imaginer les choses comme cela :

Réaliser une évaluation pluridimensionnelle prenant en compte les aspects physiques , sensoriels , comportementaux , affectifs , interpersonnels relationnels cognitifs et adaptatifs de l'expérience douloureuse.

Cette évaluation peut paraître complexe, difficile et laborieuse, mais elle peut être réalisée sur plusieurs temps de consultation, en s'orientant là où le patient nous mène ce jour-là.

L'entretien d'évaluation pourra comporter : la description de la douleur , son histoire et évolution, les traitements précédents et leurs effets; l'impact de la douleur sur les relations sociales , le travail , les loisirs, l'activité sexuelle ...; le niveau de fonctionnement avant , les éventuels bénéfices de la douleur ; les circonstances (environnementales , temporelles , émotionnelles , cognitives) associées aux améliorations et aggravation de la douleur : le niveau de dépression .

Des variables liées au style de vie comme le bruxisme, les habitudes posturales, et des substances chimiques de l'environnement du patient peuvent contribuer aux problèmes douloureux.

On recherche une description verbale détaillée des composantes sensorielles thermiques, kinesthésiques, et représentation imagée de la douleur.

On recherche si un mécanisme inconscient ou un événement du passé font partie de la douleur.

Quelques étapes utiles :

- s'assurer que le patient désire inconsciemment être aidé
- découvrir quand et pourquoi la douleur est devenue très importante tout au début
- déterminer le premier moment où le patient ressentit la douleur (était-il éveillé ou endormi/anesthésié)
- découvrir ce qui a renforcé l'importance de cette douleur initiale (ex déclaration d'un médecin, consternation des proches à l'annonce du diagnostic)
- demander si le patient maintenant croit à la guérison possible, s'orienter sur le moment où il a tiré cette conclusion.

Pour préciser, il existe plusieurs "techniques" utilisables en consultation :

- **Le questionnement dynamique :**

Convaincre de l'attention (préciser, insister sur des détails, reformuler)

Réduire l'envahissement (localisations, durées et moments précis)

Périodes sans douleurs ? Pourquoi ? Comment ? Faire préciser l'action menée par le patient lui-même pour l'atteindre

Effet placebo = Autorisation personnelle d'utiliser ses propres ressources

"Eclater" en plusieurs petites douleurs (patients fibromyalgiques par exemple) avec des descriptions précises. Laquelle je ressens ? Permettre de diminuer l'envahissement des autres par exemple

- **L'anticipation et la certitude du changement :**

les capacités personnelles de créer des changements importants sur le ressenti de la douleur
= certitude du changement

Utiliser le futur de l'indicatif

Ne pas insister sur un moment précis qui conduira au changement mais bien une possibilité que cela arrive

Essayer de faire prouver la possibilité du changement

- **La métaphorisation :**

Utiliser les représentations du patient

Inciter à se représenter la métaphore pour pouvoir influer dessus

Attention à l'effet immédiat

- **Les prescriptions :**

Utiliser les suggestions

Pratiquer à minima l'auto-hypnose (être dans un monde imaginaire où tout est possible)

Focaliser l'attention ailleurs / avec un vécu subjectif

Essayer de donner un sens au symptôme douloureux

- **La contextualisation :**

possibilité d'intégrer les proches

Sens de la plainte, du symptôme dans son contexte, son environnement, son milieu social, sa culture...

Attitudes contre productives

En effet, le contre-pied du paragraphe précédent vient faire émerger nos propres limites de soignants mais surtout d'être humain. Le risque réside probablement surtout dans le fait d'attendre trop de nos patients, trop vite, et donc d'être "déçu" de leur comportement. Nous ne sommes pas dans la posture du bien ou du mal faire, mais bien dans celle de la coopération, de l'aide, de l'écoute, de la réassurance...

Et lorsque nos objectifs de soignants ne sont pas atteints, nous devenons frustrés et donc le risque à ce moment est de ressentir une sorte de rejet. Et comme pour tout être humain, le rejet entraîne souvent l'excès, l'agressivité, le jugement moral...

Voici quelques exemples de phrases entendues fréquemment dans nos cabinets (encore une fois, il ne s'agit pas de juger nos comportements mais d'essayer de les comprendre et d'analyser nos réactions et surtout leurs impacts sur les patients) et qui peuvent être particulièrement dévastatrices pour ces patients en souffrance :

Je ne peux plus rien faire pour vous.
il vous faut apprendre à vivre avec la douleur, c'est comme ça.
Il n'y a rien, la douleur est dans votre tête, cela vient de vous.

