



HAL
open science

Utilisation d'un outil pratique d'aide à la prise en charge de la douleur chronique chez l'adulte

Cyril Guillaume

► **To cite this version:**

Cyril Guillaume. Utilisation d'un outil pratique d'aide à la prise en charge de la douleur chronique chez l'adulte. Sciences du Vivant [q-bio]. 2006. hal-01734306

HAL Id: hal-01734306

<https://hal.univ-lorraine.fr/hal-01734306>

Submitted on 14 Mar 2018

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.



AVERTISSEMENT

Ce document est le fruit d'un long travail approuvé par le jury de soutenance et mis à disposition de l'ensemble de la communauté universitaire élargie.

Il est soumis à la propriété intellectuelle de l'auteur. Ceci implique une obligation de citation et de référencement lors de l'utilisation de ce document.

D'autre part, toute contrefaçon, plagiat, reproduction illicite encourt une poursuite pénale.

Contact : ddoc-theses-contact@univ-lorraine.fr

LIENS

Code de la Propriété Intellectuelle. articles L 122. 4

Code de la Propriété Intellectuelle. articles L 335.2- L 335.10

http://www.cfcopies.com/V2/leg/leg_droi.php

<http://www.culture.gouv.fr/culture/infos-pratiques/droits/protection.htm>

Double

UNIVERSITE HENRI POINCARÉ, NANCY 1

FACULTE DE MEDECINE DE NANCY

2006

N° 109

THESE

Pour obtenir le grade de

DOCTEUR EN MEDECINE



Présentée et soutenue publiquement
dans le cadre du troisième cycle de Médecine Générale

par

Cyril GUILLAUME

Le 23 Octobre 2006

Utilisation d'un outil pratique d'aide à la prise en charge
de la douleur chronique chez l'adulte.

BIBLIOTHEQUE MEDECINE NANCY 1



D 007 258552 9

Examineurs de la thèse :

M. Gérard BARROCHE	Professeur	Président
M. Thierry CONROY	Professeur	Juge
M. Hervé BOUAZIZ	Professeur	Juge
M. Philippe LONCHAMP	Docteur en Médecine	Juge
Mme. Catherine LAMOUILLE	Docteur en Médecine	Juge

FACULTÉ DE MÉDECINE DE NANCY

Président de l'Université: Professeur Jean-Pierre FINANCE

Doyen de la Faculté de Médecine: Professeur Patrick NETTER

Vice-Doyen de la Faculté de Médecine: Professeur Henry COUDANE

Assesseurs

du 1^{er} Cycle:

M le Docteur François ALLA

du 2^{ème} Cycle:

M le Professeur Jean-Pierre BRONOWICKI

du 3^{ème} Cycle:

M le Professeur Marc BRAUN

de la Vie Facultaire :

M le Professeur Bruno LEHEUP

DOYENS HONORAIRES

Professeur Adrien DUPREZ - Professeur Jean-Bernard DUREUX

Professeur Jacques ROLAND

PROFESSEURS HONORAIRES

Louis PIERQUIN - Jean LOCHARD - René HERBEUVAL - Gabriel FAIVRE - Jean-Marie FOLIGUET

Guy RAUBER - Paul SADOUL - Raoul SENAULT

Jacques LACOSTE - Jean BEUREY - Jean SOMMELET - Pierre HARTEMANN - Emile de LAVERGNE

Augusta TREHEUX - Michel MANCIAUX - Paul GUILLEMIN - Pierre PAYSANT

Jean-Claude BURDIN - Claude CHARDOT - Jean-Bernard DUREUX - Jean DUHEILLE - Jean-Pierre GRILLIAT

Jean-Marie GILGENKRANTZ - Simone GILGENKRANTZ

Pierre ALEXANDRE - Robert FRISCH - Michel PIERSON - Jacques ROBERT

Gérard DEBRY - Pierre TRIDON - Michel WAYOFF - François CHERRIER - Oliéro GUERCI

Gilbert PERCEBOIS - Claude PERRIN - Jean PREVOT - Jean FLOQUET

Alain GAUCHER - Michel LAXENAIRE - Michel BOULANGE - Michel DUC - Claude HURIET - Pierre LANDES

Alain LARCAN - Gérard VAILLANT - Daniel ANTHOINE - Pierre GAUCHER - René-Jean ROYER

Hubert UFFHOLTZ - Jacques LECLERE - Francine NABET - Jacques BORRELLY

Michel RENARD - Jean-Pierre DESCHAMPS - Pierre NABET - Marie-Claire LAXENAIRE - Adrien DUPREZ - Paul VERT

Philippe CANTON - Bernard LEGRAS - Pierre MATHIEU - Jean-Marie POLU - Antoine RASPILLER - Gilbert THIBAUT

Michel WEBER - Gérard FIEVE - Daniel SCHMITT - Colette VIDAILHET - Alain BERTRAND - Hubert GERARD

Jean-Pierre NICOLAS - François PENIN - Michel STRICKER - Daniel BURNEL - Michel VIDAILHET - Claude BURLET

Jean-Pierre DELAGOUTTE - Jean-Pierre MALLIE - Danièle SOMMELET

PROFESSEURS DES UNIVERSITÉS

PRATICIENS HOSPITALIERS

(Disciplines du Conseil National des Universités)

42^{ème} Section: MORPHOLOGIE ET MORPHOGENÈSE

1^{ère} sous-section: (Anatomie)

Professeur Jacques ROLAND - Professeur Gilles GROSDIDIER

Professeur Pierre LASCOMBES - Professeur Marc BRAUN

2^{ème} sous-section: (Cytologie et histologie)

Professeur Bernard FOLIGUET

3^{ème} sous-section: (Anatomie et cytologie pathologiques)

Professeur François PLENAT - Professeur Jean-Michel VIGNAUD

43^{ème} Section: BIOPHYSIQUE ET IMAGERIE MÉDICALE

1^{ère} sous-section: (Biophysique et médecine nucléaire)

Professeur Gilles KARCHER - Professeur Pierre-Yves MARIE - Professeur Pierre OLIVIER

2^{ème} sous-section: (Radiologie et imagerie médicale)

Professeur Luc PICARD - Professeur Denis REGENT - Professeur Michel CLAUDON

Professeur Serge BRACARD - Professeur Alain BLUM - Professeur Jacques FELBLINGER

Professeur René ANXIONNAT

44^{ème} Section: BIOCHIMIE, BIOLOGIE CELLULAIRE ET MOLÉCULAIRE, PHYSIOLOGIE ET NUTRITION

1^{ère} sous-section: (Biochimie et biologie moléculaire)

Professeur Jean-Louis GUÉANT - Professeur Jean-Luc OLIVIER

2^{ème} sous-section: (Physiologie)

Professeur Jean-Pierre CRANCE

Professeur François MARCHAL - Professeur Philippe HAOUZI

4^{ème} sous-section: (Nutrition)

Professeur Olivier ZIEGLER

45^{ème} Section: MICROBIOLOGIE, MALADIES TRANSMISSIBLES ET HYGIENE

1^{ère} sous-section: (Bactériologie – virologie ; hygiène hospitalière)

Professeur Alain LOZNIEWSKI

2^{ème} sous-section: (Parasitologie et mycologie)

Professeur Bernard FORTIER

3^{ème} sous-section: (Maladies infectieuses ; maladies tropicales)

Professeur Thierry MAY - Professeur Christian RABAUD

46^{ème} Section: SANTÉ PUBLIQUE, ENVIRONNEMENT ET SOCIÉTÉ

1^{ère} sous-section: (Épidémiologie, économie de la santé et prévention)

Professeur Philippe HARTEMANN - Professeur Serge BRIANÇON

Professeur Francis GUILLEMIN - Professeur Denis ZMIROU-NAVIER

2^{ème} sous-section: (Médecine et santé au travail)

Professeur Guy PETIET - Professeur Christophe PARIS

3^{ème} sous-section: (Médecine légale et droit de la santé)

Professeur Henry COUDANE

4^{ème} sous-section: (Biostatistiques, informatique médicale et technologies de communication)

Professeur François KOHLER - Professeur Éliane ALBUISSON

47^{ème} Section: CANCÉROLOGIE, GÉNÉTIQUE, HÉMATOLOGIE, IMMUNOLOGIE

1^{ère} sous-section: (Hématologie; transfusion)

Professeur Christian JANOT - Professeur Thomas LECOMPTE - Professeur Pierre BORDIGONI

Professeur Pierre LEDERLIN - Professeur Jean-François STOLTZ – Professeur Pierre FEUGIER

2^{ème} sous-section: (Cancérologie ; radiothérapie)

Professeur François GUILLEMIN - Professeur Thierry CONROY

Professeur Pierre BEY - Professeur Didier PEIFFERT

3^{ème} sous-section: (Immunologie)

Professeur Gilbert FAURE - Professeur Marie-Christine BENE

4^{ème} sous-section: (Génétique)

Professeur Philippe JONVEAUX - Professeur Bruno LEHEUP

**48^{ème} Section : ANESTHESIOLOGIE, REANIMATION, MEDECINE D'URGENCE,
PHARMACOLOGIE ET THERAPEUTIQUE**

1^{ère} sous-section: (Anesthésiologie et réanimation chirurgicale)

Professeur Claude MEISTELMAN - Professeur Dan LONGROIS - Professeur Hervé BOUAZIZ

Professeur Paul-Michel MERTES

2^{ème} sous-section: (Réanimation médicale)

Professeur Henri LAMBERT - Professeur Alain GERARD

Professeur Pierre-Edouard BOLLAERT - Professeur Bruno LÉVY

3^{ème} sous-section: (Pharmacologie fondamentale ; pharmacologie clinique)

Professeur Patrick NETTER - Professeur Pierre GILLET

4^{ème} sous-section: (Thérapeutique)

Professeur François PAILLE - Professeur Gérard GAY - Professeur Faiez ZANNAD

**49^{ème} Section: PATHOLOGIE NERVEUSE ET MUSCULAIRE, PATHOLOGIE MENTALE,
HANDICAP et RÉÉDUCATION**

1^{ère} sous-section: (Neurologie)

Professeur Gérard BARROCHE - Professeur Hervé VESPIGNANI
Professeur Xavier DUCROCQ

2^{ème} sous-section: (Neurochirurgie)

Professeur Jean-Claude MARCHAL - Professeur Jean AUQUE
Professeur Thierry CIVIT

3^{ème} sous-section: (Psychiatrie d'adultes)

Professeur Jean-Pierre KAHN – Professeur Raymund SCHWAN

4^{ème} sous-section : (Pédopsychiatrie)

Professeur Daniel SIBERTIN-BLANC

5^{ème} sous-section : (Médecine physique et de réadaptation)

Professeur Jean-Marie ANDRE

50^{ème} Section: PATHOLOGIE OSTÉO-ARTICULAIRE, DERMATOLOGIE et CHIRURGIE PLASTIQUE

1^{ère} sous-section: (Rhumatologie)

Professeur Jacques POUREL - Professeur Isabelle VALCKENAERE - Professeur Damien LOEUILLE

2^{ème} sous-section: (Chirurgie orthopédique et traumatologique)

Professeur Daniel MOLE

Professeur Didier MAINARD - Professeur François SIRVEAUX – Professeur Laurent GALOIS

3^{ème} sous-section: (Dermato-vénéréologie)

Professeur Jean-Luc SCHMUTZ - Professeur Annick BARBAUD

4^{ème} sous-section: (Chirurgie plastique, reconstructrice et esthétique)

Professeur François DAP

51^{ème} Section: PATHOLOGIE CARDIORESPIRATOIRE et VASCULAIRE

1^{ère} sous-section: (Pneumologie)

Professeur Yves MARTINET - Professeur Jean-François CHABOT – Professeur Ari CHAOUAT

2^{ème} sous-section: (Cardiologie)

Professeur Etienne ALIOT - Professeur Yves JUILLIERE - Professeur Nicolas SADOUL

Professeur Christian de CHILLOU

3^{ème} sous-section: (Chirurgie thoracique et cardiovasculaire)

Professeur Jean-Pierre VILLEMOT

Professeur Jean-Pierre CARTEAUX - Professeur Loïc MACE

4^{ème} sous-section: (Chirurgie vasculaire ; médecine vasculaire)

52^{ème} Section: MALADIES DES APPAREILS DIGESTIF et URINAIRE

1^{ère} sous-section: (Gastroentérologie ; hépatologie)

Professeur Marc-André BIGARD

Professeur Jean-Pierre BRONOWICKI

2^{ème} sous-section: (Chirurgie digestive)

3^{ème} sous-section: (Néphrologie)

Professeur Michèle KESSLER - Professeur Dominique HESTIN (Mme) - Professeur Luc FRIMAT

4^{ème} sous-section: (Urologie)

Professeur Philippe MANGIN - Professeur Jacques HUBERT - Professeur Luc CORMIER

53^{ème} Section: MÉDECINE INTERNE, GÉRIATRIE et CHIRURGIE GÉNÉRALE

1^{ère} sous-section: (Médecine interne)

Professeur Denise MONERET - VAUTRIN - Professeur Denis WAHL

Professeur Jean-Dominique DE KORWIN - Professeur Pierre KAMINSKY

Professeur Athanase BENETOS - Professeur Gisèle KANNY - Professeur Abdelouahab BELLOU

2^{ème} sous-section: (Chirurgie générale)

