

# La douleur chronique: du symptôme à la maladie

Dr MARC R. SUTER<sup>a</sup>, JULIEN BASTIAN<sup>a</sup>, Pr BENNO REHBERG<sup>b</sup>, Pr STÉPHANE GENEVAY<sup>c</sup> et Dr PASCAL SALHI<sup>a</sup>

Rev Med Suisse 2023; 19: 1214-8 | DOI: 10.53738/REVMED.2023.19.832.1214

La douleur chronique avec ses conséquences et son impact pour les patients et la société est enfin considérée comme une maladie à part entière dans la 11<sup>e</sup> révision de la Classification internationale des maladies (CIM). Nous présentons ici, à l'aide de deux vignettes, l'utilité du diagnostic de douleur chronique primaire et la façon d'utiliser les nouveaux codes. Nous espérons que l'impact attendu soit rapidement visible tant sur le système de santé (de la prise en charge des patients aux questions asséurologiques), que sur la recherche et l'enseignement.

## Chronic pain: from symptom to disease

*At last, chronic pain, with its consequences and impact for patients and society, is now considered as a disease in its own in the 11<sup>th</sup> revision of the international classification of diseases (ICD). We present here in the light of two clinical cases, why the diagnosis of chronic primary pain is useful and how to utilize these new codes. We hope to rapidly see the awaited impact on the healthcare system (from the patient care to insurance issues), as on research and teaching.*

## INTRODUCTION

Pour illustrer de manière pratique la raison d'être de cet article nous commençons par deux vignettes cliniques.

### VIGNETTE CLINIQUE N° 1 (Fibromyalgie)

Une femme de 35 ans rapporte des douleurs persistant à plusieurs endroits, notamment les épaules, le bas du dos, les membres supérieurs et inférieurs. La douleur s'est développée progressivement il y a environ 2 ans sans aucun événement causal évident et est présente la plupart du temps mais varie en intensité. Elle rapporte avoir de la difficulté à se concentrer, ce qui, combiné à une sensation de fatigue générale, affecte la qualité de son travail. En raison de sa douleur, elle n'a pas été en mesure d'exercer ses fonctions professionnelles de coiffeuse au même degré et craint de perdre son emploi. Son sommeil n'est pas réparateur en raison de la fréquence des réveils dus aux douleurs. Elle sent qu'elle manque d'énergie pour faire les tâches les plus simples à la maison, et quand elle tente de faire des choses, sa douleur s'aggrave généralement

le soir en question et le lendemain, ce à quoi elle réagit en se reposant davantage, comptant de plus en plus sur son mari pour assurer les tâches ménagères. Elle se sent déprimée presque tous les jours et souhaite pouvoir dormir tout le temps. Elle se culpabilise d'avoir du mal à s'occuper de ses deux jeunes enfants.

### VIGNETTE CLINIQUE N° 2

(Lombalgies chroniques primaires)

Un homme de 26 ans rapporte une lombalgie persistant depuis une chute d'une petite échelle au travail il y a 9 mois. La radiographie initiale n'a montré aucune anomalie. Une IRM a ensuite révélé un bombement postérieur modéré du disque au niveau L4/5, mais aucune compression des structures neurales. L'examen neurologique n'a révélé aucune anomalie. Le traitement de physiothérapie de plusieurs mois, ainsi qu'une combinaison d'analgésiques composés de médicaments anti-inflammatoires n'ont fourni qu'un bref soulagement de la douleur presque constamment présente, décrite comme pinçante, d'intensité variable. La douleur est aggravée par l'activité physique et atténuée par le repos. Il est en arrêt de travail depuis son accident et incapable d'effectuer la plupart des tâches ménagères normales. Son humeur est dépressive et associée à des sentiments d'inutilité et de frustration. La douleur perturbe son sommeil la nuit. Le patient marche les épaules voûtées. Il signale une sensibilité au niveau de la colonne lombaire. Tous les mouvements du dos, la rotation et la flexion/extension semblent réduits et s'accompagnent de grimaces et d'une exacerbation des douleurs.