...

Au contraire, voici quelques exemples qui nous paraissent plus aidants et productifs :

Je crois en votre douleur.
Je vois que vous avez mal et que vous souffrez beaucoup.
Je vais vous aider à changer le schéma de votre douleur.
La douleur est un comportement comme toutes sortes d'autres comportements. La douleur est parfois un comportement productif quand elle nous protège mais quand elle est renforcée et entretenue par des émotions négatives comme l'anxiété et la peur elle devient auto entretenue. La douleur produit des émotions négatives. Les émotions négatives produisent des tensions, et la tension produit plus de douleur.

...

Il existe dans l'esprit inconscient un programme de la douleur qui est renforcé par beaucoup de choses (bénéfices primaires et secondaires) et cette mémoire de la douleur s'ajoute à la douleur perçue.

Le syndrome multidimensionnel ou "Biopsychosocial"

La douleur chronique ou syndrome douloureux chronique est un syndrome multidimensionnel lorsque la douleur exprimée, quelles que soient sa topographie et son intensité, persiste ou est récurrente au-delà de ce qui est habituel pour la cause initiale présumée, répond insuffisamment au traitement, ou entraîne une détérioration significative et progressive des capacités fonctionnelles et relationnelles du patient.

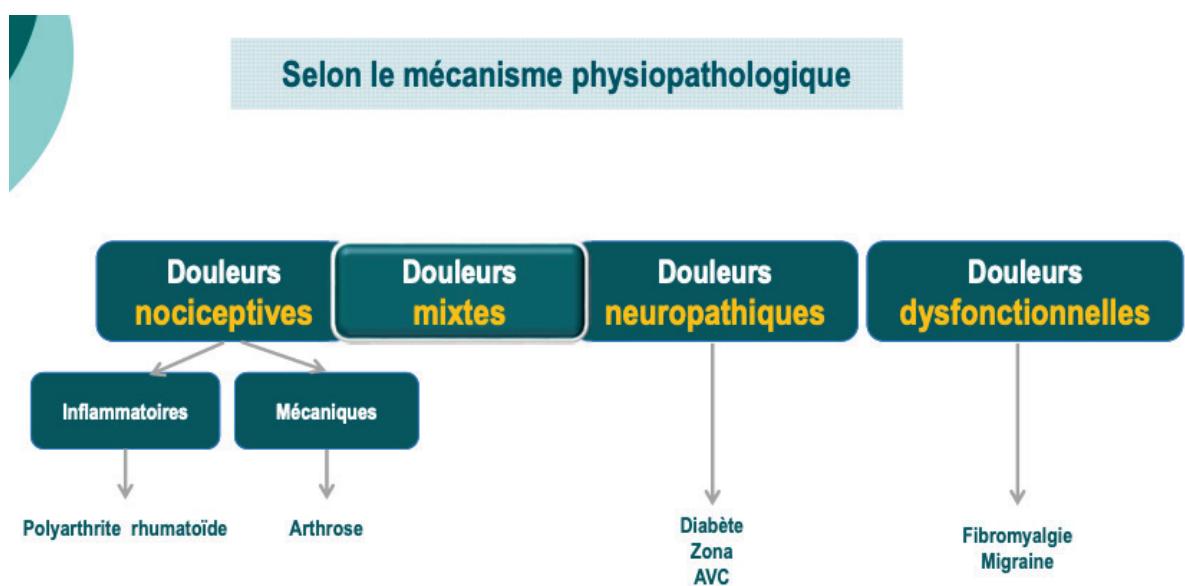
La douleur répond alors au modèle "biopsychosocial" avec:

- Composante biologique

Douleurs nociceptives : par stimulation excessive des récepteurs sensoriels, inflammatoires, mécaniques.

Douleurs neuropathiques consécutives à une lésion du système nerveux (zona, diabète, toxique).