Professeur Patrick BOISSEL - Professeur Laurent BRESLER

Professeur Laurent BRUNAUD

**54^{ème} Section: DÉVELOPPEMENT ET PATHOLOGIE DE L'ENFANT, GYNÉCOLOGIE-OBSTÉTRIQUE,
ENDOCRINOLOGIE ET REPRODUCTION**

1^{ère} sous-section: (Pédiatrie)

Professeur Pierre MONIN

Professeur Jean-Michel HASCOET - Professeur Pascal CHASTAGNER - Professeur François FEILLET

Professeur Cyril SCHWEITZER

2^{ème} sous-section: (Chirurgie infantile)

Professeur Michel SCHMITT - Professeur Gilles DAUTEL - Professeur Pierre JOURNEAU

3^{ème} sous-section: (Gynécologie-obstétrique ; gynécologie médicale)

Professeur Michel SCHWEITZER - Professeur Jean-Louis BOUTROY

Professeur Philippe JUDLIN - Professeur Patricia BARBARINO - Professeur Bruno DEVAL

4^{ème} sous-section: (Endocrinologie et maladies métaboliques)

Professeur Georges WERYHA - Professeur Marc KLEIN - Professeur Bruno GUERCI

55^{ème} Section: PATHOLOGIE DE LA TÊTE ET DU COU

1^{ère} sous-section: (Oto-rhino-laryngologie)

Professeur Claude SIMON - Professeur Roger JANKOWSKI

2^{ème} sous-section: (Ophtalmologie)

Professeur Jean-Luc GEORGE - Professeur Jean-Paul BERROD - Professeur Karine ANGIOI-DUPREZ

3^{ème} sous-section: (Chirurgie maxillo-faciale et stomatologie)

Professeur Jean-François CHASSAGNE

PROFESSEURS DES UNIVERSITES

64^{ème} Section: BIOCHIMIE ET BIOLOGIE MOLÉCULAIRE

Professeur Sandrine BOSCHI-MULLER

MAÎTRES DE CONFÉRENCES DES UNIVERSITÉS - PRATICIENS HOSPITALIERS

42^{ème} Section: MORPHOLOGIE ET MORPHOGENÈSE

1^{ère} sous-section: (Anatomie)

Docteur Bruno GRIGNON – Docteur Thierry HAUMONT

2^{ème} sous-section: (Cytologie et histologie)

Docteur Edouard BARRAT

Docteur Françoise TOUATI - Docteur Chantal KOHLER

3^{ème} sous-section: (Anatomie et cytologie pathologiques)

Docteur Béatrice MARIE

Docteur Laurent ANTUNES

43^{ème} Section: BIOPHYSIQUE ET IMAGERIE MÉDICALE

1^{ère} sous-section : (Biophysique et médecine nucléaire)

Docteur Marie-Hélène LAURENS – Docteur Jean-Claude MAYER

Docteur Pierre THOUVENOT – Docteur Jean-Marie ESCANYE – Docteur Amar NAOUN

44^{ème} Section: BIOCHIMIE, BIOLOGIE CELLULAIRE ET MOLÉCULAIRE, PHYSIOLOGIE ET NUTRITION

1^{ère} sous-section: (Biochimie et biologie moléculaire)

Docteur Jean STRACZEK - Docteur Sophie FREMONT

Docteur Isabelle GASTIN - Docteur Bernard NAMOUR - Docteur Marc MERTEN

Docteur Catherine MALAPLATE-ARMAND

2^{ème} sous-section: (Physiologie)

Docteur Gérard ETHEVENOT - Docteur Nicole LEMAU de TALANCE - Docteur Christian BEYAERT

Docteur Bruno CHENUUEL

4^{ème} sous-section: (Nutrition)

Docteur Didier QUILLIOT – Docteur Rosa-Maria RODRIGUEZ-GUEANT

45^{ème} Section: MICROBIOLOGIE, MALADIES TRANSMISSIBLES ET HYGIÈNE

1^{ère} sous-section: (Bactériologie – Virologie ; hygiène hospitalière)

Docteur Francine MORY - Docteur Christine LION

Docteur Michèle DAILLOUX - Docteur Véronique VENARD

2^{ème} sous-section: (Parasitologie et mycologie)

Docteur Marie-France BIAVA - Docteur Nelly CONTET-AUDONNEAU – Docteur Marie MACHOUART

46^{ème} Section: SANTÉ PUBLIQUE, ENVIRONNEMENT ET SOCIÉTÉ

1^{ère} sous-section: (Epidémiologie, économie de la santé et prévention)

Docteur François ALLA – Docteur Alexis HAUTEMANIERE

4^{ème} sous-section : (Biostatistiques, informatique médicale et technologies de communication)

Docteur Pierre GILLOIS

47^{ème} Section: CANCÉROLOGIE, GÉNÉTIQUE, HÉMATOLOGIE, IMMUNOLOGIE

1^{ère} sous-section: (Hématologie ; transfusion)

Docteur François SCHOONEMAN

3^{ème} sous-section: (Immunologie)

Docteur Anne KENNEL

4^{ème} sous-section: (Génétique)

Docteur Christophe PHILIPPE

**48^{ème} Section: ANESTHESIOLOGIE, REANIMATION, MEDECINE D'URGENCE,
PHARMACOLOGIE ET THERAPEUTIQUE**

1^{ère} sous-section: (Anesthésiologie et réanimation chirurgicale)

Docteur Jacqueline HELMER - Docteur Gérard AUDIBERT

3^{ème} sous-section: (Pharmacologie fondamentale ; pharmacologie clinique)

Docteur Françoise LAPICQUE - Docteur Marie-José ROYER-MORROT – Docteur Nicolas GAMBIER

**49^{ème} Section: PATHOLOGIE NERVEUSE ET MUSCULAIRE, PATHOLOGIE MENTALE,
HANDICAP ET RÉÉDUCATION**

5^{ème} sous-section: (Médecine physique et de réadaptation)

Docteur Jean PAYSANT

**54^{ème} Section: DÉVELOPPEMENT ET PATHOLOGIE DE L'ENFANT, GYNÉCOLOGIE-OBSTÉTRIQUE,
ENDOCRINOLOGIE ET REPRODUCTION**

5^{ème} sous-section: (Biologie et médecine du développement et de la reproduction)

Docteur Jean-Louis CORDONNIER

=====

MAÎTRES DE CONFÉRENCES

5^{ème} Section: SCIENCE ÉCONOMIE GÉNÉRALE

Monsieur Vincent LHUILLIER

32^{ème} Section: CHIMIE ORGANIQUE, MINÉRALE, INDUSTRIELLE

Monsieur Jean-Claude RAFT

40^{ème} Section: SCIENCES DU MÉDICAMENT

Monsieur Jean-François COLLIN

60^{ème} Section: MÉCANIQUE, GÉNIE MÉCANIQUE ET GÉNIE CIVIL

Monsieur Alain DURAND

61^{ème} Section: GÉNIE INFORMATIQUE, AUTOMATIQUE ET TRAITEMENT DU SIGNAL

Monsieur Jean REBSTOCK - Monsieur Walter BLONDEL

64^{ème} Section: BIOCHIMIE ET BIOLOGIE MOLÉCULAIRE

Mademoiselle Marie-Claire LANHERS

Monsieur Franck DALIGAULT

65^{ème} Section: BIOLOGIE CELLULAIRE

Mademoiselle Françoise DREYFUSS - Monsieur Jean-Louis GELLY

Madame Ketsia HESS - Monsieur Pierre TANKOSIC - Monsieur Hervé MEMBRE

67^{ème} Section: BIOLOGIE DES POPULATIONS ET ÉCOLOGIE

Madame Nadine MUSSE

68^{ème} Section: BIOLOGIE DES ORGANISMES

Madame Tao XU-JIANG

=====

MAÎTRES DE CONFÉRENCES ASSOCIÉS

Médecine Générale

Docteur Alain AUBREGÉ

Docteur Francis RAPHAEL

Docteur Jean- Marc BOIVIN

PROFESSEURS ÉMÉRITES

Professeur Michel BOULANGE - Professeur Alain LARCAN - Professeur Michel WAYOFF - Professeur Daniel ANTHOINE

Professeur Hubert UFFHOLTZ - Professeur Adrien DUPREZ - Professeur Paul VERT

Professeur Jean PREVOT - Professeur Jean-Pierre GRILLIAT - Professeur Philippe CANTON - Professeur Pierre MATHIEU

Professeur Gilbert THIBAUT - Professeur Daniel SCHMITT - Mme le Professeur Colette VIDAILHET

Professeur Jean FLOQUET - Professeur Claude CHARDOT - Professeur Michel PIERSON - Professeur Alain BERTRAND

Professeur Daniel BURNEL - Professeur Jean-Pierre NICOLAS - Professeur Michel VIDAILHET

Professeur Marie-Claire LAXENAIRE - Professeur Claude PERRIN - Professeur Jean-Marie GILGENKRANTZ

Mme le Professeur Simone GILGENKRANTZ - Professeur Jean-Pierre DELAGOUTTE

=====

DOCTEURS HONORIS CAUSA

Professeur Norman SHUMWAY (1972)

Université de Stanford, Californie (U.S.A)

Professeur Paul MICHIELSEN (1979)

Université Catholique, Louvain (Belgique)

Professeur Charles A. BERRY (1982)

Centre de Médecine Préventive, Houston (U.S.A)

Professeur Pierre-Marie GALETTI (1982)

Brown University, Providence (U.S.A)

Professeur Mamish Nisbet MUNRO (1982)

Massachusetts Institute of Technology (U.S.A)

Professeur Mildred T. STAHLMAN (1982)

Wanderbilt University, Nashville (U.S.A)

Harry J. BUNCKE (1989)

Université de Californie, San Francisco (U.S.A)

Professeur Théodore H. SCHIEBLER (1989)

Institut d'Anatomie de Würzburg (R.F.A)

Professeur Maria DELIVORIA-PAPADOPOULOS (1996)

Université de Pennsylvanie (U.S.A)

Professeur Mashaki KASHIWARA (1996)

Research Institute for Mathematical Sciences de Kyoto (JAPON)

Professeur Ralph GRASBECK (1996)

Université d'Helsinki (FINLANDE)

Professeur James STEICHEN (1997)

Université d'Indianapolis (U.S.A)

Professeur Duong Quang TRUNG (1997)

Centre Universitaire de Formation et de Perfectionnement des

Professionnels de Santé d'Hô Chi Minh- Ville (VIËTNAM)

A NOTRE MAÎTRE ET PRESIDENT DE THESE

Monsieur le Professeur Gérard BARROCHE

Professeur de Neurologie

Vous nous avez fait l'honneur d'accepter la présidence de ce travail et nous vous en remercions.

Nous avons apprécié votre justesse d'analyse et votre enthousiasme lors de l'élaboration de notre travail.

Qu'il soit le reflet de notre respect et de notre gratitude.

A NOTRE MAÎTRE ET JUGE

Monsieur le Professeur Thierry CONROY

Professeur de Cancérologie Clinique

Nous sommes très sensibles à l'honneur que vous nous faites en acceptant de juger ce travail.

Veillez trouver ici le témoignage de notre reconnaissance et de notre profond respect.

A NOTRE MAÎTRE ET JUGE

Monsieur le Professeur Hervé BOUAZIZ

Professeur d'Anesthésiologie et de Réanimation Chirurgicale

Vous avez accepté avec gentillesse de participer à ce jury de thèse et nous vous en remercions.

Veillez trouver ici le témoignage de notre reconnaissance et de notre profond respect.

A NOTRE JUGE ET DIRECTEUR DE THESE

Monsieur le Docteur Philippe LONCHAMP

Docteur de Neurologie

Vous nous avez fait l'honneur de diriger ce travail et nous vous en remercions.

Votre écoute, votre enthousiasme et votre disponibilité ont été d'un profond soutien pour mener à terme ce projet.

Que vos pertinents conseils soient le reflet de ce travail.

Veillez trouver ici le témoignage de notre profonde considération.

A NOTRE JUGE

Madame le Docteur Catherine LAMOUILLE

Docteur de Médecine Générale

Tu as accepté sans hésitation de participer à ce jury de thèse et je t'en suis très reconnaissant.

Ton regard pertinent sur ce projet et ton enthousiasme communicatif nous a permis d'aborder ce travail avec dynamisme.

Ces qualités sont à l'image de ton travail au sein de l'Equipe Mobile de Soins Palliatifs, que j'ai pu apprécié pendant six mois et qui n'a fait que confirmer mes attentes.

Encore merci.

REMERCIEMENTS

A mes parents,
Ce travail est l'aboutissement et la reconnaissance de vos sacrifices.
Finalement, le jeu en valait la chandelle.
Encore merci, affectueusement.

A Cédric, mon frère et Virginie, ma belle-sœur et amie

A Elodie, ma sœur et à son mari, Fabien,

A Lisa, ma filleule,

A Inès, ma nièce,

A Louis et Huguette, mes grands-parents

A mes ami(e)s

A ceux et celles de la première heure toujours présent(e)s et indispensables avec qui la vie d'étudiant a été à l'image de ce que je m'en faisais et à leur conjoint(e) et leur(s) enfant(s), qui ignorent pour le moment les frasques de leurs parents :
Mathilde, Cédric et Lutèce ; Anne ; Charles et Géraldine ; Sandrine ; Pascal et Iéléna ; Emilie ; Alex ; Elise M ; Virginie et Mathieu.