La douleur chronique affecte 20 à 50% de la population générale et est l'un des premiers motifs de consultation en médecine de premier recours.<sup>1</sup> La grande majorité des personnes souffrant de douleurs chroniques sont prises en charge par leur médecin de premier recours, composant environ 10% des consultations de médecine générale.<sup>2</sup> Seuls 0,3 à 2% des patients sont référés vers une consultation spécialisée de la douleur.<sup>3</sup> Ces deux vignettes sont probablement caractéristiques de ce type de consultation. Elles rappellent également que la douleur chronique est une cause fréquente d'invalidité, de détresse émotionnelle, et implique une consommation de ressources en soins plus importante.<sup>3,4</sup>

Les avancées dans la compréhension des mécanismes psychologiques, sociaux et neurophysiologiques qui forment les bases d'un modèle biopsychosocial de la douleur chronique,

<sup>a</sup>Centre d'antalgie, Service d'anesthésiologie, Centre hospitalier universitaire vaudois et Université de Lausanne, 1011 Lausanne, <sup>b</sup>Service d'anesthésiologie, Hôpitaux universitaires de Genève et Faculté de médecine, Université de Genève, 1211 Genève 4, <sup>c</sup>Service de rhumatologie, Département de médecine, Hôpitaux universitaires de Genève, 1211 Genève 14 marc.suter@chuv.ch | julien.bastian@chuv.ch | benno.rehberg-klug@hcuge.ch stephane.genevay@hcuge.ch | pascal.walid.salhi@chuv.ch

ont permis l'introduction du paradigme de douleur chronique primaire comme maladie dans la 11<sup>e</sup> révision de la Classification internationale des maladies (CIM-11).<sup>5</sup> Avec cette (r)évolution, l'OMS, en étroite collaboration avec l'International Association for the Study of Pain (IASP), reconnaît pour la première fois la douleur chronique comme une maladie à part entière plutôt qu'un simple symptôme. Cela permet de réunifier les douleurs «biologique» et «psychogène – somatoforme» et de mettre fin à cette dichotomie qui n'est pas compatible avec le modèle biopsychosocial de la douleur. Ce nouveau chapitre de la CIM-11 permet également de mettre en exergue l'importance des multiples domaines impliqués dans cette pathologie puisque le code de douleur chronique doit être accompagné de l'évaluation de l'intensité de la douleur, de l'interférence sur la vie quotidienne et de la détresse qui l'accompagne.<sup>2</sup>

Au niveau sociétal, cette nouvelle classification pourra améliorer la précision des données épidémiologiques, mettre en évidence les surcoûts occasionnés par cette catégorie de patients qui n'étaient pas identifiables auparavant et permettre ainsi l'allocation de nouvelles ressources là où elles sont nécessaires. Elle devrait également promouvoir une recherche mieux structurée et plus efficiente.

Nous proposons de présenter cette nouvelle classification, qui devrait très prochainement entrer en fonction en Suisse, avec un focus plus détaillé sur le diagnostic de douleur chronique primaire.