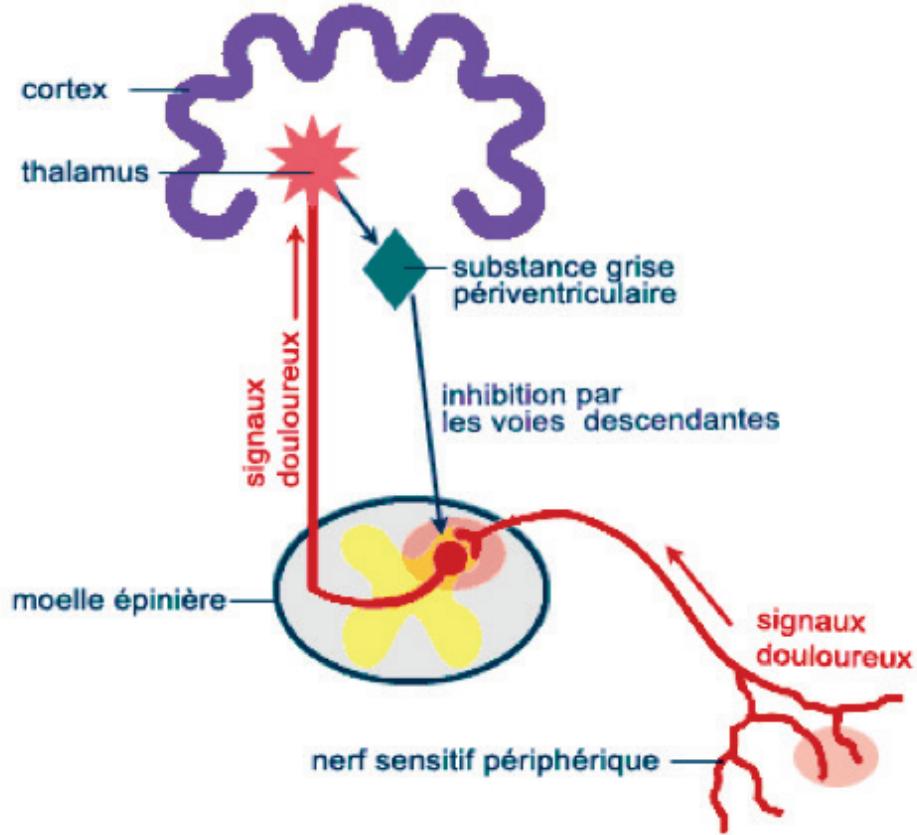
Douleurs dysfonctionnelles ou nociplastiques qui est un dysfonctionnement du système de contrôle de la douleur sans lésion identifiée (fibromyalgie, Colopathie).



Les différents types de douleur

(d'après Laurent 1988)

	Par excès de nociception	Neuropathiques périphériques	Neuropathiques centrales
Site lésionnel et localisation	Sollicitation périphérique des nocicepteurs	Lésion d'un nerf, d'un plexus, d'une racine	Lésion de la moelle, du tronc cérébral, du thalamus
Étiologies principales	Cancéreuses, inflammatoires, ischémiques, traumatiques	Traumatisme, RT, zona, polyneuropathies	Traumatisme médullaire, AVC thalamique ou bulbaire, tumeur, syringomyélie
Caractères de la douleur	Variés, aigu, chronique, continu, intermittent...	Stéréotypés Fond permanent: brûlures Accès paroxystiques: décharges électriques	



- **Composante psychologique**

Cognitive : Elle influence la perception de la douleur par des interprétations, des références, des expériences antérieures, mais aussi par l'excès d'attention (focus).

Affective et émotionnelle : Elle confère à la douleur son caractère désagréable, pénible, insupportable pouvant mener à l'anxiété dépression.