Aux ami(e)s qui ont pris l'histoire en route et dont la présence est tout aussi essentielle :
Flavie, Cécile, Stein et Mateo.

A Anne-France, Jérôme, Ben et Laëtitia, sans qui Metz "by night" serait encore un mystère.

A Virginie B, Valou, Pablo et Marie : un voyage dans un pays en plein soulèvement populaire nous a fait nous découvrir, nous raconter...définitivement.

A Mathieu, Daria et Ella, Yannick, Luc et Benoît : le labeur d'un certain service a finalement permis de tisser des liens ... de collègues à ami(e)s.

Et à toute la Thionville Attitude : honneur aux filles, Gini, Elise, Claire, Stéphanie, Caro, Sophie, Anne-Lise, Chadia, Mathieu, Matthieu, Nico, Guillaume, Jean-Philippe, Olivier, Vincent, Laurent et Fred : on recommence quand ?

A Isabelle,
Ce travail n'aurait pas pu se faire sans toi,
Nous y voilà,
Que la suite de tes projets personnels et professionnels puisse être aussi bien menée...

A Jean-Pierre PIERSON et à toute l'équipe de la Fondation Losange : Sonia, Fred, Benoît, Stéphane, Seb, Anita, Véronique, Christine, Aurore et les autres,
Toutes ces grandes vacances et ces samedis passés en votre compagnie furent un régal.

Au Dr FX PETIT,
Tu as définitivement marqué mon parcours de bons souvenirs,
Merci encore à toi et bon vent.

Au Dr Sandrine BOUSSAT,
Ta pédagogie et ta confiance m'ont fait avancer.

Au Dr Bernard WARY et au Dr Jean-François VILLARD,
J'espère que ma pratique médicale sera à l'image de votre générosité, de votre humanité et de votre professionnalisme.

Et à toute l'équipe du Service Régional de Soins Palliatifs du CHR de Thionville :
Catherine L, Benoît, Florine, Chantal, Majo, Rachel, Claire, Catherine F, Geneviève,
Christiane, Martine, Nathalie et à l'ensemble de l'équipe de l'HAD
Ces six mois passés parmi vous ont fait que nourrir mon envie de poursuivre dans cette voie.
Très longue suite à vous toutes et tous.

Au Dr Vincent LAMOUILLE,
Tes conseils et ton écoute m'ont toujours été d'une grande aide,
Qu'ils aient été médicaux ou informatiques.

Aux équipes paramédicales du service d'Oncologie Médicale du Centre Alexis Vautrin,
Le souvenir de ces trois années passées parmi vous est encore fort présent.

Aux équipes paramédicales des services des Maladies Respiratoires du CHRU de Nancy
(Tour Drouet 2^{ème} et 3^{ème} étages), des Urgences du CHR de Metz, de Pédiatrie du CHR de
Thionville et de Médecine Interne (Médecine A2) du CH de Bar le Duc.

Un remerciement spécial :

A tous les internes et résidents qui ont participé à ce travail en nous accueillant toujours avec
enthousiasme et intérêt et sans qui le projet n'aurait jamais abouti,
A Mme le Dr EMPEREUR, épidémiologiste, qui nous a guidé dans ce travail avec
intelligence,
A Mr LOUIS et son infographiste dont l'aide précieuse a permis d'élaborer un outil comme
nous l'avions imaginé.

Enfin, au Dr DELASSUS et à toute l'équipe de l'Unité Mobile de Soins Palliatifs du CHU de
Caen,
Merci de m'accueillir dans votre service et de me permettre de poursuivre mon projet.

SERMENT

« Au moment d'être admis à exercer la médecine, je promets et je jure d'être fidèle aux lois de l'honneur et de la probité. Mon premier souci sera de rétablir, de préserver ou de promouvoir la santé dans tous ses éléments, physiques et mentaux, individuels et sociaux. Je respecterai toutes les personnes, leur autonomie et leur volonté, sans aucune discrimination selon leur état ou leurs convictions. J'interviendrai pour les protéger si elles sont affaiblies, vulnérables ou menacées dans leur intégrité ou leur dignité. Même sous la contrainte, je ne ferai pas usage de mes connaissances contre les lois de l'humanité. J'informerai les patients des décisions envisagées, de leurs raisons et de leurs conséquences. Je ne tromperai jamais leur confiance et n'exploiterai pas le pouvoir hérité des circonstances pour forcer les consciences. Je donnerai mes soins à l'indigent et à quiconque me les demandera. Je ne me laisserai pas influencer par la soif du gain ou la recherche de la gloire.

Admis dans l'intimité des personnes, je tairai les secrets qui me sont confiés. Reçu à l'intérieur des maisons, je respecterai les secrets des foyers et ma conduite ne servira pas à corrompre les mœurs. Je ferai tout pour soulager les souffrances. Je ne prolongerai pas abusivement les agonies. Je ne provoquerai jamais la mort délibérément.

Je préserverai l'indépendance nécessaire à l'accomplissement de ma mission. Je n'entreprendrai rien qui dépasse mes compétences. Je les entretiendrai et les perfectionnerai pour assurer au mieux les services qui me seront demandés. J'apporterai mon aide à mes confrères ainsi qu'à leurs familles dans l'adversité. Que les hommes et mes confrères m'accordent leur estime si je suis fidèle à mes promesses ; que je sois déshonoré et méprisé si j'y manque ».

TABLE DES MATIERES.

GLOSSAIRE	23
INTRODUCTION	26
LA DOULEUR CHRONIQUE : DEFINITIONS ET ASPECT MULTIDIMENSIONNEL DE LA DOULEUR	29
1. DEFINITIONS.....	30
1.1. LA DOULEUR	30
1.2. LA DOULEUR CHRONIQUE : par opposition à la douleur aiguë	31
2. L'ASPECT MULTIDIMENSIONNEL DE LA DOULEUR	34
3. LE MODELE BIOPSYCHOSOCIAL	35
CONSTATS ET OBJECTIFS GENERAUX DU TRAVAIL	38
1. LES CONSTATS.....	39
1.1. QUELQUES CHIFFRES	39
1.2. LA FORMATION MEDICALE INITIALE SUR LA DOULEUR.....	40
1.3. RESULTATS D'UNE ENQUÊTE MENEÉ AUPRES DES INTERNES	41
2. LES OBJECTIFS DU TRAVAIL.....	44
PROPOSITION D'UN OUTIL PRATIQUE D'AIDE A LA PRISE EN CHARGE DE LA DOULEUR CHRONIQUE	46
1. METHODE.....	47
1.1. REGROUPER LES DONNEES PERTINENTES POUR LA PRATIQUE.....	47
1.1.1. LES STANDARDS, OPTIONS, RECOMMANDATIONS OU SOR.....	47
1.1.2. LES RECOMMANDATIONS ET REFERENCES PROFESSIONNELLES DE L'ANAES.....	48
1.1.3. L'ORGANISATION MONDIALE DE LA SANTE.....	48
1.1.4. LES RECOMMANDATIONS DE LIMOGES	49
1.1.5. UNE REVUE DE LA LITTERATURE	50
1.2. LE FORMAT ET LA MISE EN PAGE DE L'OUTIL	51

2. LE CONTENU.....	53
2.1. PRINCIPES GENERAUX DE LA PRISE EN CHARGE DE LA DOULEUR CHRONIQUE : DEFINIR, EVALUER, TRAITER.....	53
2.1.1. DEFINIR ET EVALUER.....	53
2.1.1.1. Les échelles d'autoévaluation de l'intensité douloureuse.....	54
2.1.1.2. Les échelles comportementales d'hétéroévaluation.....	57
2.1.1.3. Les échelles de vocabulaire.....	61
2.1.1.3.1. Le Questionnaire Douleur Saint Antoine.....	61
2.1.1.3.2. Le Questionnaire DN4.....	63
2.1.1.4. Les échelles de retentissement émotionnel.....	65
2.1.1.5. Les échelles de retentissement sur le comportement.....	67
2.1.2. REGLES GENERALES POUR LE TRAITEMENT DE LA DOULEUR CHRONIQUE.....	70
2.2. LA DOULEUR PAR EXCES DE NOCICEPTION.....	73
2.2.1. TRAITEMENT DE LA DOULEUR PAR EXCES DE NOCICEPTION : LES ANTALGIQUES DES 3 PALIERS DE L'OMS.....	73
2.2.1.1. Le premier palier : les antalgiques non opioïdes.....	73
2.2.1.1.1. Le Paracétamol.....	74
2.2.1.1.2. L'Aspirine (acide Acétylsalicylique) et les Anti-Inflammatoires Non Stéroïdiens.....	74
2.2.1.2. Le deuxième palier : les opioïdes faibles.....	75
2.2.1.2.1. La Codéine et ses associations.....	76
2.2.1.2.2. Le Chlorhydrate de tramadol et ses associations.....	76
2.2.1.2.3. L'association à base de Dextropropoxyphène.....	78
2.2.1.3. Le troisième palier : les opioïdes forts.....	79
2.2.1.3.1. Les différentes molécules et leurs formes galéniques.....	80
2.2.1.3.2. Initiation d'un traitement morphinique.....	83
2.2.1.3.3. La rotation des opioïdes.....	85
2.2.2. LES COEFFICIENTS DE CONVERSION ESTIMES DES PRINCIPAUX OPIOIDES DE NIVEAU 2 ET 3 DE L'OMS.....	86
2.2.3. LES PRINCIPAUX EFFETS INDESIRABLES DES OPIOIDES.....	87
2.3. LA DOULEUR NEUROPATHIQUE.....	90

GLOSSAIRE

AFSSAPS	Agence Française de Sécurité Sanitaire des Produits de Santé
AINS	Anti-Inflammatoire Non Stéroïdien
AMM	Autorisation de Mise sur le Marché
ANAES	Agence Nationale d'Accréditation et d'Evaluation de la Santé
ASA	American Society of Anesthesiologists
BDI	Beck Depression Inventory
BPI	Brief Pain Inventory
CAV	Centre Alexis Vautrin
CCM	Comité Consultatif Médical
CEDR	Cercle d'Etude de la Douleur en Rhumatologie
CHR	Centre Hospitalier Régional
CHRU	Centre Hospitalier Régional et Universitaire
CLUD	Centre de Lutte contre la Douleur
CME	Commission Médicale d'Etablissement
CNMD	Collège National des Médecins de la Douleur
COEGD	Comité d'Organisation des Etats Généraux de la Douleur
CRLCC	Centre Régional de Lutte Contre le Cancer
DCEM	Deuxième Cycle des Etudes Médicales
DGS	Direction Générale de la Santé
DHOS	Direction de l'Hospitalisation et de l'Organisation des Soins
DIU	Diplôme InterUniversitaire
DN4	Douleur Neuropathique 4 questions
DPQ	Dallas Pain Questionnaire
ECPA	Echelle Comportementale de la Personne Âgée
EN	Echelle Numérique
EPU	Enseignement Post-Universitaire
EVA	Echelle Visuelle Analogique
EVS	Echelle Verbale Simple
FMC	Formation Médicale Continue
FNCLCC	Fédération Nationale des Centres de Lutte Contre le Cancer
HAD	Hospital Anxiety and Depression
HAS	Haute Autorité Sanitaire
IASP	International Association for the Study of Pain
IRS	Inhibiteur de la Recapture de la Sérotonine
IRSA	Inhibiteur de la Recapture de la Sérotonine et de la norAdrénaline

LI	Libération Immédiate
LP	Libération Prolongée
MOS SF-36	Medical Outcome Study Short Form-36
MPI	Multidimensional Pain Inventory
MPQ	MacGill Pain Questionnaire
NNH	Number to Need Harm
NNT	Number to Need Treat
NPSI	Neuropathic Pain Symptom Inventory
OMS	Organisation Mondiale de la Santé
OPC	Organisation de la Prise en Charge des patients
QCD	Questionnaire Concis sur les Douleurs
QDSA	Questionnaire Douleur Saint Antoine
RPC	Recommandations pour la Pratique Clinique
SETD	Société d'Etude et de traitement de la Douleur
SF-MPQ	Short Form – MacGill Pain Questionnaire
SFAP	Société Française d'Accompagnement et de soins Palliatifs
SFR	Société Française de Rhumatologie
SFSP	Société Française de Santé Publique

INTRODUCTION

Répondre à la demande quotidienne des patients face à la douleur est un défi permanent pour tout médecin. A juste titre, les patients sont de plus en plus demandeurs de la prise en compte et du soulagement de leur douleur, notamment depuis ces dix dernières années suite à une sensibilisation et une information organisées par le Ministère de la Santé pour que "la douleur ne soit pas une fatalité". Cette volonté a donc été le moteur de nombreuses initiatives hospitalières et universitaires en vue d'améliorer sa prise en charge comme l'information des malades avec la rédaction d'une charte du patient hospitalisé, la facilitation de la prescription des morphiniques, l'amélioration de la formation des équipes paramédicales et médicales... La nécessité de changer les habitudes et les mentalités est alors en marche.

Depuis 2004, le programme universitaire du deuxième cycle des études médicales comprend un module intitulé "Douleurs - Soins Palliatifs - Accompagnements". Toutefois cette formation n'est pas rétrospective et nombre d'internes et de résidents a simplement bénéficié d'un séminaire d'une journée sur la prise en charge de la douleur.