### LA DOULEUR CHRONIQUE COMME UNE MALADIE DANS LA CIM-11

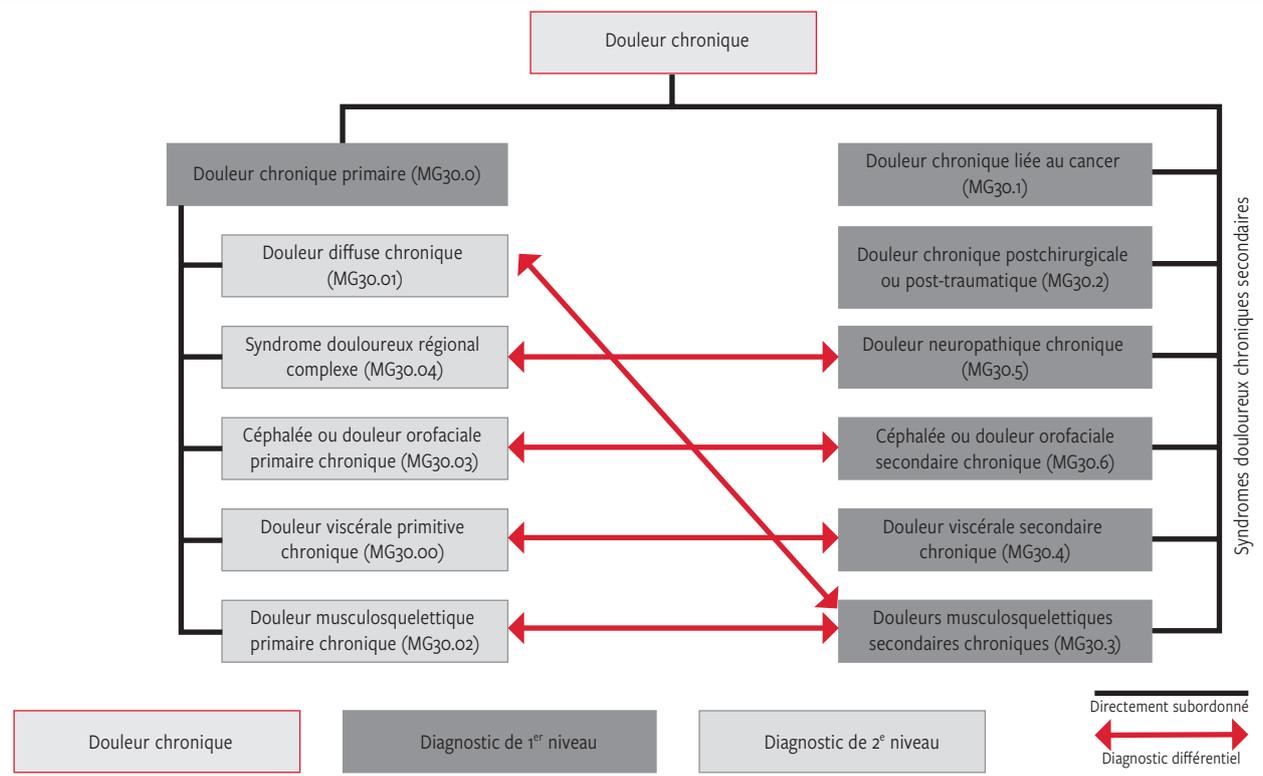
La CIM-11 a été développée comme un outil facilement utilisable et maniable par tout intervenant du système de santé, du médecin de premier recours au spécialiste. Elle est construite sur un système de codage en 4 niveaux et offre la possibilité d'un codage systématique et normalisé de la douleur chronique. Chaque entité s'est vu attribuer un code à 8 chiffres qui n'apparaît jamais pour le clinicien. La CIM-11 présente au clinicien un code alphanumérique à 5 composants (2 lettres et 3 chiffres) au 1<sup>er</sup> niveau et 6 composants (2 lettres et 4 chiffres) au 2<sup>e</sup>. Les 3<sup>e</sup> et 4<sup>e</sup> niveaux proposent un affinement des diagnostics sans modifier le code alphanumérique.

Le 1<sup>er</sup> niveau de la catégorie douleur chronique contient 7 possibilités, 6 concernant des douleurs chroniques secondaires à une pathologie bien caractérisée et une supplémentaire intitulée «douleur chronique primaire» (code MG30.o). Celle-ci se subdivise (niveau 2) en 5 entités en fonction de la localisation anatomique (figure 1).

En cas de comorbidités, le système permet de coder pour un même patient une douleur primaire chronique et une autre secondaire chronique. Ainsi, un patient souffrant de céphalées chroniques (ne remplissant pas les critères de migraine ou de céphalées de tension) et de polyarthrite rhumatoïde mal contrôlée recevra un code correspondant à «douleur chronique primaire» avec un sous-type «céphalées

**FIG 1** Structure de la classification de douleur chronique de la CIM-11

La douleur chronique est le «code parent» pour 7 autres codes de premier niveau: la douleur chronique primaire d'un côté et 6 douleurs secondaires de l'autre.