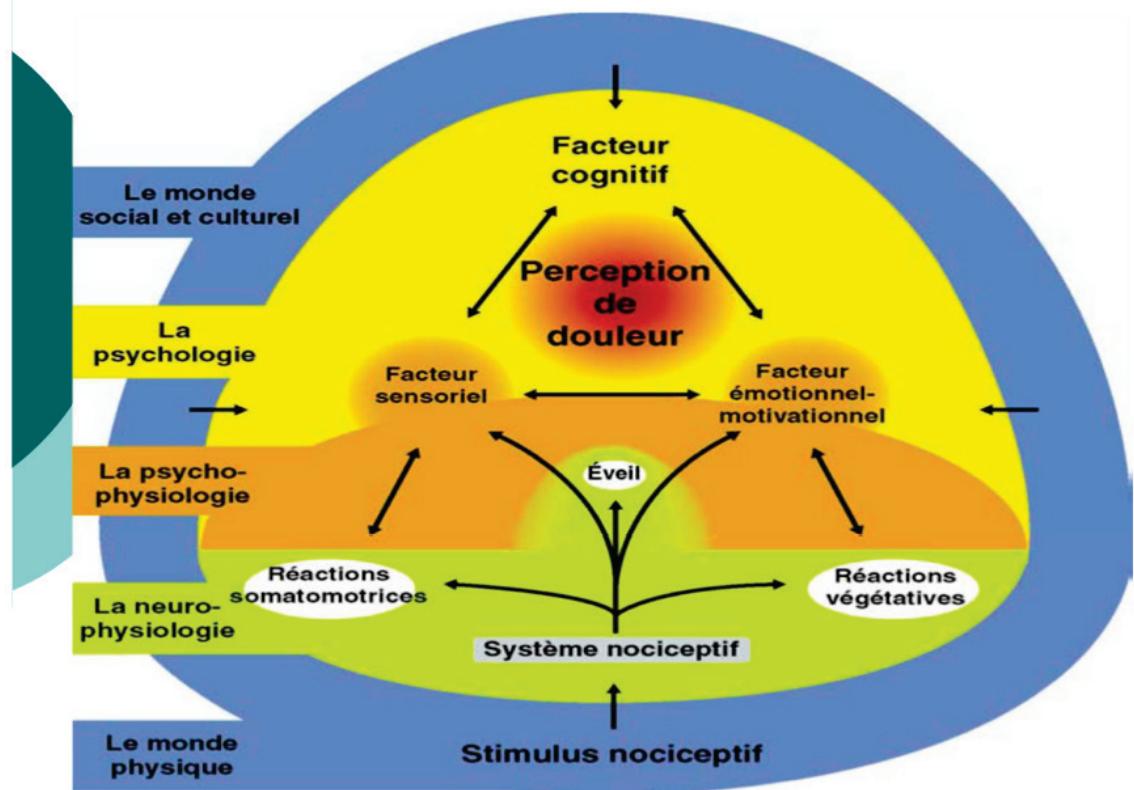
- **Composante sociale**

De très nombreux facteurs sociaux vont interférer avec la douleur :

Familiaux :

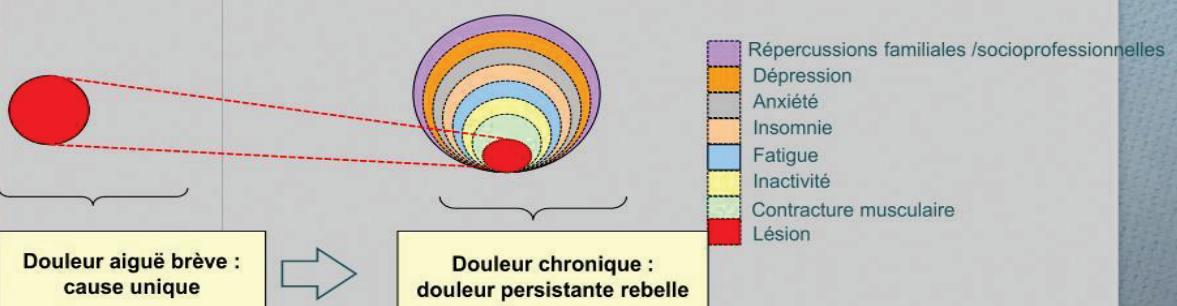
Environnementaux, professionnels

Sociaux/Culturels



La douleur chronique

> La symptomatologie douloureuse évolue et se modifie au cours du temps



D'après Boureau, Dimensions de la douleur. In Pratique du traitement de la douleur, Doin, Paris, 1988.

Constitution d'un syndrome douloureux chronique

Identification et évaluation de la douleur :

L'identification et l'évaluation de la douleur chronique se fait avant tout dans le milieu ambulatoire et prend en compte les antécédents, une auto-évaluation, la recherche du retentissement social et professionnel.

Dépister les signes d'alerte de la douleur chronique.

- La durée : à partir de 3 à 6 mois.
- La résistance à l'analyse clinique et au traitement bien conduit et suivi.
- Apparition d'une composante anxieuse ou autres manifestations psychopathologiques.
- Interprétations ou croyances des patients éloignées de celles du médecin concernant l'intensité de la douleur, leurs causes ou leur retentissement ou ses traitements.
-

“Je ne peux plus rien faire, la douleur est intolérable”, alors que le patient se déplace sans trop de problème, se couche, s'assoit quasi normalement..

Identifier les facteurs de chronicisation.

Ne pas avoir soigné la cause : En cas de retard diagnostique ou thérapeutique d'une lésion identifiée.

Présence d'une souffrance qui ne peut être dit autrement :

- Pathologie du deuil
- Stress post traumatique
- Carence affective enfance
- Violences dans l'enfance ou conjugales

Syndrome dépressif associé :

- Tristesse
- Anhedonie
- Dévalorisation de soi
- Culpabilité

Recherche de bénéfices secondaires.

Attention ! : Trouver un bénéfice secondaire chez un patient dououreux chronique n'implique nullement qu'il n'a pas mal. (C'est à distinguer du simulateur).