Les solutions étaient donc de s'inscrire en 2004 au Diplôme InterUniversitaire ou DIU d'Etude et de Prise en Charge de la Douleur pour tenter de palier aux récurrentes difficultés de prise en charge rencontrées "au lit du patient", et de valider un semestre du résidanat dans le Service Régional de Soins Palliatifs et de la Douleur du Centre Hospitalier Régional (CHR) de Thionville. Notre impression personnelle de lacunes et de manque de formation a alors été renforcée et partagée avec d'autres internes. L'idée de créer un outil d'aide à la prise en charge de la douleur chronique, cancéreuse et non cancéreuse, regroupant les différents éléments nécessaires en pratique, a alors germé avec, en parallèle, l'intention d'évaluer la formation et les connaissances d'un échantillon d'internes. Les résultats de cette enquête et le premier prototype de la plaquette ont ainsi été présentés sous forme de mémoire, validant le DIU. La suite du projet constitue en partie cette thèse.

Nous définirons dans un premier temps la notion de douleur chronique et l'impact de celle-ci sur le quotidien du patient, déterminant ainsi son aspect multidimensionnel.

Dans un deuxième temps, nous réfléchirons aux différents problèmes posés par les résultats de l'enquête menée en 2006 par Isabelle PIFFER dans le cadre de sa thèse de docteur en médecine générale, auprès d'un échantillon régional d'internes en médecine et de résidents,

évalués sur leurs connaissances diagnostiques et thérapeutiques de la douleur chronique. Ces divers constats nous permettront alors de définir des objectifs généraux quant à la réalisation d'un outil pratique d'aide à la prise en charge de ce type de douleur.

Nous développerons ensuite les éléments et les informations pratiques constituant cet outil.

Enfin, nous exposerons la phase ultime de notre projet qui a été sa présentation et son approbation auprès des Comités de Lutte contre la Douleur de trois hôpitaux lorrains, permettant ainsi la distribution de notre outil.

**LA DOULEUR CHRONIQUE : DEFINITIONS ET
ASPECT MULTIDIMENSIONNEL DE LA DOULEUR**

1. DEFINITIONS

1.1. LA DOULEUR

La douleur est définie selon l'International Association for the Study of Pain ou IASP comme *"une expérience sensorielle et émotionnelle désagréable, associée à une lésion tissulaire réelle ou potentielle ou décrite en des termes évoquant une telle lésion."* (1)

Cette définition met donc en évidence deux caractéristiques importantes de la douleur :

- elle aborde l'aspect multidimensionnel de la douleur en établissant un lien entre la composante sensorielle et sa dimension émotionnelle,
- elle intègre la possibilité d'un ressenti douloureux en l'absence d'une lésion tissulaire réelle.

Cette définition, parue initialement en 1979, est aussi reprise par l'Organisation Mondiale de la Santé ou OMS, et est reconnue de façon universelle.

Mais il n'existe pas une mais des douleurs, qui peuvent être classées selon :

- Le mécanisme physiopathologique, opposant ainsi : (2)
 - la douleur par excès de nociception : il s'agit de l'activation des voies de la douleur à partir des récepteurs périphériques par une stimulation nociceptive (lésion tissulaire) ; le système nerveux restant intact, elle correspond à un excès de stimulation des terminaisons libres ou des récepteurs ;
 - la douleur neuropathique : elle correspond à une hyperactivité spontanée des voies de la douleur, sans stimulation nociceptive, consécutive à une lésion des voies de la sensibilité que ce soit au niveau du système nerveux périphérique ou du système nerveux central. Elle apparaît à distance de quelques semaines de la lésion initiale ; (1)

- la douleur psychogène : il s'agit d'une douleur erratique, en rapport avec une problématique psychologique ou psychopathologique caractérisée, s'exprimant au travers du corps. Le diagnostic positif repose sur des éléments du discours, la personnalité pathologique entrant dans le cadre d'une névrose hystérique, d'une hypocondrie, d'une somatisation d'un désordre émotionnel (dépression),...
- le type de pathologie en cause : maligne ou non cancéreuse ;
- la durée d'évolution : aiguë ou chronique.

Nous allons donc nous intéresser à cette différenciation entre douleur aiguë et douleur chronique qui semble être une simple notion de temps d'évolution mais qui va se révéler être un concept beaucoup plus complexe. Comprendre ce concept est un enjeu important pour apporter la ou les meilleure(s) réponse(s) à la prise en charge du patient présentant une douleur chronique.

1.2. LA DOULEUR CHRONIQUE : par opposition à la douleur aiguë

Le terme "aiguë" définit la douleur comme un symptôme utile, s'inscrivant en tant que signal d'alarme de menace de l'intégrité physique par un stimulus nociceptif. Cette douleur a donc un rôle protecteur pour l'organisme et est une aide diagnostique pour le soignant.

En effet, les caractéristiques sémiologiques de la douleur (type, localisation, irradiation,...) apportent des informations indispensables au diagnostic étiologique, permettant alors un traitement adapté, associant le traitement antalgique au traitement de la cause. Cette douleur est donc contrôlable et doit être ni négligée ni sous traitée au risque de voir s'installer une chronicité.

Le terme "chronique", quant à lui, a donné lieu à diverses définitions.

Initialement, la distinction entre douleur aiguë et douleur chronique était uniquement basée sur la durée d'évolution de la symptomatologie. En 1999, l'Agence Nationale d'Accréditation et d'Evaluation en Santé ou ANAES retient 16 études, de 1985 à 1998, établissant la chronicité pour une durée d'évolution de la douleur allant de 1 à 6 mois, dont une majorité de 11 articles pour une durée de 6 mois. (3)

Par ailleurs, l'Organisation Mondiale de la Santé ou OMS propose de reconnaître la douleur chronique en ces termes : « *La douleur qui dure longtemps ou qui est permanente ou récurrente (...) est appelée chronique quand elle dure plus de six mois.* » (4)

Puis, en 1997, l'American Society of Anesthesiologists ou ASA propose la définition suivante: « *douleur persistante ou épisodique d'une durée ou d'une intensité qui affecte de façon péjorative le comportement ou le bien-être du patient, attribuable à toute cause non maligne.* » (5)

La douleur chronique est donc destructrice, néfaste et inutile. Il n'existe plus de notion de durée quantifiée, mais d'évolution dans le temps susceptible d'avoir un impact comportemental, affectif et émotionnel. Cette chronicisation conduit à de telles répercussions que la douleur s'individualise alors en tant que syndrome ou maladie, comme le présentait déjà en 1953 le Dr John J. BONICA, anesthésiste américain. Il publie dans "The Management of Pain"(6) cette opposition, douleur aiguë symptôme et douleur chronique maladie. Il propose alors de constituer des équipes "pluridisciplinaires", notamment en collaboration avec des psychiatres, pour tenter de résoudre les problèmes de douleur complexe, rebelle. L'objectif est donc de diriger l'action médicale sur la douleur elle-même et non seulement sur sa cause, en ayant notion que celle-ci est aussi dépendante de facteurs individuels, psychologiques et sociaux.

Cette vision se développe aussi grâce aux travaux de Melzack et Waal (7) dans les années 1960. Ils fondent la théorie de la porte ou "gate control theory", qui propose l'existence d'un mécanisme agissant comme barrière dans le système de transmission synaptique afin que les signaux puissent être modulés avant qu'ils ne déclenchent une perception et une réponse. Ce contrôle est dépendant de l'activité périphérique des fibres périphériques et de processus psychologiques variés comme l'attention ou des expériences antérieures.

Enfin, l'ASA exclut de sa définition les douleurs d'origine cancéreuse qui sont plutôt considérées comme des douleurs aiguës persistantes. Néanmoins, les pathologies malignes peuvent entraîner des lésions non accessibles à un traitement spécifique, alors sources de douleurs chroniques. Nous citerons l'exemple de l'évolution progressive d'une tumeur avec compression nerveuse, provoquant des douleurs mixtes, c'est-à-dire, des douleurs par excès de nociception associées à une composante neuropathique, pouvant avoir des répercussions psychocomportementales néfastes.

Il conviendra donc de considérer cette situation au même titre qu'une douleur chronique, définie comme suit par l'ANAES, après synthèse des différentes définitions citées ci-dessus:

***"Expérience sensorielle et émotionnelle désagréable, associée à une lésion tissulaire réelle ou potentielle, ou décrite en des termes évoquant une telle lésion, évoluant depuis plus de 3 à 6 mois et/ou susceptible d'affecter de façon péjorative le comportement ou le bien-être du patient, attribuable à toute cause non maligne."*(3)**

Au total, cette définition amène à expliquer et à comprendre l'analyse multidimensionnelle de la douleur chronique.

2. L'ASPECT MULTIDIMENSIONNEL DE LA DOULEUR

Quel que soit le mécanisme physiopathologique initiateur, la douleur fait intervenir l'interaction de quatre composantes :(3, 8)

- La composante sensori-discriminative,
- La composante affectivo-émotionnelle,
- La composante cognitive,
- La composante comportementale,

La composante sensori-discriminative correspond aux mécanismes neurophysiologiques qui permettent le décodage de la qualité, de la durée, de l'intensité et de la localisation des messages nociceptifs.

La composante affectivo-émotionnelle confère à la douleur sa tonalité désagréable, pénible, difficilement supportable ; c'est cette dimension qui peut amener le patient à un état émotionnel plus différencié comme l'anxiété et la dépression. De plus, le contexte dans lequel intervient cette symptomatologie (signification de la maladie, évolution incertaine de celle-ci,...) est un facteur modulateur de la composante affective.

La composante cognitive correspond à l'ensemble des processus mentaux susceptibles d'influencer la perception de la douleur et les réactions comportementales qu'elle détermine : processus d'attention et de détournement de l'attention, interprétations et valeurs attribuées à la douleur, phénomènes d'anticipation, références à des expériences douloureuses antérieures vécues ou observées,...

La composante comportementale se caractérise par l'ensemble des manifestations verbales (plaintes, gémissements,...) ou non verbales (physiologiques comme la tachycardie, motrices telles que les attitudes antalgiques, l'agitation,...) observables chez le patient algique.

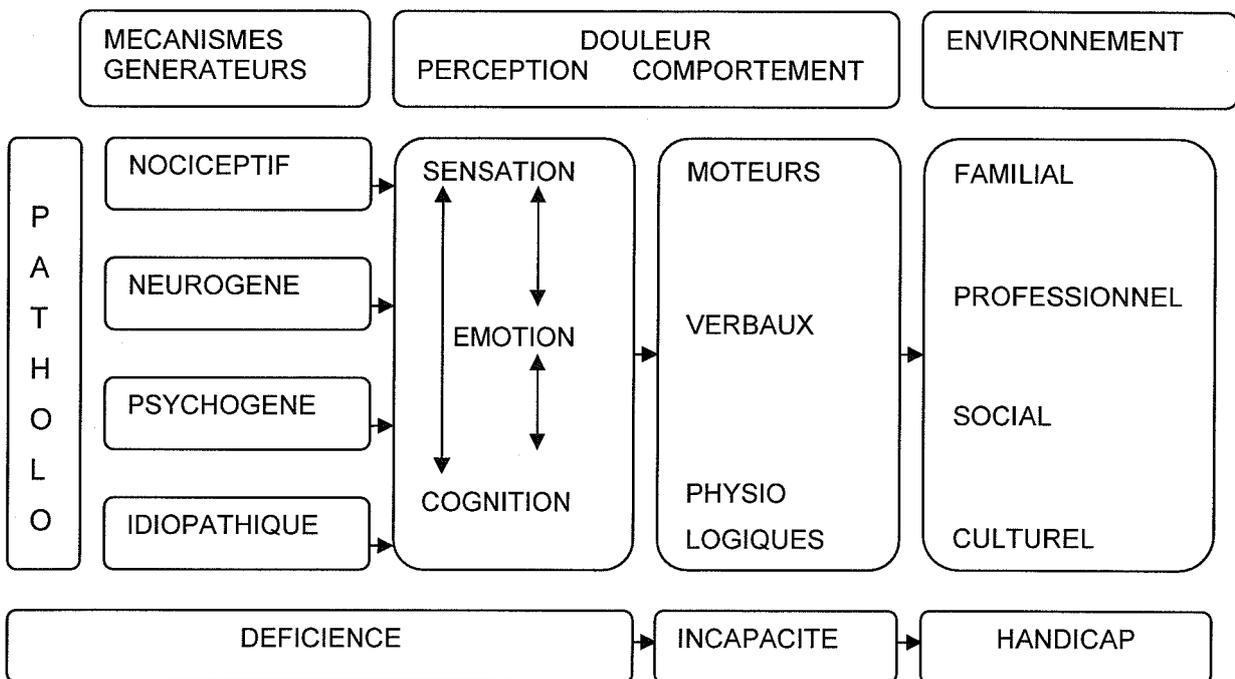
L'ensemble de ces dimensions est lui-même sous l'influence de facteurs environnementaux, professionnels, familiaux, sociaux et culturels, constituant le modèle biopsychosocial de la douleur.

