

# Au CHU de Limoges, une consultation de la douleur mise en place par les rhumatologues

*Le rhumatologue est, de par sa spécialité, particulièrement confronté aux douloureux chroniques : il intègre, par conséquent, dans sa pratique quotidienne les traitements de la douleur chronique. Familiarisé avec la thérapeutique analgésique, il a vocation à assumer la coordination des équipes multidisciplinaires des consultations et des unités de traitement de la douleur. Au CHU de Limoges, le service de rhumatologie, en coopération avec les services de psychiatrie, anesthésie, neurologie, rééducation fonctionnelle et cancérologie, a mis en place, depuis juin 1993, une consultation multidisciplinaire de la douleur.*

## Organisation de la consultation de la douleur

Au cours d'une entrevue de 45 minutes environ, le patient et son dossier sont examinés par deux membres de la consultation : un psychiatre et un clinicien, celui-ci étant soit un rhumatologue, soit un neurologue, un praticien spécialisé en rééducation fonctionnelle ou un oncologue, tous spécialistes concernés, impliqués et surtout intéressés par la douleur chronique. Du fait de la prédominance des douleurs ostéoarticulaires, qui représentent 37 % des motifs de consultation, une collaboration étroite, quoique non exclusive, s'est établie entre rhumatologues et psychiatres. Le choix thérapeutique proposé est déterminé consensuellement lors d'une réunion hebdomadaire qui rassemble tous les membres de la consultation de la douleur. Les propositions sont transmises au praticien ayant adressé le patient.

## Motifs de la consultation

Un bilan de l'activité de la consultation, par analyse des dossiers des patients venus consulter, a été réalisé. Cette étude a été établie à partir de 319 dossiers de malades âgés en moyenne de 57 ans (16 à 102 ans), qui ont été adressés à la consultation par un médecin généraliste (60 %) ou par un spécialiste (35 %). Quinze pour cent

des patients viennent consulter de leur propre initiative, malgré la réticence des membres de la consultation devant une telle démarche. La douleur qui motive la consultation évolue en moyenne depuis 6 ans et 3 mois (de 6 mois à 44 ans) et possède une origine variée : ostéo-articulaire (37 %), psychalgique (25 %), neurologique (20 %), néoplasique (6 %) ou autre (12 %) (figure 1). Le traitement envisagé est composé le plus souvent de deux thérapeutiques, médicamenteuses ou non. Le médicament apparaît dans 67 % des propositions.

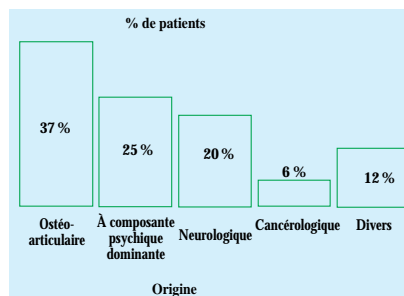


Figure 1. Localisation de la douleur motivant la consultation.

## Propositions thérapeutiques

Les classes pharmacologiques proposées (figure 2) sont : les antidépresseurs (38 %), les

anticonvulsifs (18 %), les anti-inflammatoires (13 %), les antalgiques (10 % dont 2,5 % centraux), les antimigraineux (7 %), les anxiolytiques (7 %), les myorelaxants (2 %), les hypnotiques (2 %), et autres (3 %).

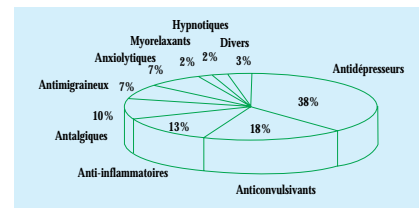


Figure 2. Répartition des classes pharmacologiques proposées par la consultation.

Les médicaments des douleurs de déafférentation (clomipramine, amitriptyline, clonazépam, carbamazépine et lévomépromazine) correspondent à 31 % des médicaments proposés ; chez des malades qui, pour la plupart, ont consulté de nombreux praticiens avant de parvenir à la consultation de la douleur, ce type de traitement médicamenteux n'a donc pas été antérieurement prescrit, ce qui traduit une méconnaissance de ces thérapeutiques. Au contraire, les antalgiques classiques ainsi que les anti-inflammatoires, qui devraient dominer dans les médicaments proposés, sont très faiblement représentés (au total 23 %), ayant déjà été administrés aux patients et ne permettant pas l'amélioration d'une pathologie devenue chronique.