- Bénéfice financier : Indemnisations diverses, etc...
- Crainte de retrouver une situation professionnelle antérieure qui était insupportable.
 - Retrouver un rôle relationnel dans un couple,
 - Obtenir la sollicitude de l'entourage
 - Éviter de retrouver des situations pénibles.

Évaluer la douleur.

Quelle évaluation de première intention avant l'adressage aux Centre anti-douleur ?

L'évaluation implique :

- La connaissance des ATCD médicaux et chirurgicaux, ATCD familiaux
- De synthétiser les différents avis et examens complémentaires pris à la recherche de la cause des douleurs.
- L'autoévaluation, une hétéroévaluation et un suivi de l'évolution.
- La recherche du retentissement social, scolaire, professionnel, économique (ex : Les Maladies professionnelles).
- La synthèse des résultats des traitements antérieurs médicamenteux ou non.

Les auto-questionnaires (3)

Ils sont très informatifs pour préciser les qualificatifs, les topologies et les retentissements de la douleur chronique.

Ils peuvent être laissés au patient pour qu'il le remplisse chez lui.

Qualificatif de la douleur :

Échelle numérique ou échelle visuelle permet d'apprécier l'intensité de la douleur.

Le DN4 : Permet de qualifier une douleur neuropathique (3)

Le QDSA (Questionnaire de St Antoine) version courte

	0 absent	1 faible	2 modéré	3 fort	4 extrêmement fort
Élancement					
Pénétrante					
Décharge électrique					
Coup de poignard					
En étau					
Tiraillement					
Brûlure					
Fourmillement					
Lourdeur					
Épuisante					
Angoissante					
Obsédante					
Insupportable					
Énervante					
Exaspérante					
Déprimante					

Questionnaire de Saint Antoine (version courte)

<http://www.e-cancer.fr/content/download/59146/538012/version/2/file/questionnaire+saint+antoine.pdf>

Ce questionnaire permet d'apprécier, à la fois le type de douleur et son retentissement psychique. Il n'y a pas de score global.

Localisation de la douleur :

Le schéma corporel :

https://www.sfetd-douleur.org/wp-content/uploads/2019/08/notice_schema_corporel.pdf


SFETD
Société Française d'Étude et de Traitement de la Douleur

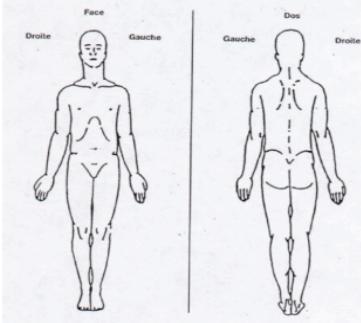
Schéma Corporel

Quel type d'échelle ?
Il s'agit d'une autoévaluation.

Pour quel patient ?
Pour tous les patients adultes.

Pour quelle douleur ?
Pour tout type de douleur.

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



Le schéma corporel permet au patient de localiser ses douleurs, de préciser le caractère superficiel ou profond et de définir la zone la plus intense.

L'échelle HAD (hospital, anxiety and depression scale) (4)

Le patient note de 0 à 3 les items "anxiété" et "dépression". Deux scores sont obtenus, un pour la dépression, un pour l'anxiété.

Si < à 7 pas de symptomatologie dépressive ou anxiouse

Entre 8 et 10 : Douteux

> à 11 : symptomatologie certaine

https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2014-11/outil_echelle_had.pdf

Nécessité d'une prise en charge pluridisciplinaire

Au niveau local

La prise en charge peut se faire initialement avec nos correspondants locaux (Spécialistes, kinésithérapeute, IDE, psychologue etc), avec nécessité de rencontres pluriprofessionnelles autour de la situation du patient douloureux pris en charge. Il est indispensable que le patient ait, en face de lui, le même discours pour obtenir son adhésion à une démarche de soin cohérente. Rien n'est plus dommageable qu'une demande d'IRM émanant du kinésithérapeute sans en avoir discuté entre professionnels avant. Les équipes de santé multidisciplinaire (ESP, MSP) peuvent faciliter ces temps d'échanges car financés la plupart du temps.

La consultation du centre anti douleurs

Elle est pluridisciplinaire et nécessite un maximum d'informations sur le patient pour apprécier ce modèle biopsychosocial.

Le courrier adressé au centre antidouleurs doit mentionner, idéalement, toutes ces composantes.

Les délais d'attente sont longs, entre 3 et 6 mois.

Après évaluation : (voir schéma page suivante).