3. LE MODELE BIOPSYCHOSOCIAL

Le modèle biopsychosocial de la douleur chronique est un concept qui a inspiré de nombreuses publications internationales. Il met en avant les relations existantes entre l'aspect pluridimensionnel de la douleur et les facteurs environnementaux, professionnels, familiaux, sociaux et culturels, propres à chaque individu. Ce fondement est à la base de la prise en charge pluridisciplinaire des consultations spécialisées de la douleur.

En France, François Boureau développe ce concept et propose le modèle multidimensionnel suivant : (9, 10)

MODELE BIOPSYCHOSOCIAL DE LA DOULEUR CHRONIQUE



Ce modèle montre que la compréhension du seul aspect physiologique du mécanisme douloureux n'est pas suffisante pour proposer une approche satisfaisante au patient. En effet, l'évolution vers un état douloureux chronique va dépendre de la réaction comportementale du patient qui, si elle est inappropriée, peut conduire à un état dépressif, par exemple, ou à des réactions de colère, de somatisation,...

La forme que prennent ces réactions comportementales inappropriées dépend essentiellement des caractéristiques préexistantes de la personnalité de l'individu et des conditions environnementales dans lesquelles a évolué et évolue le patient : aspects socio-économiques, culturels, professionnels et familiaux.

Si le patient ne peut faire face à ces réactions comportementales inappropriées, sa maladie peut le conduire vers la perte de son emploi, de sa place au sein de sa famille et de la société. Ne plus faire face à la situation amène alors au déconditionnement et au handicap.

C'est à l'image de ce modèle biopsychosocial que se définit le "syndrome de douleur chronique" comme une douleur persistante qui peut concorder avec les données somatiques et qui est associée à au moins deux des conditions suivantes :

- une régression significative et progressive de la capacité fonctionnelle et relationnelle dans les activités de la vie journalière, au domicile comme au travail,
- une demande excessive de recours à des médicaments ou à des procédures médicales souvent invasives tout en reconnaissant leur inefficacité à soulager,
- un trouble de l'humeur,
- un sentiment de révolte et de revendication ou au contraire de résignation et d'impuissance, souvent accompagné d'une hostilité envers les soignants, traduisant l'incapacité de s'adapter à la situation. (11)

C'est ainsi que l'ANAES propose une grille d'évaluation semi-structurée du patient présentant une douleur chronique dans laquelle l'anamnèse doit retenir une attention particulière notamment concernant l'historique de la prise en charge, tant au niveau diagnostique (examens complémentaires réalisés, médecins consultés,...) que sur le plan thérapeutique, et, concernant les différents facteurs du modèle biopsychosocial : retentissement psychologique de la douleur actuelle, contexte familial, psychosocial, médico-légal et leurs incidences, les facteurs cognitifs (représentations de la maladie, interprétation des avis médicaux), et comportementaux (attitude vis-à-vis de la maladie,...). (3)

En résumé, le soignant ne peut se contenter d'une simple évaluation de l'intensité douloureuse d'un patient présentant une douleur chronique. Une exploration globale et complète de la plainte douloureuse, centrée sur le patient et son contexte, est indispensable pour prétendre à une prise en charge optimale de la maladie. Elle s'inscrit à la fois dans une approche physiologique de la symptomatologie mais aussi psychocomportementale et sociale. La complexité de cette pathologie peut mettre rapidement le médecin en situation d'échec et être source d'escalade thérapeutique. Il est donc important de maîtriser cette notion et de connaître toutes les ressources diagnostiques et thérapeutiques pour prétendre à une prise en charge adaptée de la douleur chronique.

**CONSTATS ET OBJECTIFS GENERAUX DU
TRAVAIL**

1. LES CONSTATS

1.1. QUELQUES CHIFFRES

Le Livre Blanc de la Douleur, parue en 2005, est la synthèse d'enquêtes nationales et régionales menées en 2003 par le Comité d'Organisation des Etats Généraux de la Douleur ou COEGD. L'objectif principal de cette synthèse sert à l'évaluation du plan de lutte contre la douleur de 2002-2005.

L'enquête nationale auprès de 1007 personnes indique que 57% des français ont été confrontés directement au cours de ces deux dernières années à la douleur, dont 28% souffrent encore. Sur les 78% de personnes atteintes directement ou indirectement par la douleur (soit 783 personnes), 86% ont consulté un professionnel de santé et 74% ont bénéficié d'une prescription médicale.

82% ont été partiellement ou pas du tout soulagés. 96% estiment que des progrès restent à faire. (12)

Enfin, la lutte contre ce symptôme est la première attente exprimée par les patients dans le rapport d'études de la Direction Générale de la Santé ou DGS des personnes atteintes de maladies chroniques. (13)

Cette étude analyse aussi l'avis de 400 médecins généralistes (au nombre de 220) et spécialistes libéraux (au nombre de 180) sur leur formation et leur propre prise en charge de la douleur. (14)

18% des médecins interrogés considèrent avoir reçu une formation initiale spécifique à la prise en charge de la douleur, sans différence significative entre les médecins spécialistes et les médecins généralistes. 68% en sont satisfaits. Cette formation initiale est plus fréquente chez les médecins récemment diplômés. Les formations complémentaires ont une place importante dans l'adaptation et les modifications des pratiques médicales, comme les Formations Médicales Continues (FMC) pour 60% et les Enseignements Post-Universitaires (EPU) pour 74%.

La douleur neuropathique est la douleur la plus difficile à traiter pour 65,1% des médecins. Viennent ensuite les douleurs cancéreuses et rhumatologiques. Il faut noter que ces trois douleurs appartiennent aux principales étiologies des douleurs chroniques. (14)

1.2. LA FORMATION MEDICALE INITIALE SUR LA DOULEUR

La formation des jeunes médecins en France est dispensée à la fois sous forme théorique par l'intermédiaire de modules axés sur les différentes spécialités médicales et, à partir de la deuxième année du deuxième cycle des études médicales (DCEM), elle est complétée par des stages pratiques en tant qu'externe puis interne ou résident. Le thème de la douleur est inclus depuis deux ans dans le module n°6 du DCEM intitulé "Douleur - Soins palliatifs - Accompagnement", dont douze heures sont spécialement consacrées à la douleur.

Avant la création de ce module, la Faculté de Médecine de NANCY organisait un séminaire d'une journée sur l'évaluation et le traitement de la douleur, principalement ciblé sur la douleur par excès de nociception. Ce séminaire obligatoire est notre seule approche théorique sur ce thème, en plus de quelques notions acquises sur la classification des antalgiques en trois paliers dans différents modules et sur la douleur neuropathique.

De plus, l'enseignement d'orientation diagnostique et thérapeutique basé sur les symptômes, terminant le programme de ce deuxième cycle ne comportait pas de sujet sur la conduite à tenir face à la douleur, chronique ou aiguë. Enfin, l'enseignement du troisième cycle de médecine générale s'appuyant en grande partie sur les principaux motifs de consultation n'abordait pas ce thème, alors qu'il représente 40 à 60% des recours auprès du médecin généraliste. Ces faibles bases théoriques se sont rapidement révélées insuffisantes lorsque nous sommes devenus internes ou résidents donc prescripteurs en 2002.

Pour pallier à ces difficultés et acquérir une certaine autonomie, nous décidons alors de participer au DIU d'Etude et de Prise en Charge de la Douleur de Nancy – Dijon avec Isabelle PIFFER, résidente impliquée dans la prise en charge de la personne âgée et qui partage cette volonté de s'investir dans la lutte contre la douleur. A cela s'ajoute une expérience de six mois comme résident dans le Service Régional de Soins Palliatifs et de Traitement de la Douleur du Centre Hospitalier Régional de Thionville en 2004-2005, où la pratique quotidienne n'a fait qu'alimenter notre impression personnelle de lacunes et notre sentiment d'être bien souvent démunis face

à la plainte douloureuse du patient. Les objectifs de ce stage ont été d'acquérir des connaissances fondamentales dans la prise en charge de la douleur et de les appliquer au quotidien, en intervenant au sein d'une équipe transversale spécialisée dont les rôles sont de donner des avis consultatifs et des informations éclairées, mais aussi de transmettre et de former les équipes pour améliorer cette prise en charge. Les internes ont été les interlocuteurs les plus souvent rencontrés dans les services.

C'est pourquoi, dans le cadre du mémoire validant le DIU nous avons souhaité mener une enquête auprès de cette population de médecins en formation, qui nous est familière. Le sujet du mémoire intitulé "Evaluation de la prise en charge de la douleur chronique par les internes. De la formation théorique à la pratique..." (15) a évalué la satisfaction de la formation des étudiants en médecine et a permis une étude de leurs connaissances sur la définition, l'évaluation et le traitement de la douleur chronique, incluant la douleur cancéreuse et non cancéreuse et les douleurs par excès de nociception et neuropathique. Les résultats du questionnaire de connaissances, établi à partir de cas cliniques et de questions à choix multiples, ont mis en évidence une certaine culture de la douleur avec, néanmoins, des difficultés sur la prise en charge thérapeutique des douleurs par excès de nociception, et surtout dans la reconnaissance et le traitement des douleurs neuropathiques.

1.3. RESULTATS D'UNE ENQUÊTE MENEÉ AUPRES DES INTERNES

Devant ces résultats intéressants, une nouvelle enquête plus formelle avec l'aide d'une épidémiologiste est menée début 2006 par Isabelle PIFFER dans le cadre de sa thèse de médecine générale intitulée "Enquête d'évaluation de la formation et des connaissances des internes en médecine sur la prise en charge de la douleur chronique chez l'adulte." (16) L'étude comprend une première partie curriculum vitae et en deuxième partie, un questionnaire de connaissances sur la douleur chronique. L'enquête a été réalisée auprès de 150 internes et résidents. 108 questionnaires ont été retournés.

Ces 108 internes notent la satisfaction de leur prise en charge à 5,5 sur 10. La satisfaction de leur formation est estimée moyenne, avec une note de 5,3 sur 10 pour les étudiants ayant bénéficié du module 6 et 5,6 sur 10 pour ceux ayant participé à

d'autres formes d'apprentissage (notamment des cours magistraux, des formations sur le lieu de stage, des réunions de laboratoires pharmaceutiques,...).

Le questionnaire des connaissances permet de révéler leurs points forts et leurs points faibles. Les difficultés rencontrées peuvent être classées de façon arbitraire en trois catégories, en fonction du moment de la prise en charge de la douleur chronique : les problèmes peuvent être liés à la définition de la douleur, à son évaluation et à son traitement.

Le dogme douleur égal traitement par les molécules des paliers de l'OMS est un raccourci trop fréquemment établi. La douleur d'origine neuropathique est souvent sous évaluée, car souvent mal connue. L'enquête de notre mémoire mettait en évidence une méconnaissance des moyens diagnostiques de la douleur neuropathique, confirmée par les nouveaux résultats de l'enquête menée par Isabelle PIFFER : 98% des internes ne connaissent pas d'outil mettant en évidence la présence d'une douleur neuropathique. L'ensemble des signes cliniques évocateurs de ce type de douleur est méconnu par 90% d'entre eux. (16)

L'évaluation de la douleur dans son intensité est bien connue en théorie mais il semble qu'en pratique, le corps médical ne l'utilise pas suffisamment. Les demandes pour les patients algiques se résument très fréquemment par : "il a (encore) mal.", sans que la douleur ait été objectivée et quantifiée par le médecin. Concernant les autres possibilités d'évaluation notamment pour les sujets non communicants, seulement 22% des internes connaissent une échelle spécifique. (16)

Le traitement de la douleur par excès de nociception est mis en échec par des erreurs sur les modalités de prescription. En effet, la prescription des antalgiques "matin, midi, soir" ou "3 fois par jour" ou "si besoin" est encore répandue et les feuilles de prescription disponibles dans la plupart des établissements de soins facilitent cette problématique avec la séparation de la journée en quatre colonnes pour "matin, midi, soir, nuit". La pharmacocinétique de la molécule n'est pas respectée. Le nycthémère n'est pas alors couvert correctement.

Parfois, le traitement est prescrit à des doses insuffisantes.

Le patient doit pouvoir bénéficier d'une antalgie de secours tant que cela est possible en associant des molécules des différents paliers de l'OMS ou du même palier (pour

les opioïdes forts), en utilisant des molécules dont l'activité pharmacocinétique est différente (molécules à libération prolongée et à libération immédiate), en évaluant la nécessité d'une coantalgie : ces principes sont souvent négligés alors qu'ils peuvent apporter une solution simple à la prise en charge.

Concernant tout particulièrement le traitement par opioïdes forts, nous avons souhaité regrouper de manière exhaustive les données indispensables pour la prescription et la manipulation des différentes molécules. Selon l'enquête (16), l'initialisation d'un traitement par morphinique en respectant la prescription d'interdoses en parallèle est plutôt bien intégrée par une majorité de nos collègues. Il en est de même pour les facteurs de conversion lors des changements de voies d'administration (orale, intraveineuse et sous-cutanée). Cependant, la rotation d'opioïdes et l'équiantalgie entre les molécules de palier 2 et palier 3 de l'OMS sont des notions peu maîtrisées. Enfin, l'utilisation des morphiniques implique la connaissance de leurs effets indésirables et des signes de surdosage, pouvant être source de mauvaise observance thérapeutique voire d'arrêt du traitement.