(Modifiée d'après réf.<sup>5</sup>).

chroniques et douleurs orofaciales» (MG30.03) et un autre pour «douleur chronique secondaire musculosquelettique» avec un sous-type «inflammation persistante» (MG30.30).

### La douleur chronique primaire (MG30.0)

La douleur chronique primaire est définie comme une douleur dans une ou plusieurs régions anatomiques qui persiste ou récidive pendant plus de 3 mois. Le concept précédent d'une douleur qui persistait au-delà du temps de guérison ne s'appliquait en effet pas à plusieurs conditions de douleurs chroniques. Dans sa définition, une douleur chronique primaire doit être associée à une détresse émotionnelle ou à une incapacité fonctionnelle importante (interférence avec les activités de la vie quotidienne et participation à des rôles sociaux), et ne peut pas être expliquée par un autre diagnostic.<sup>5,6</sup> Dans les très rares cas où les 2 premières conditions ne seraient pas remplies, la catégorie douleur chronique non spécifiée sera utilisée.<sup>7</sup> La CIM-11 requiert donc l'adjonction de ces codes d'extension permettant une catégorisation en fonction de la sévérité (sévérité de l'intensité, de la détresse émotionnelle et de l'interférence avec la vie quotidienne, évaluée par le patient sur une échelle de 0-10), de la temporalité (intermittent, persistant, persistant avec exacerbations)

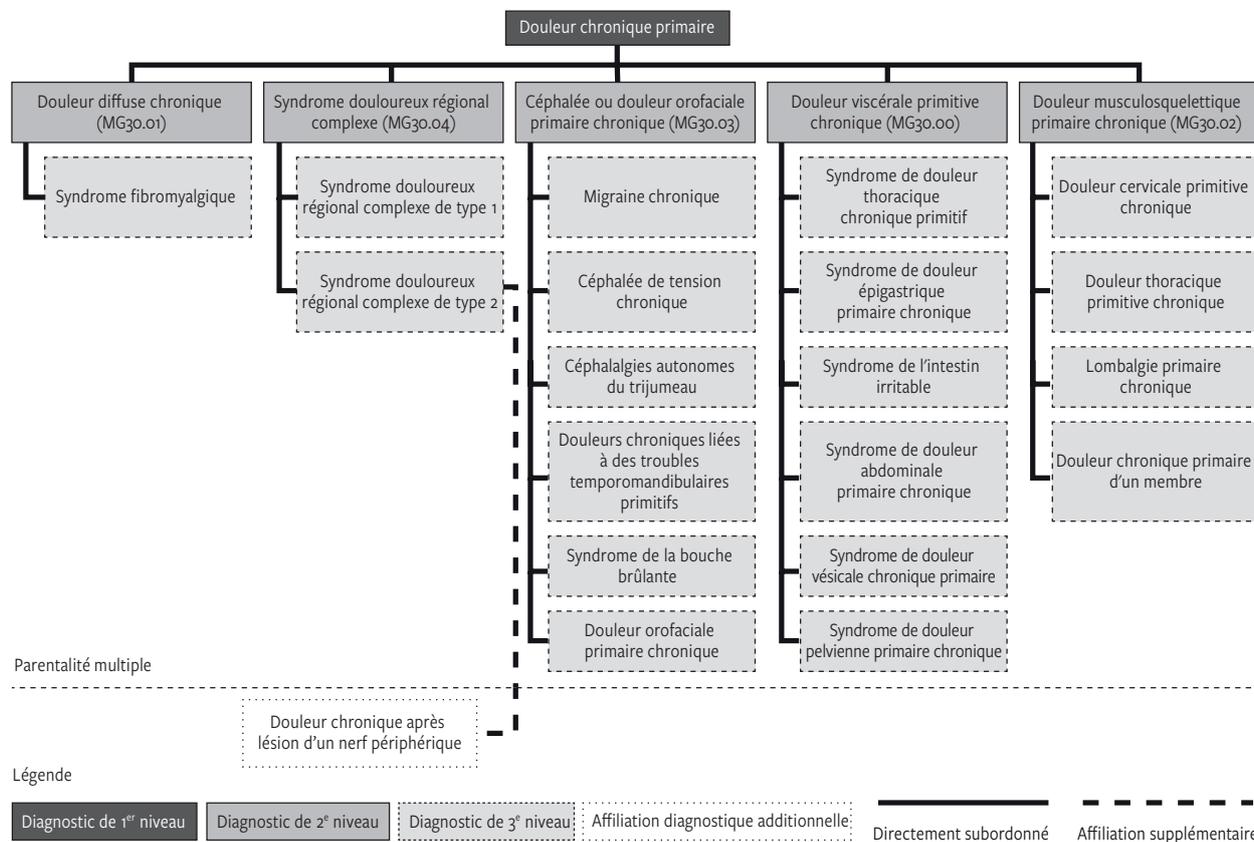
et de la présence concomitante de facteurs psychosociaux (oui ou non). On obtient ainsi une granularité intéressante à l'intérieur d'une même catégorie diagnostique permettant un suivi longitudinal de l'évolution clinique mais aussi une bien meilleure appréciation des ressources nécessaires en fonction de la sévérité de l'atteinte à la santé. Pour les 5 sous-catégories de douleur chronique primaire, la CIM-11 propose un 3<sup>e</sup> niveau de classification permettant de différencier certaines entités ayant une même localisation (figure 2). La douleur chronique primaire est un diagnostic à part entière et n'est pas destinée à rattraper les cas de procédures diagnostiques incomplètes.