- Réorientation vers le médecin demandeur

La prise en charge en cours est adéquate, pas de changement.

Réorientation vers des structures mieux appropriées.

Prise en charge ambulatoire possible après vérification d'hypothèses diagnostic.

- **Suivi en centre anti-douleurs.**

Une prise en charge et suivi par consultation spécialisée est possible du fait de thérapeutique spécifique (neurostimulation etc.)

- **Hospitalisation**

Traitemennt difficile à équilibrer.

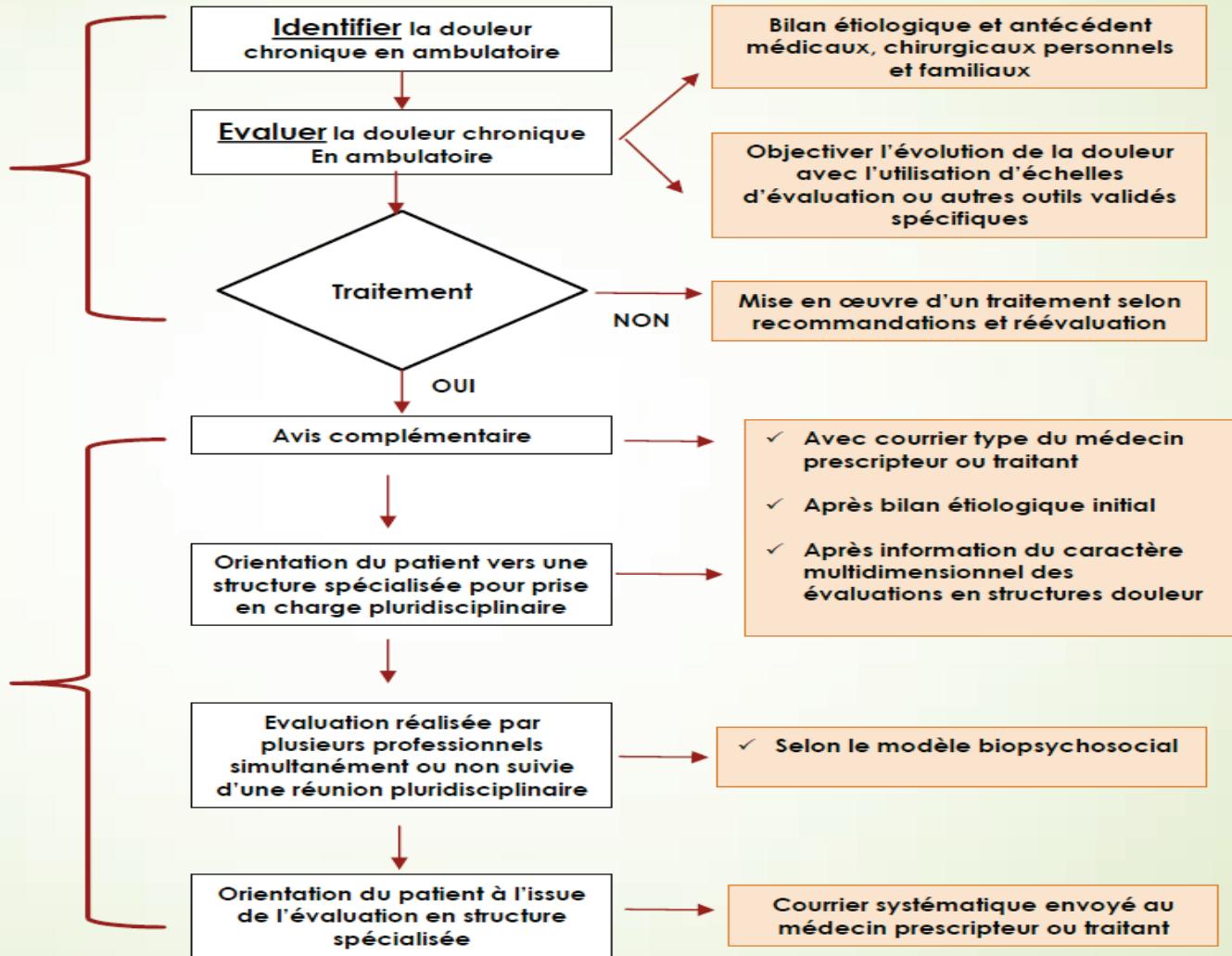
Nécessité de réévaluations répétées.

Sd douloureux sévère et complexe nécessitant un suivi rapproché.

Prise en charge médico-sociale urgente (médecine du travail , médecine scolaire etc.)