La prescription d'antidépresseurs ou d'antiépileptiques pour traiter une douleur neuropathique est un concept bien maîtrisé par les personnes interrogées. Toutefois, les modalités de prescription ne sont pas respectées dans 88% des cas avec des posologies trop élevées.

Tous ces postulats nous ont conduits à réfléchir à la création d'un outil pratique et pertinent, à l'usage du prescripteur. En effet, l'enquête objective la nécessité pour les internes de disposer de guides pratiques et d'outils didactiques pour compléter et améliorer leur formation. C'est cette même proposition qui émerge de l'étude de la COEGD parue dans le *Livre Blanc de la Douleur* : les médecins interrogés attendent une information basée sur des conseils de prescription et sur les recommandations professionnelles.

Les outils déjà existants en Lorraine sont au nombre de deux : un au Centre Hospitalier de Bar le Duc, exclusivement centré sur la douleur par excès de nociception et un au Centre Alexis Vautrin, Centre de Lutte Contre le Cancer ou CRLCC de Nancy dont le contenu est spécifique de la prescription des molécules de palier 3 de l'OMS. Ils ne répondent donc que partiellement aux difficultés de la prise en charge de la douleur chronique.

2. LES OBJECTIFS DU TRAVAIL

L'outil d'aide à la prise en charge de la douleur chronique doit remplir deux objectifs principaux : être fonctionnel dans son utilisation et être pratique dans son contenu.

Les manuels thérapeutiques sont pour 90% des internes une aide à la prise en charge de la douleur comme le dictionnaire VIDAL® et le guide pratique des médicaments DOROSZ®. Ces livres incontournables des médicaments sont plutôt encombrants. Le dictionnaire VIDAL® tend même à disparaître dans les services hospitaliers au profit de son format informatique sans pour autant que le travail du médecin au quotidien s'effectue avec un ordinateur. Notre outil doit donc pouvoir être accessible "au lit du malade" pour tenter de faciliter le diagnostic, l'évaluation et le traitement de la douleur chronique.

La mise en page du contenu doit permettre une visualisation rapide des informations recherchées. Enfin, l'objectif pratique du format et du support de l'outil ne doit pas se faire aux dépens de son contenu.

Comme nous l'avons vu dans le paragraphe précédent, les médecins souhaitent pouvoir disposer de guides ou d'outils pratiques regroupant les conseils d'utilisation, d'administration et de surveillance des traitements antalgiques. Ces conseils doivent bien évidemment correspondre aux dernières recommandations professionnelles, faciliter l'analyse du patient présentant une douleur chronique et permettre une prise en charge thérapeutique la plus adaptée.

L'outil doit s'intéresser aux deux types de douleur étudiés dans le questionnaire des connaissances : la douleur par excès de nociception et la douleur neuropathique. La pertinence des différentes informations inscrites sur la plaquette doit porter sur leur évaluation, leur diagnostic et les possibilités thérapeutiques.

L'objectif n'est pas de former des spécialistes de la douleur mais de transmettre des messages simples et adaptés aux situations les plus courantes pour permettre à chaque médecin d'acquérir une certaine autonomie quant à la prise en charge de la douleur et de répondre le plus rapidement possible à la souffrance du patient.

L'interne est parfois un médecin libéral en devenir, surtout en médecine générale, ce qui signifie que son exercice médical n'est pas figé à l'hôpital. Une approche de cette activité pendant six mois est obligatoire pour les résidents et les internes de médecine générale. C'est lors de ce stage que nous pouvons nous rendre compte que, seul, le médecin généraliste doit faire face à la douleur du patient.

L'outil doit donc s'adresser à l'ensemble des médecins, indépendamment de leur spécialité médicale et de leur ancienneté professionnelle.

C'est pour tenter de répondre à tous ces objectifs que nous avons regroupé de multiples informations dans une brochure intitulée "La douleur chronique en pratique chez l'adulte." (Annexe 1). Elle met en relief les différents éléments nécessaires à une évaluation multidimensionnelle de la douleur chronique et les principales thérapeutiques à envisager. Après la présentation du premier prototype lors du mémoire et après discussion de son contenu avec les équipes de la consultation de la douleur du Centre Hospitalier Régional et Universitaire de NANCY et du Service Régional de Soins Palliatifs du CHR de Thionville, un outil finalisé peut être proposé.

**PROPOSITION D'UN OUTIL PRATIQUE D'AIDE A LA
PRISE EN CHARGE DE LA DOULEUR CHRONIQUE**

1. METHODE

1.1. REGROUPER LES DONNEES PERTINENTES POUR LA PRATIQUE

Les informations répertoriées dans l'outil proviennent :

- Des Standards, Options, Recommandations ou SOR
- Des recommandations et références professionnelles de l'ANAES
- De l'Organisation Mondiale de la Santé ou OMS
- Des recommandations de Limoges
- De divers articles récemment publiés

1.1.1. LES STANDARDS, OPTIONS, RECOMMANDATIONS OU SOR (17)

Les SOR ont été créés en 1993 par la Fédération Nationale des Centres de Lutte Contre le Cancer ou FNCLCC, et correspondent au travail mené par vingt Centres Régionaux de Lutte Contre le Cancer (CRLCC) ; en collaboration avec les spécialistes des universités publiques françaises, des hôpitaux généraux et des cliniques privées dont le projet est de définir des recommandations pour la pratique clinique en cancérologie et notamment pour la prise en charge des douleurs cancéreuses par excès de nociception. La méthodologie est basée sur une revue et une analyse critique des données scientifiques disponibles, menées par un groupe de travail pluridisciplinaire. L'approbation des SOR combine le niveau de preuves scientifiques et l'accord des experts. La validation des recommandations est assurée par des experts indépendants, extérieurs au groupe de travail.

Les "Standards" correspondent aux interventions pour lesquelles les résultats sont connus et qui sont considérées comme bénéfiques, inappropriées ou nuisibles, à l'unanimité.

Les "Options" se définissent comme les standards, mais par la majorité et non à l'unanimité ; elles s'accompagnent toujours de recommandations.

Les "Recommandations" ont pour but de hiérarchiser les options, quand il en existe plusieurs en fonction du niveau de preuve.

Un premier rapport sur les traitements antalgiques médicamenteux des douleurs cancéreuses par excès de nociception chez l'adulte est paru en 1996 (17) et la dernière édition date de 2002 avec une mise à jour en 2003. Ces recommandations sous forme de guide en français de 129 pages (18) ont été publiées dans la revue *Bulletin du Cancer* (19, 20) et sont disponibles sur le site internet www.fnclcc.fr.

1.1.2. LES RECOMMANDATIONS ET REFERENCES PROFESSIONNELLES DE L'ANAES

L'ANAES devenue la Haute Autorité Sanitaire ou HAS publie chaque année des Recommandations pour la Pratique Clinique ou RPC et des conférences de consensus, toutes les deux élaborées à partir d'une analyse bibliographique par une équipe multidisciplinaire et multiprofessionnelle. Les recommandations utilisées seront celles de la prise en charge de la douleur chronique de 1999 (3), de l'évaluation et de la prise en charge de la douleur chez les personnes âgées ayant des troubles de la communication de 2000 (21) et de la prise en charge de l'adulte nécessitant des soins palliatifs de 2002 (22).

1.1.3. L'ORGANISATION MONDIALE DE LA SANTE OU OMS

L'OMS est depuis plus d'une vingtaine d'années un organisme pionnier dans l'information internationale des médecins sur la prise en charge du patient douloureux. Le traitement de la douleur par excès de nociception est régi par la célèbre classification des antalgiques en trois paliers depuis 1986. Cette dernière a une reconnaissance universelle et fait encore état dans le traitement de la douleur, quel qu'en soit l'origine. (23)

Le niveau 1 correspond aux molécules non opioïdes pour le traitement des douleurs faibles à modérées.

Le niveau 2 correspond aux opioïdes faibles pour les douleurs modérées.

Le niveau 3 correspond aux opioïdes forts pour les douleurs intenses.

1.1.4. LES RECOMMANDATIONS DE LIMOGES

Un groupe de rhumatologues de la Société Française de Rhumatologie ou SFR, impliqué dans la réflexion sur la prise en charge de la douleur chronique non cancéreuse (le Cercle d'Étude de la Douleur en Rhumatologie ou CEDR), et plus particulièrement d'origine rhumatologique, établit le 19 février 1999 des recommandations sur l'utilisation de la morphine alors controversée, après une analyse bibliographique confrontée à l'expérience clinique. Les conclusions sont publiées dans la Revue du Rhumatisme en 1999 et font encore parties des références actuelles dans la pratique quotidienne. (24, 25)

L'objectif de ce travail est d'apporter un éclairage sur la prescription de morphine dans les pathologies rhumatismales, afin que celle-ci soit réfléchie. Les patients sont de plus en plus demandeurs de traitement efficace mais un traitement morphinique doit être mis en place dans des situations physiques et psychologiques adaptées : il est alors recommandé de ne pas traiter par morphiniques les patients porteurs d'une symptomatologie non expliquée comme les douleurs idiopathiques et les personnes présentant des troubles caractériels et psychosociaux sévères (Recommandation n°6). L'analyse comporte au total 16 recommandations, regroupées en Annexe 2.

C'est dans ce sens que l'article publié en 2003 par Ballantyne et Mao (26) corrobore la place du traitement par opioïde dans la prise en charge de la douleur chronique non cancéreuse ; sa prescription doit être précédée d'une évaluation fine et globale de la douleur et les auteurs insistent sur deux objectifs thérapeutiques indispensables : une antalgie efficace avec le minimum d'effets indésirables et l'amélioration de la qualité de vie. Au cours du suivi, il est nécessaire de rester vigilant à l'apparition d'une tolérance voire d'un comportement addictif, notamment si l'augmentation des doses est inefficace. Le sevrage doit être alors envisagé et doit permettre le recours à des thérapies non médicamenteuses complémentaires si celles-ci n'ont pas été proposées auparavant. Toutefois cette notion d'addiction n'est pas spécifiquement mise en avant dans les études actuellement disponibles, face à un nombre insuffisant de patients inclus et à la courte durée des analyses. (27, 28)

Enfin, en Mai 2006, Furlan et al. publient une méta-analyse des différentes études menées de 1960 à 2005 sur l'intérêt des opioïdes dans le traitement des douleurs non cancéreuses (28) ; les 41 études retenues incluent alors 6019 patients atteints de douleurs évoluant depuis plus de 6 mois, d'origine non cancéreuse, dont 80% de douleurs nociceptives (maladies ostéoarticulaires, douleurs lombaires sans radiculopathies traitées par les paliers 2 et 3 OMS), 12% de douleurs neuropathiques (chez le diabétique, douleurs post-zostériennes, douleurs du membre fantôme et syndrome douloureux régional complexe d'origine cervicobrachiale, traités par les 2 niveaux OMS d'opioïdes), 7% de fibromyalgies (traitées par Tramadol) et 1% de douleurs mixtes, à savoir nociceptives et neuropathiques associées (traitées par le palier 3 OMS : sulfate de morphine et oxycodone). Cette revue de la littérature confirme l'efficacité des opioïdes faibles (Tramadol, Codéine et Propoxyphène) et forts (Sulfate de Morphine et Oxycodone) comparés au placebo sur le soulagement de la douleur et sur la qualité de vie. Elle met aussi en évidence une meilleure efficacité antalgique des opioïdes de palier 3 par rapport au palier 2 de l'OMS ; cependant, la comparaison avec d'autres classes thérapeutiques, comme les antidépresseurs (pour la neuropathie post-zostérienne) et les anti-inflammatoires non stéroïdiens (pour les douleurs ostéoarticulaires) n'est pas en faveur des opioïdes sur les caractéristiques fonctionnelles. Mais comparer des traitements sans faire de distinction entre les divers mécanismes physiopathologiques responsables de la genèse de la douleur peut-il être concluant ?

1.1.5. UNE REVUE DE LA LITTÉRATURE

Cette revue de la littérature est nécessaire notamment pour les douleurs neuropathiques pour lesquelles il n'existe pas de recommandations bien établies à la différence des douleurs par excès de nociception.

1.2. LE FORMAT ET LA MISE EN PAGE DE L'OUTIL (Annexe 1)

Le support utilisé pour notre outil doit répondre à des critères d'accessibilité et de lisibilité.

D'une part, les étudiants en médecine ont l'habitude de "promener" dans leur blouse bon nombre de brochures de laboratoires pharmaceutiques au format "poche" et de guides thérapeutiques avec arbres décisionnels. Ce format est donc familier à l'ensemble des internes. L'idée d'utiliser ce style identique de support nous semble donc intéressante car il pourrait permettre de faciliter son appropriation et serait disponible rapidement "au lit du malade". Le support proposé est alors un support papier rigide de 21cm sur 36cm, plié en trois parties égales. C'est sur cet espace restreint que nous avons tenté de réunir toutes les informations nécessaires à une prise en charge optimale de la douleur chronique.

D'autre part, la quantité de connaissances à emmagasiner au cours de nos études nous conduit très rapidement à synthétiser les informations indispensables sous forme de tableaux ou d'arbres décisionnels. C'est pourquoi, le contenu de notre outil sera exposé au maximum sous forme de tableaux, l'objectif étant de trouver le plus rapidement possible un renseignement précis. De plus, cette mise en page facilite l'intégration de la plus grande quantité de recommandations et de référentiels professionnels.