En contrepartie, la consultation envisage une thérapeutique antalgique non médicamenteuse (figure 3), qui complète le(s) médicament(s) ou constitue le seul traitement chez 54 % des patients. Ces traitements non médicamenteux sont de type psychothérapeutique (entretiens, séances d'hypnose, etc.) ou correspondent à des médecines physiques (acupuncture, électrostimulation, etc.) et à des techniques de rééducation (kinésithérapie, orthèses, etc.). Ces prises en charge utilisent d'autres voies théra-

peutiques chez des patients souvent surmédicalisés, et la nouvelle approche de leur syndrome douloureux peut leur permettre de rompre avec le nomadisme médical. L'analyse des dossiers montre qu'aucune proposition thérapeutique n'est faite avant la réalisation d'examen et/ou une consultation spécialisée complémentaires chez seulement 11% des patients. Afin de prendre en charge plus rapidement ces patients, une structure hospitalière de jour, où quelques lits permettront des soins adaptés et spécialisés ainsi que des examens complémentaires, est en phase de réalisation.

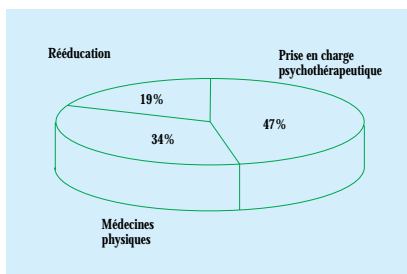


Figure 3. Alternatives non médicamenteuses envisagées dans le traitement.

## Conclusion

Du fait de la prédominance des douleurs chroniques d'origine ostéoarticulaire, le rhumatologue devrait être le pivot des centres multidisciplinaires de la douleur : cela nécessite une coopération étroite entre le rhumatologue et le psychiatre (1), près des deux tiers des patients ayant une douleur d'origine ostéoarticulaire ou psychalgique. Cette structure multidisciplinaire favorise une prise en charge globale du patient, tant du point de vue diagnostique que thérapeutique (2, 3), mais doit également posséder un pôle de formation universitaire et post-universitaire, comme le souligne le rapport Neuwirth (4). Dans cette optique, l'équipe de la consultation de la douleur organise, chaque année depuis cinq ans, à la faculté de Limoges, un Diplôme Universitaire de la douleur.

N. Carpentier\*, P. Vergne\*, V. Ratsimbazafy\*\*, C. Bonnet\*, P. Bertin\*, R. Trèves\*

\* Clinique thérapeutique et rhumatologique, CHU Dupuytren, 2, av. Martin-Luther-King, 87042 Limoges Cedex

\*\* Pharmacie centrale, CHU Dupuytren, 2, av. Martin-Luther-King, 87042 Limoges Cedex

## Références bibliographiques

1. Clark M.R. *The role of psychiatry in the treatment of chronic pain*. In : Cohen M.J.M., Campbell J.N. *Pain treatment centers at a crossroads. A practical and conceptual reappraisal*. 1<sup>re</sup> éd. IASP Press, Seattle 1996 ; 59-68.
2. Serrie A. *Structures et unités de traitement de la douleur*. In : Serrie A., Thurel C. *La douleur en pratique quotidienne. Diagnostic et traitements*. 1<sup>re</sup> éd. Arnette, Paris 1994 ; 1-18.
3. Henry P., Brochet B. *Quand envoyer un patient dans une unité de consultation et de traitement des douleurs chroniques ?* In : Queneau P., Ostermann G. *Le médecin, le patient et sa douleur*. 1<sup>re</sup> éd. Masson, Paris 1993 ; 347-50.
4. Ministère des Affaires sociales et de la Solidarité. *La douleur chronique : les structures spécialisées dans son traitement*. Bulletin Officiel, 1991, n° 91/3 bis.

## DOULEUR ET FMC :

### DEUX PRIORITÉS HISTORIQUES DES LABORATOIRES UPSA

À l'occasion du 8th Congress of Pain, les Laboratoires UPSA ont lancé le programme Interalgia visant à optimiser la connaissance, la prise en charge et le traitement de la douleur. La collaboration de nombreux spécialistes européens de la douleur a permis l'élaboration de trois histoires cliniques de patients douloureux :

- douleur et personne âgée,
- lombalgie,
- douleur chronique.

Sous forme d'un CD-Rom, ces trois histoires cliniques sont présentées comme des consultations virtuelles de patients grâce à de nombreuses vidéos entrecoupées d'écrans interactifs. Les praticiens, placés en situation réelle de prise de décision, pourront s'exercer à progresser dans la résolution de ces cas. Ce CD-Rom servira également pour l'animation de réunions de FMC dans des salles équipées multi-média, permettant un vote interactif des participants et l'intervention d'un expert dans le domaine.

Ce CD-Rom sera disponible prochainement auprès de la visite médicale des Laboratoires UPSA.