Parcours patient douloureux chronique

EN AMBULATOIRE



Prise en charge pluridisciplinaire

- Les approches pluridisciplinaires associent généralement :
 - Éducation
 - Exercice physique
 - Thérapie cognitivo-comportementales (amélioration de la participation aux soins, et de la gestion du stress)
 - Rationalisation du traitement médicamenteux.
- Leurs résultats sont positifs sur la douleur, fatigue, fonction, anxiété et/ou humeur dépressive, participation aux soins. (*Nielson 1992 et 1997, Buckelew 1998, Williams 2002*)

Prise en charge pluridisciplinaire

II – Contrat et Alliance thérapeutique :

- Définition d'objectifs et critères de jugement :
 - amélioration de la fonction, de la qualité de vie, de la douleur (en partie)
 - diminution des médications dépendogènes
 - poursuite travail et/ou activités + + + / ↓ contentieux.
- En retour, les soignants doivent poser leurs limites et éviter la toute puissance.

Prise en charge médicamenteuse

- LES ANTALGIQUES : très peu de travaux contrôlés.
 - Paliers I : rarement efficaces, mais sensibilité individuelle. AINS non indiqué au long cours
 - Paliers II: Tramadol : 2 essais contrôlés (*Russe 1997, Biasi 1998*), efficacité modeste + (action aminergique). Codéine: non indiquée au long cours
 - Morphiniques palier III : éviter leur prescription au long cours

1. Anti-inflammatoires et corticoïdes non indiqués

(EULAR 2008, IV/D)

(un essai contrôlé Goldenberg 1986) : pas de différence par rapport au placebo

- absence de syndrome inflammatoire dans la FM
- inefficacité relative, pas d'effet antalgique central pour la plupart
- (peuvent être utiles en cas de FM secondaire: arthrose, rhumatisme inflammatoire...)