### La douleur chronique secondaire

La douleur chronique secondaire est liée à une pathologie sous-jacente pour laquelle la douleur n'est qu'un symptôme. Les nouveaux codes de douleur chronique secondaire sont à considérer comme des codiagnostics permettant la mise en évidence et la justification de soins médicaux spécifiques en lien avec la plainte douloureuse. Ce code vient s'ajouter au code diagnostique de la maladie causale. La douleur peut par ailleurs persister au-delà de la guérison de la maladie de base. Au fil du temps, il est possible que la maladie d'origine se résolve et que la douleur persiste. Dans ces cas, le diagnostic

**FIG 2** Structure de la classification de la douleur chronique primaire par la CIM-11

Les entités diagnostiques de 2<sup>e</sup> niveau de la douleur primaire sont fixées dans la CIM-11. Les diagnostics de 3<sup>e</sup> niveau sont au niveau des fondements et n'apparaissent pas dans l'outil de codage. Selon le nouveau concept de parentalité multiple introduit par la CIM-11, une entité peut appartenir à plus d'un groupe de diagnostics, ici l'exemple de douleur chronique après lésion nerveuse pour le syndrome douloureux régional complexe type 2.



(Modifiée d'après réf.<sup>6</sup>).

de douleur chronique secondaire reste valide et le traitement de la douleur se poursuit au-delà du traitement de la lésion ou de la maladie initiale. Il est également possible que la douleur chronique finisse par devenir une maladie propre et qu'un diagnostic de douleur primaire chronique la décrit mieux, surtout si un laps de temps important s'est écoulé depuis la guérison de la maladie ou de la lésion initiale.<sup>5,7</sup> Ainsi, une polyarthrite rhumatoïde (FA20) qui n'est pas en rémission aura un code complémentaire de douleur musculosquelettique secondaire sur inflammation chronique (MG30.30). Mais si des douleurs diffuses persistent et entraînent des répercussions fonctionnelles ou une détresse émotionnelle alors que la maladie inflammatoire est bien contrôlée par le traitement de fond, situation que l'on nomme communément une fibromyalgie secondaire, on ajoutera au code de polyarthrite rhumatoïde le code correspondant à une douleur chronique primaire sous-type douleurs diffuses (MG30.01).