L'intervention d'un infographiste a permis de remplir toutes ces conditions, après évaluation de l'intérêt de chaque information à répertorier dans l'outil, en collaboration avec les équipes de la consultation de la douleur chronique du Centre Hospitalier Régional et Universitaire de Nancy et du service régional de soins palliatifs et de traitement de la douleur du CHR de Thionville.

Le contenu, modifié pour la dernière fois le 18 janvier 2006, est divisé en trois parties incluant six tableaux.

La première partie énumère les principes généraux de la prise en charge de la douleur chronique chez l'adulte.

La deuxième partie sur la douleur par excès de nociception se compose de trois tableaux et du protocole Naloxone :

- Tableau A : Traitement de la douleur par excès de nociception : du palier 1 au palier 3 de l'OMS.
- Tableau B : Coefficients de conversion estimés des principaux opioïdes de niveaux 2 et 3 de l'OMS.
- Tableau C : les principaux effets indésirables des opioïdes.

La troisième partie traite de la douleur neuropathique et contient deux tableaux :

- Tableau D : Questionnaire DN4.
- Tableau E : Traitement médicamenteux de la douleur neuropathique.

2. LE CONTENU

2.1. PRINCIPES GENERAUX DE LA PRISE EN CHARGE DE LA DOULEUR CHRONIQUE : DEFINIR, EVALUER, TRAITER

2.1.1. DEFINIR ET EVALUER

Toutes les publications sont unanimes : définir le type de douleur ressentie et en évaluer l'intensité et le retentissement psychocomportemental sont des prérogatives essentielles à la prise en charge diagnostique et thérapeutique du patient douloureux. (29)

Comme l'énonce F. Boureau "la douleur est subjective, il n'est donc pas possible de l'évaluer. Cette notion – inexacte mais très largement répandue – mérite d'être commentée, modulée, remise en question car elle constitue sans doute un des principaux freins à la prise en charge correcte de la douleur". (30)

Ce moment clé de l'évaluation permet au clinicien de mieux comprendre la douleur du patient, qui est le seul expert pour décrire et évaluer ce phénomène subjectif.

Des échelles uni ou multidimensionnelles sont alors utilisées pour juger :

- de l'intensité de la douleur,
- de la présence d'une composante neuropathique et/ou nociceptive,
- de l'impact sur l'humeur et sur l'anxiété,
- du retentissement sur le comportement.

2.1.1.1. Les échelles d'autoévaluation de l'intensité douloureuse

L'évaluation de l'intensité douloureuse permet : (31)

- D'adapter la prescription du traitement antalgique et de suivre son efficacité ; c'est pourquoi, dans le cadre de la douleur chronique, l'évaluation est triple et correspond à la douleur au moment présent, à la douleur habituelle et à la plus intense depuis les 8 derniers jours,
- D'améliorer la communication entre le malade et les soignants : les critères d'évaluation sont communs à l'ensemble de l'équipe, facilitant la transmission des informations entre les soignants,
- D'améliorer la communication médecin - malade : le patient se sent reconnu dans sa plainte.

Il existe trois échelles d'autoévaluation unidimensionnelles actuellement référencées pour mesurer l'intensité de la douleur. (3, 21, 22, 31) En 1999, les recommandations de l'ANAES (3) proposent, après lecture et analyse des différents travaux et articles publiés dans la littérature, d'utiliser en première intention l'Echelle Visuelle Analogique ou EVA.

En cas de mauvaise compréhension de celle-ci, sont recommandées l'Echelle Numérique ou EN et l'Echelle Verbale Simple ou EVS.

Le patient ne doit utiliser qu'une seule échelle en fonction de sa compréhension.

- L'EVA (Annexe 3. Figure 1) se présente :
 - soit sous forme d'une réglette à deux faces avec une face "patient", sur laquelle sont notés les termes "pas de douleur" à l'extrémité droite et "douleur maximale imaginable" à l'extrémité gauche, relié par une ligne sans aucune valeur notifiée et une face "soignant" avec une échelle chiffrée de 0 à 100 millimètres permettant de quantifier l'intensité douloureuse. Le patient doit déplacer un curseur de la gauche vers la droite en fonction de son ressenti douloureux.
 - soit sous forme papier, identique à la face patient de la réglette, sur laquelle le patient doit tracer un trait (même principe que le curseur)

L'échelle doit être présentée horizontalement. Plus le patient positionnera le trait ou le curseur vers l'extrémité droite c'est-à-dire vers "douleur maximale imaginable", plus l'intensité de la douleur sera importante.

Cet instrument de référence, cité dans de nombreux articles comme l'explique l'ANAES, est simple d'utilisation et rapide. Les mesures peuvent être répétées sans difficulté et permettent le suivi évolutif de la douleur et de l'efficacité de son traitement.

- L'Echelle Numérique. (Annexe 3. Figure 2) : cette échelle peut être utilisée en cas de mauvaise compréhension de l'EVA. C'est une échelle numérotée de 0 (absence de douleur) à 10 ou 100 (douleur maximale imaginable). Le patient doit attribuer un chiffre à l'intensité de sa douleur.

Tout comme l'EVA, cette méthode est simple d'utilisation, rapide, fiable et reproductible.

- L'Echelle Verbale Simple (Annexe 3. Figure 3) : cette échelle utilise des adjectifs pour définir l'intensité de la douleur, correspondant pour chacun d'entre eux à une note de 0 à 4 ou 5. Celle présentée par l'ANAES comporte 5 niveaux de cotation de 0 à 4.

L'ANAES recommande d'utiliser cette méthode en cas de mauvaise compréhension des deux autres échelles d'intensité ou en cas de faible capacité d'abstraction.

- Intérêts et limites des échelles.

La valeur obtenue ne permet pas une comparaison interindividuelle. Seul un suivi du patient et une évaluation de l'efficacité du traitement sont possibles.

Les scores ne donnent pas d'informations sur la nature de la plainte douloureuse.

La sensibilité de l'EVA est plus grande que celle de l'EVS car elle présente un plus grand nombre de réponses possibles.

Leur utilisation nécessite une capacité d'abstraction suffisante du patient pour faire le lien entre la douleur et une ligne ou un chiffre, mais aussi la préservation des fonctions sensorielles et des capacités cognitives, mnésiques,... ce qui limite leur intérêt chez la personne âgée atteinte de troubles cognitifs.

50% des personnes âgées communicantes et lucides ne peuvent utiliser l'EVA (32) alors que la prévalence de la douleur chronique de la personne âgée augmente avec l'âge et que celle-ci atteint une proportion moyenne de 60%, dont un tiers avec des douleurs sévères. (21) Ces constatations sont reprises en mars 2005 par Le Colloque de Gériatrie qui, dans son rapport paru dans la Revue de Gériatrie, indique une prévalence de 40% de personnes atteintes de douleurs chroniques. (33)

Il est donc important de ne pas négliger l'évaluation diagnostique du sujet âgé non verbalisant, non comprenant ou non participant.

C'est pourquoi, différents praticiens ont décidé de créer des échelles d'hétéroévaluation, adaptées à ces personnes présentant des troubles cognitifs, basées sur une évaluation comportementale et multidimensionnelle comme le reprend en 1998 l'American Geriatrics Society Panel on Chronic Pain in older persons. (34) L'intérêt de ces échelles est d'autant plus marqué lorsque nous prenons connaissance des résultats de l'enquête menée par le COEGD auprès de médecins et infirmier(ère)s exerçant dans des services de soins de suite, de soins de longue durée et de médecine de 6 régions françaises. La proportion de patients estimés douloureux par les équipes est sous-évaluée par rapport à la proportion de sujets âgés réellement douloureux après utilisation d'une échelle d'hétéroévaluation. Sur la quantité de patients algiques, 60 à 65% étaient diagnostiqués comme non douloureux. (35)

2.1.1.2. *Les échelles comportementales d'hétéroévaluation (3, 21, 22)*

Ces échelles d'hétéroévaluation sont inspirées des travaux de Gauvain-Piquard chez le jeune enfant avec l'Echelle Douleur Enfant Gustave-Roussy. (36, 37)

Les recommandations de l'ANAES de 2000 (21), qui reposent sur un accord professionnel devant le manque d'études chez les personnes de plus de 75 ans et chez celles qui ont des troubles de la communication verbale, préconisent une évaluation comportementale possible avec deux échelles d'hétéroévaluation actuellement validées : DOLOPLUS 2 et l'Echelle Comportementale de la Personne Agée.

- DOLOPLUS 2 (Annexe 4) (38, 39, 40)

De 1995 à 1996, Bernard WARY en collaboration avec une équipe de médecins gériatres et de soins palliatifs, appelée collectif DOLOPLUS, finalisent une échelle d'évaluation comportementale chez le sujet âgé non communicant : Doloplus 2.

Suite aux enquêtes multicentriques menées auprès des professionnels de santé, de patients âgés douloureux et non douloureux, et de familles de patients âgés douloureux, 10 items sont retenus parmi les 15 items de la première version de 1992.

L'évaluation s'articule autour de trois dimensions, s'intéressant au :

- retentissement somatique, qui contient cinq items : les plaintes somatiques, les positions antalgiques au repos, la protection de zones douloureuses, les mimiques, le sommeil ;
- retentissement psychomoteur, qui se compose deux items : la toilette et/ou l'habillage et les mouvements ;
- retentissement psychosocial, qui propose trois items : la communication, la vie sociale et les troubles du comportement ;

Chaque item est coté selon quatre niveaux d'intensité progressifs et exclusifs, de 0 à 3. Un score total est alors établi sur 30 (si tous les items ont pu être remplis). Une douleur est ainsi affirmée lorsque le score est supérieur ou égal à 5 sur 30.

Plusieurs conseils d'utilisation sont à prendre en compte pour une évaluation optimale :

- l'utilisation de l'échelle demande un apprentissage ;
- si un ou des items sont inadaptés à la situation, il faut mettre 0 (manque d'information sociale, patient dans le coma,...) ;
- l'évaluation doit se faire en équipe pluridisciplinaire ;
- il faut établir une cinétique des scores afin d'évaluer l'évolution de la symptomatologie douloureuse et l'intérêt du traitement mis en place.
- la comparaison interindividuelle tout comme pour les échelles d'autoévaluation est inutile.
- en cas de doute, il ne faut pas hésiter à faire un test pharmacologique à visée antalgique.
- l'échelle évalue la douleur et non la dépendance, la dépression ou les fonctions cognitives.

L'équipe Zwakhalen et al. , en comparant les différentes qualités métrologiques et psychométriques de douze échelles comportementales chez la personne non communicante, conclut que la DOLOPLUS 2 et l'Echelle Comportementale pour Personnes Agées font partie des 4 échelles comportementales les plus appropriées à l'évaluation de la douleur, la DOLOPLUS 2 arrivant en tête. (41)

- L'Echelle Comportementale pour Personnes Agées ou ECPA (Annexe 5) (42, 43)

Les travaux de recherche de cette échelle ont débuté en 1993 et les premières publications sont parues en 1998 avec, actuellement, une version définitive pour le sujet non communicant qui se compose de huit items.

Chaque item contient cinq niveaux de réponses cotées de 0 à 4, représentant un degré de douleur croissant, exclusif des autres pour le même item. Le score total s'étale de 0, "pas de douleur" à 32, "douleur totale". Une cinétique des scores permet de suivre l'efficacité du traitement instauré.

La cotation se fait en deux temps : avant et pendant les soins.

- L'observation avant les soins se concentre sur l'expression du visage, la position spontanée au repos, les mouvements ou la mobilité du patient et la relation à autrui ;
- Pendant les soins, l'observation est centrée sur l'anticipation anxieuse aux soins, les réactions pendant la mobilisation, les réactions pendant les soins des zones douloureuses et les plaintes exprimées pendant le soin.

Il est indispensable d'évaluer la première partie du questionnaire avant les soins. Une cotation "de mémoire" après le soin peut être un biais de jugement et donc une perte de fiabilité de l'évaluation.

Toutefois ces échelles d'auto et d'hétéroévaluation ne permettent pas de différencier la composante neuropathique de la composante nociceptive. Ces deux douleurs distinctes ou associées ne s'expriment pas avec la même symptomatologie. Deux échelles de vocabulaire sont actuellement mises en avant pour permettre de préciser le diagnostic : le Questionnaire Douleur de Saint Antoine ou QDSA et le Questionnaire DN4.

2.1.1.3. Les échelles de vocabulaire

2.1.1.3.1. Le Questionnaire Douleur de Saint Antoine ou QDSA (Annexe 6)

Le QDSA est une échelle multidimensionnelle, élaborée à partir du McGill Pain Questionnaire (MPQ) de MELZACK Ronald. (44)

Ce MPQ est un outil psychométrique en langue anglaise comprenant une échelle d'autoévaluation composée de 78 qualificatifs, répartis en 20 classes et issus du vocabulaire utilisé par les patients. Cette échelle permet alors de décrire 2 dimensions de la douleur, sensorielle et affectivo-émotionnelle. Le patient doit répondre au questionnaire en sélectionnant dans les diverses classes les qualificatifs les plus exacts pour décrire sa douleur. Différents scores sont alors établis permettant de qualifier et quantifier le vécu douloureux.