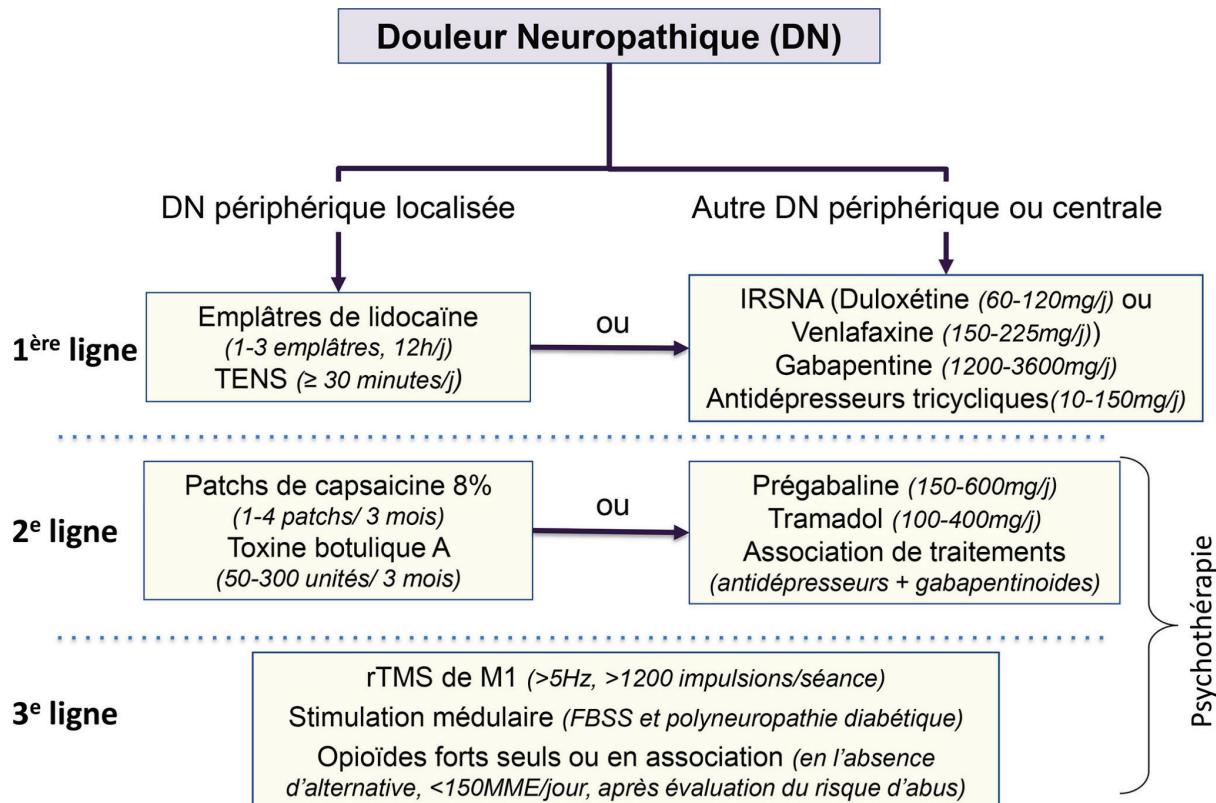


Fig. 1 Algorithme thérapeutique proposé pour la prise en charge de la douleur neuropathique de l'adulte. TENS : transcutaneous electrical nerve stimulation ; IRSNA : antidépresseur inhibiteur de recapture de la sérotonine et de la noradrénaline ; rTMS : repetitive transcranial magnetic stimulation (5)

Prise en charge physique

III – Prise en charge physique et Ré-entraînement à l'effort +++ (effet à moyen et long terme)

- Limiter progressivement : inactivité, cannes, voire fauteuil roulant. Combattre la notion largement répandue que le repos est nécessaire et bénéfique..
- Réentraînement à l'effort :
 - programmes d'activités fractionnées, d'intensité progressive, en aérobie (*Bennett 91, Meiworm 2000, Mannerkorpi 2000*) pour patient motivé et ayant choisi son moment.
 - Auto-Entretien : activité en endurance régulière et étirements : 2 à 3 heures par semaine

Prise en charge physique

- Autres approches physiques (effet à court terme)
 - Massages, physiothérapie adaptée, TENS (en supra-segmentaire : pas sur les points douloureux)
 - Balnéothérapie : effet positif de séances de 20 minutes (*Yurtkura 1996* : 10 semaines sur 2 semaines).
- Effet rémanent 6 semaines après arrêt du programme
- Thérapie manuelle, étirements.

Prise en charge psychologique

- I – Abords psycho-algologiques :
Ecoute et empathie, travail sur les croyances, les comportements, les traumatismes physiques et psychiques.
Distanciation/recentrage par rapport au corps douloureux
- II – Participation active du patient ++ (« self-management et coping »).
- III – Contrôle des facteurs de stress :
 - a) Relaxation : thérapeutique d'appoint (efficacité mineure si utilisée seule, *Martin 1996*). Méthode la plus utilisée : Training autogène de Schultz
 - b) Biofeedback : efficacité chez certains patients déprimés (*Van Santem 2002,*) et non déprimés (*Ferraccioli 1987*).
 - c) Hypnose et auto-hypnose
 - d) Thérapies Stratégiques et Cognitivo-comportementales



Prise en charge socio-professionnelle

- Médecin du travail et/ ou Médecin conseil
- Reconnaissance MDPH
- Invalidité

- o Place dans la famille, dans la société
- o Sentiment d'inutilité
- o Conflit/ Bénéfice II
- o Reconnaissance médico-légale

Conclusion :

La prise en charge de la douleur chronique est d'abord centrée sur le patient car il joue un rôle essentiel dans ses propres soins. Il est le premier évaluateur de sa propre douleur. Le croire est primordial pour avoir un contact empathique et le rendre acteur de sa prise en charge.

L'évaluation initiale de la douleur chronique repose sur le modèle biopsychosocial. L'objectif est d'améliorer l'état fonctionnel, physique, psychologique, social et professionnel du patient.

La prise en charge en centre anti douleur doit être au plus tôt pour éviter l'errance thérapeutique et le retentissement majeur sur sa qualité de vie. Cependant les délais sont longs (3 à 6 mois).

Les guides de bonnes pratiques recommandent la prise en charge de la douleur chronique par des équipes interdisciplinaires composées de médecins, psychologues, physiothérapeutes, infirmiers, travailleurs sociaux (etc...) et idéalement, en relation étroite avec les acteurs de terrains que sont les médecins traitants, kinésithérapeutes, infirmiers etc...

Sitographie, Bibliographie :

- (1) https://www.has-sante.fr/jcms/c_738567/fr/organiser-le-parcours-de-soins-face-a-la-douleur-chronique (2009)
- (2) [https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2009-01/douleur chronique synthese.pdf](https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2009-01/douleur%20chronique%20synthese.pdf)
- (3) <https://www.sfetd-douleur.org/outils-auto-evaluation/>
- (4) [https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2014-11/outil echelle had.pdf](https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2014-11/outil%20echelle%20had.pdf)
- (5) Traitements pharmacologiques et non pharmacologiques de la douleur neuropathique : une synthèse des recommandations françaises.X. Moisset