À noter qu'en cas de douleur chronique secondaire, la CIM-11 permet aussi de coder la présence et l'intensité de la détresse et/ou du retentissement de la douleur sur la vie quotidienne. Ces adjonctions sont cependant optionnelles et ne font pas partie de la définition du diagnostic contrairement à ce qui est requis pour un diagnostic de douleur chronique primaire.<sup>7</sup> Enfin, comme pour la douleur chronique primaire, il est recommandé de coder également l'éventuelle présence de facteurs psychosociaux, le rythme temporel et l'intensité d'une douleur chronique secondaire.

## QUEL AVANTAGE POUR LE MÉDECIN TRAITANT ?

L'application de la CIM-11 dans la pratique quotidienne représente une opportunité d'améliorer la reconnaissance, le codage diagnostique et le traitement de la douleur chronique. Les bénéfices escomptés de son utilisation sont multiples tant pour le corps médical que pour le patient.<sup>2,7</sup> La reconnaissance de la douleur chronique comme une pathologie chronique importante, au même titre par exemple que le diabète et l'hypertension, met en avant sa complexité et la nécessité d'une prise en charge globale. Elle permet ainsi de : a) minimiser des procédures diagnostiques inutiles ; b) ne pas focaliser sur la recherche de la cause mais sur la gestion de son impact ; c) éviter des étiquettes inutiles et souvent stigmatisantes de troubles psychosomatiques ou fonctionnels et d) obtenir une approche centrée sur le patient, avec une décision partagée, et un plan de traitement acceptable tant pour le patient que le soignant.<sup>2</sup>

Il est également intéressant de constater que le diagnostic de douleur chronique primaire étant une entité à part entière dans la CIM-11, ce code pourra être utilisé aussi bien par le médecin somaticien que par le psychiatre ouvrant ainsi la possibilité d'une réunification d'entités aux contours très flous (fibromyalgie, trouble somatoforme douloureux, etc.).

## COMMENT UTILISER LES NOUVEAUX CODES DE DOULEURS CHRONIQUES ?

Si l'on tient compte des différents niveaux, il existe une centaine de diagnostics de douleur chronique dans la CIM-11.

L'OMS a mis en ligne son outil de codage qui est actuellement disponible également en français ([https://icd.who.int/ct11/icd11\\_mms/fr/release](https://icd.who.int/ct11/icd11_mms/fr/release)). Les diagnostics de douleur chronique se trouvent dans le chapitre 21 (symptômes, signes ou résultats d'examen clinique, non classés ailleurs), à l'onglet «symptômes, signes ou résultats d'examen clinique», sous-onglet «symptômes généraux». En plus du moteur de recherche mis à disposition sur le site de l'OMS, le médecin de premier recours pourra avantageusement se référer à l'arbre décisionnel proposé à la page 8 du document en référence qui couvre les diagnostics de 1<sup>er</sup> niveau ([https://cdn-links.lww.com/permalink/pain/b/pain\\_2021\\_06\\_25\\_korwisi\\_pain-d-20-01372\\_sdc1.pdf](https://cdn-links.lww.com/permalink/pain/b/pain_2021_06_25_korwisi_pain-d-20-01372_sdc1.pdf)), que nous avons repris dans le **tableau 1**.<sup>8</sup> Si une douleur peut être classifiée dans deux entités, par exemple «douleur post-chirurgicale» et «douleur neuropathique», l'OMS a stipulé que les causes (cancer et chirurgie) priment sur les mécanismes (douleurs neuropathiques et nociceptives). Pour plus de détails sur les différentes catégories de douleur, l'IASP a par ailleurs publié une série d'articles.<sup>6,9-14</sup> En médecine de premier recours, les codes diagnostiques de premier niveau et les extensions pour la douleur chronique primaire sont importants, et la granularité pourrait être laissée aux centres spécialisés.

<b>TABLEAU 1</b>	<b>Mode d'emploi de la CIM-11 pour la douleur chronique</b>
------------------	---

Ce mode d'emploi est adapté de l'algorithme de Korwisi et coll., 2021.<sup>8</sup>

### 1 Définition de la douleur :

- Date de début (> 3 mois)
- Intensité moyenne sur la dernière semaine (de 0 à 10)
- Schéma temporel (intermittent (XT5G), persistant (XT6Z), ou persistant avec attaques superposées (XT5T))
- Évaluation de la détresse (0 (pas de détresse) à 10 (détresse extrême))
- Évaluation de l'interférence avec les activités quotidiennes (0 (pas d'interférence) à 10 (incapacité totale))

### 2 Localisation de la douleur sur schéma du corps

#### 3 Recherche d'une douleur chronique secondaire à l'aide des questions suivantes :

- Antécédent de cancer ou traitement de cancer?  
Si oui: MG30.1 Douleur chronique liée au cancer
- La douleur a débuté ou s'est intensifiée après un trauma/chirurgie?  
Si oui: MG30.2 Douleur postchirurgicale ou post-traumatique chronique
- Antécédent de maladie/lésion du système nerveux périphérique/central?  
Si oui: MG30.5 Douleur neuropathique chronique
- Antécédent de maladie/lésion d'organe interne?  
Si oui: MG30.4 Douleur viscérale secondaire chronique
- Antécédent de maladie inflammatoire musculosquelettique, de modifications structurelles du système musculosquelettique, de maladie neurologique affectant le système musculosquelettique?  
Si oui: MG30.3 Douleurs musculosquelettiques secondaires chroniques
- Céphalée/douleur orofaciale?  
Si oui: MG30.6 Céphalée ou douleur orofaciale secondaire chronique
- Si aucune douleur secondaire n'est trouvée:  
noter les scores de détresse et d'interférence
  - Si l'un ou l'autre ≥ 3: MG30.0 Douleur chronique primaire
  - Si les deux < 3: MG30.Z Douleur chronique, sans précision

Remarque: chacune des 3 dimensions (intensité, détresse et interférence) est évaluée par le patient sur une échelle de 0 à 10. Elles peuvent ensuite être individuellement catégorisées par un code de zéro à trois (où 0 = absent; 1-3/10 = 1 ou léger; 4-6/10 = 2 ou modéré; et 7-10/10 = 3 ou grave). L'utilisation de ces codes est illustrée dans les vignettes cliniques accompagnant l'article.

## RETOUR À LA VIGNETTE CLINIQUE N° 1 (Fibromyalgie)

La première vignette correspond à une douleur chronique primaire pour le premier niveau. Si on continue dans la granularité, on peut affiner le diagnostic, par l'algorithme de douleur chro-

nique primaire. Avec les différents quadrants atteints, on obtient une douleur diffuse chronique (MG30.01) que l'on peut préciser par l'association avec des troubles cognitifs et du sommeil lors de fibromyalgie. Son code de sévérité est 333, avec une intensité de douleur évaluée par la patiente à 7/10 (code = 3, sévère); une détresse liée à la douleur à 8/10 (code = 3, sévère) et une incapacité liée à la douleur à 7/10 (code = 3, sévère).

## RETOUR À LA VIGNETTE CLINIQUE N° 2

(Lombalgies chroniques primaires)

La seconde vignette correspond à une douleur chronique primaire pour le premier niveau. Elle affecte les muscles/tendons/articulations au niveau lombaire. On peut donc spécifier une douleur musculosquelettique primaire chronique (MG30.02). Son code de sévérité est 233, avec une intensité de douleur évaluée par le patient à 6/10 (code = 2, modéré); une détresse liée à la douleur à 8/10 (code = 3, sévère) et une incapacité liée à la douleur à 7/10 (code = 3, sévère).

## CONCLUSION

La CIM-11 propose, pour la première fois, un système de codage de la douleur chronique. Cela confère de nombreux avantages par rapport aux systèmes de codage actuels. La douleur chronique est ainsi reconnue comme une condition d'importance centrale dans les soins primaires. La capacité de

mesurer son incidence, sa prévalence et de quantifier son impact au quotidien aidera à identifier les besoins humains, financiers et éducatifs nécessaires pour traiter la douleur chronique dans les soins primaires. Enfin, les possibilités d'associer des traitements fondés à des sous-types distincts de douleur chronique seront améliorées.

**Conflit d'intérêts:** Les auteurs n'ont déclaré aucun conflit d'intérêts en relation avec cet article.

ORCID ID:

M. Suter: <https://orcid.org/0000-0002-4653-0512>

J. Bastian: <https://orcid.org/0000-0002-6532-2911>

B. Rehberg-Klug: <https://orcid.org/0000-0002-3145-1555>

S. Genevay: <https://orcid.org/0000-0003-4752-3186>

## IMPLICATIONS PRATIQUES

- La CIM-11, qui va prochainement entrer en vigueur en Suisse, considère la douleur chronique comme une maladie à part entière et propose un système de codage pour la classifier.
- Le patient douloureux chronique sera mieux reconnu dans sa souffrance grâce à un diagnostic établi. Son errance diagnostique sera diminuée.
- La douleur chronique sera mieux documentée permettant une amélioration de la qualité et de la précision des études épidémiologiques et des essais thérapeutiques.
- La prise en compte des codes de sévérité permettra une amélioration de l'identification des besoins et de la distribution des ressources qui devrait bénéficier en particulier aux prises en charge multidisciplinaires.

1 Mäntyselkä P, Kumpusalo E, Ahonen R, et al. Pain as a reason to visit the doctor: a study in Finnish primary health care. *Pain*. 2001 Jan;89(2-3):175-80.

2 Smith BH, Fors EA, Korwisi B, et al. The IASP classification of chronic pain for ICD-11: applicability in primary care. *Pain*. 2019 Jan;160(1):83-7.

3 Breivik H, Collett B, Ventafridda V, Cohen R, Gallacher D. Survey of chronic pain in Europe: prevalence, impact on daily life, and treatment. *Eur J Pain*. 2006 May;10(4):287-333.

4 Rice ASC, Smith BH, Blyth FM. Pain and the global burden of disease. *Pain*. 2016 Apr;157(4):791-6.

5 \*\* Treede RD, Rief W, Barke A, et al. Chronic pain as a symptom or a disease:

the IASP Classification of Chronic Pain for the International Classification of Diseases (ICD-11). *Pain*. 2019 Jan;160(1):19-27.

6 \*\* Nicholas M, Vlaeyen JWS, Rief W, et al. The IASP classification of chronic pain for ICD-11: chronic primary pain. *Pain*. 2019 Jan;160(1):28-37.

7 \* Korwisi B, Barke A, Rief W, Treede RD, Kleinstäuber M. Chronic pain in the 11th Revision of the International Classification of Diseases: users' questions answered. *Pain*. 2022 Sep 1;163(9):1675-87.

8 Korwisi B, Hay G, Attal N, et al. Classification algorithm for the International Classification of Diseases-11 chronic pain classification: development

and results from a preliminary pilot evaluation. *Pain*. 2021 Jul 1;162(7):2087-96.

9 Bennett MI, Kaasa S, Barke A, et al. The IASP classification of chronic pain for ICD-11: chronic cancer-related pain. *Pain*. 2019 Jan;160(1):38-44.

10 Chams C, Borda De Agua Reis A, Berna C, Suter MR. Chronic cancer pain: pathophysiology and ICD-11 classification. *Rev Med Suisse*. 2022 Jun 22;18(787):1259-63. French.

11 Aziz Q, Giamberardino MA, Barke A, et al. The IASP classification of chronic pain for ICD-11: chronic secondary visceral pain. *Pain*. 2019 Jan;160(1):69-76.

12 Scholz J, Finnerup NB, Attal N, et al.

The IASP classification of chronic pain for ICD-11: chronic neuropathic pain. *Pain*. 2019 Jan;160(1):53-9.

13 Schug SA, Lavand'homme P, Barke A, et al. The IASP classification of chronic pain for ICD-11: chronic postsurgical or posttraumatic pain. *Pain*. 2019 Jan;160(1):45-52.

14 Perrot S, Cohen M, Barke A, et al. The IASP classification of chronic pain for ICD-11: chronic secondary musculoskeletal pain. *Pain*. 2019 Jan;160(1):77-82.

\* à lire

\*\* à lire absolument