Une version courte de ce questionnaire (45) a été proposée en 1987 par le même auteur et comparée avec l'échelle initiale, mettant alors en évidence une viabilité de cette évaluation en association avec une échelle d'intensité type EVA. L'intérêt de cette version courte est porté par un temps de consultation parfois limité pour le médecin et par la recherche d'informations plus élaborée que la simple intensité douloureuse.

Les travaux de François BOUREAU et al ont permis d'adapter une version francophone du MPQ, alors baptisée Questionnaire Douleur de Saint Antoine ou QDSA. (46, 47) Ce questionnaire comporte 58 adjectifs descriptifs de la douleur classés en 16 groupes, de A à P, dont 9 relevant du caractère sensoriel (de A à I) et 7 du caractère affectif-émotionnel (de J à P).

Le patient doit cocher l'adjectif qui correspond le mieux à sa douleur dans chaque classe puis lui donner une valeur de 0 (pas du tout) à 4 (extrêmement fort) au moment de la consultation. Différents scores peuvent alors être établis :

- un score "sensoriel" pouvant orienter le médecin vers une composante neuropathique de la douleur chronique,
- un score "affectif" évaluant le retentissement psychologique de la maladie.

L'utilisation de cette échelle a toutefois des limites pour les personnes dont la langue maternelle n'est pas le français ; il faut tenir compte du niveau socio-culturel, il n'a pas d'intérêt pour les patients présentant des douleurs aiguës intenses et pour ceux extrêmement fatigués.

L'ANAES propose un QDSA abrégé (Annexe 7), non validé par les études, mais approuvé par les professionnels expérimentés. (3) Il se compose de 16 qualificatifs, chacun d'entre eux à coter de 0 (absent) à 4 (extrêmement fort) depuis les 8 derniers jours. Les 9 premiers de la liste expriment une composante sensorielle et les 7 suivants le retentissement affectif. Chaque item doit être considéré comme une information séparée et aucun score global ne doit être calculé.

Cette évaluation plus courte apporte donc des renseignements intéressants d'autant plus que sa réalisation plus rapide. (3)

En 2005, un nouveau questionnaire d'évaluation appelé DN4 (Douleur Neuropathique 4 questions) a vu le jour permettant de repérer une origine neuropathique de la douleur en combinant l'interrogatoire à l'examen clinique.

2.1.1.3.2. Questionnaire DN4 (Annexe 8)

Le questionnaire DN4 se sert des éléments mis en évidence au cours de l'examen clinique, en association avec les qualificatifs utilisés par le patient lors de l'interrogatoire, pour faire le diagnostic d'une douleur neuropathique.

Il a été élaboré à partir d'un questionnaire plus étoffé, appelé Neuropathic Pain Symptom Inventory ou NPSI, suite à une étude prospective, menée par Bouhassira et al. (48), auprès de cinq centres "douleur" en France et en Belgique, de Janvier 2001 à Décembre 2002. L'enquête a intéressé 176 personnes, atteintes de lésions neuronales périphériques ou centrales avérées, alors soumises à un questionnaire de 17 descriptifs, sélectionnés à partir d'une analyse bibliographique, comme évocateurs d'une douleur neuropathique. L'analyse des résultats retient alors 10 qualificatifs, remplissant les critères de validation, répartis en 5 classes distinctes :

- douleur spontanée continue dite "profonde" (sensation d'étau, de compression),
- douleur spontanée continue dite "superficielle" (brûlure),
- douleur paroxystique (décharges électriques, coup de couteau),
- douleur provoquée (par le frottement, par la pression, par le contact avec un objet froid),
- paréssthésies - dysesthésies (fourmillements, picotements).

Chacun de ces items est évalué sur une échelle numérique de 0 à 10. Une moyenne pour chacune des 5 classes est alors calculée, pouvant alors permettre dans le cadre du suivi, d'évaluer l'effet préférentiel de certaines classes thérapeutiques sur un symptôme précis de la douleur neuropathique. Enfin, un score total sur 100, correspondant à la somme des 10 items, permet le suivi de l'efficacité du traitement mis en place.

De Mars 2002 à Mars 2003, Bouhassira et al. (49), constituant le French Neuropathic Pain Group, poursuivent leur travail dans 14 centres multidisciplinaires de prise en charge de la douleur en France. Leur objectif est de créer un questionnaire standard de diagnostic de la douleur neuropathique, en partant du constat que ce type de douleur est généralement caractérisé par l'association de symptômes sensoriels non spécifiques et qu'il n'existe pas actuellement de critères diagnostiques consensuels. Pour cela, ils mènent une étude prospective avec 167 patients atteints d'une douleur chronique (évoluant depuis plus de trois mois) associée, soit à une lésion neurologique périphérique ou centrale, soit à une lésion tissulaire. Ces personnes sont évaluées à 3 jours d'intervalle par des experts différents ; ces derniers doivent définir, à partir d'un questionnaire de 17 items descriptifs, une origine neuropathique ou non de la douleur.

L'analyse des résultats montre une discordance diagnostique pour seulement 7 patients entre les deux expertises. Sur les 17 items, 10 descriptifs, dont trois signes mis en évidence à l'examen clinique, ont une haute valeur discriminante (très haute sensibilité et spécificité) pour le diagnostic d'une douleur neuropathique. Ces qualificatifs sont alors repris dans un questionnaire appelé DN4, constituant ainsi le premier outil, combinant l'interrogatoire et l'examen clinique, pour définir et diagnostiquer une composante neuropathique dans la genèse de la douleur. Les 10 items doivent être cochés par le patient ; "oui" correspond à un point et "non" à zéro point. Un score total est alors établi sur dix ; un score supérieur ou égal à quatre sur dix identifie une douleur neuropathique dans 86% des cas, avec une sensibilité de 82,9% et une spécificité de 89,9%.

Ce questionnaire, de réalisation rapide et reproductible, est une évaluation spécifique de qualité dans la prise en charge des douleurs neuropathiques. Toutefois, cette étude a exclu les patients atteints de douleurs mixtes, notamment les radiculopathies lombaires et cervicales et les douleurs cancéreuses, limitant alors actuellement son utilisation. Mais cette approche est une future perspective envisageable par le groupe de travail.

Il constituera le tableau D de notre outil. (Annexe 1. Tableau D)

Contrairement au questionnaire DN4, le QDSA apporte des renseignements sur les répercussions émotionnelles de la douleur chronique. L'évaluation de ce retentissement peut cependant être réalisée plus spécifiquement avec d'autres échelles et notamment l'Hospital Anxiety and Depression ou HAD.

2.1.1.4. *L'évaluation de retentissement émotionnel*

Le retentissement émotionnel de la douleur chronique se traduit la plupart du temps par des troubles de l'humeur à type d'anxiété, de dépression,... Il est donc indispensable de les mettre en évidence pour orienter et cibler la ou les thérapeutiques optimale(s), médicamenteuse(s) et non médicamenteuse(s).

Pour cela, nous proposons d'utiliser l'échelle Hospital Anxiety and Depression ou HAD (50), validée en version française (51) et recommandée par l'ANAES (3, 22). (Annexe 9)

Un deuxième outil est proposé par l'ANAES appelé Questionnaire abrégé de Beck ou BDI pour Beck Depression Inventory qui explore uniquement la dimension dépressive du patient, contrairement à l'HAD qui évalue deux composantes : dépression et anxiété.

L'échelle HAD se présente sous la forme de 14 items (7 pour la dépression et 7 pour l'anxiété), avec 4 niveaux d'intensité décroissante, cotée de 0 à 3. Il est demandé au patient de souligner la réponse qui exprime le mieux ce qu'il a éprouvé au cours de la semaine écoulée. Chaque item correspond soit à l'évaluation de la composante dépressive, matérialisée par la lettre majuscule "D", soit à la composante anxieuse, notée "A". Les notes de la colonne dépression "D" sont alors additionnées pour donner un score de dépression. Il en est de même pour la colonne anxiété "A" donnant ainsi un score d'anxiété.

Ces deux notes globales vont ensuite être comparées avec des valeurs seuils, permettant de détecter la présence d'une détresse psychologique :

- score inférieur ou égal à 7 sur 21: pas de composante dépressive et/ou anxieuse
- score compris entre 8 et 10 sur 21: cas douteux
- score supérieur ou égal à 11 sur 21: cas certain

Si nous mettons en évidence une atteinte psychologique, une nouvelle utilisation de l'HAD peut permettre de quantifier l'évolution de la symptomatologie. En cas de persistance de la symptomatologie, une prise en charge adaptée et pluridisciplinaire doit être envisagée.

Pour une évaluation complète, reste à évaluer le retentissement de la maladie sur le comportement et la qualité de vie du patient, définie comme suit par l'OMS en 1994 « *la qualité de vie est la perception qu'à un individu de sa place dans l'existence, dans le contexte de la culture et du système de valeurs dans lequel il vit, en relation avec ses objectifs, ses attentes, ses normes et ses inquiétudes.* »

La qualité de vie, tout comme la douleur, est subjective et propre à chaque individu.

2.1.1.5. Les échelles de retentissement sur le comportement

Nous proposons d'utiliser le Questionnaire Concis sur les Douleurs ou QCD qui est une traduction française du Brief Pain Inventory ou BPI.

Ce questionnaire a été créé en 1983 par Cleeland et al. (52) et a été utilisé initialement dans l'évaluation du retentissement de la douleur chez le patient cancéreux. Il explore les principales dimensions de la douleur : l'intensité, le soulagement, l'incapacité fonctionnelle, le retentissement social, la vie de relation et la détresse psychologique. Il en existe une version courte qui permet l'exploration de ces différentes dimensions.

Depuis quelques années, le BPI est traduit et validé dans beaucoup de pays européens (Allemagne 1999, Italie 1996 et 2002, Norvège 2002, Espagne 2003) et asiatiques (Malaisie 2006, Corée 2004, Inde 1999 et Taiwan 1999).

Depuis 2004, différentes publications américaines valident l'utilisation du BPI pour la prise en charge d'autres pathologies que le cancer, notamment les douleurs ostéoarticulaires (53) et les douleurs chroniques non cancéreuses en général. (54) Elles proposent, par ailleurs, des versions courtes adaptées à des pathologies telles que l'ostéarthrite (55) et la neuropathie diabétique (le BPI – DPN pour BPI - Diabetic Peripheral Neuropathy). (56) Ces études offrent donc de nouvelles perspectives pour ce questionnaire.

En France, le BPI est traduit dans sa version longue et courte mais n'a pas été validé. Il est simplement recommandé par l'ANAES.

(3)

Comme le propose le groupe d'étude de l'ANAES, l'outil le plus intéressant pour évaluer l'impact de la douleur sur le comportement est une partie du QCD (sous-échelle 23) (Annexe 10). Le groupe d'experts a retenu 6 items sur les 7, de B à G : l'humeur, la capacité à marcher, le travail habituel, les relations avec autrui, le sommeil et le goût de vivre.

Ce test a l'intérêt d'être rapide tout en apportant des informations pertinentes concernant les différentes dimensions de la douleur. Chaque item doit être coté et interprété indépendamment des autres.

D'autres questionnaires existent pour apprécier les conséquences comportementales de la douleur, mais sont plus longs à compléter tout en apportant les mêmes informations avec les mêmes qualités métrologiques exigées par le rapport de l'ANAES (validité contre critère, fidélité test-retest et sensibilité au changement). Nous citerons :

- le MPI ou Mutidimensional Pain Inventory, l'échelle multidimensionnelle la plus étudiée dans l'évaluation de la douleur chronique, constituée de trois sections, dont la première comprend 28 items évaluant l'intensité, l'incapacité fonctionnelle, la détresse psychologique, le retentissement social, le comportement vis-à-vis de la douleur, la vie de relation et les rapports avec l'entourage familial (les deux autres sections apprécient les difficultés interpersonnelles et les répercussions sur les activités quotidiennes) ;
- le DPQ ou Dallas Pain Questionnaire explore surtout le retentissement fonctionnel chez le patient souffrant de lombalgie chronique
- le Medical Outcome Study Short Form-36 ou MOS SF-36 est une échelle multidimensionnelle mesurant la qualité de vie dans sa globalité des patients atteints de maladie chronique, sans aucune spécificité pour la douleur chronique. Ce questionnaire de santé comporte 36 questions auxquelles le patient répond seul et qui mesurent le niveau de performance dans huit domaines de la santé : le fonctionnement physique, le rôle physique c'est-à-dire les éventuelles limitations des

activités usuelles en raison de problèmes physiques, le fonctionnement social, la douleur physique, la santé mentale, le rôle émotionnel pouvant se répercuter sur les activités habituelles, la vitalité et la perception générale de l'état de santé.

Au total, nous disposons de plusieurs échelles multidimensionnelles permettant l'évaluation des répercussions de la douleur chronique tant sur le comportement que sur l'incapacité fonctionnelle. Le Questionnaire Concis sur les Douleurs est une alternative d'évaluation intéressante pour une appréciation rapide et pertinente de la qualité de vie du patient.

L'évaluation est donc une étape incontournable à une bonne prise en charge de la douleur chronique. Elle ne se limite pas à une simple mesure de l'intensité douloureuse mais elle se doit d'aborder les différentes dimensions (sensori-discriminative et affectivo-émotionnelle) de la douleur, ainsi que ses répercussions sur la qualité de vie (incapacité fonctionnelle et comportement). Il est intéressant de noter qu'une enquête menée auprès de 1007 personnes au cours de l'année 2003, dont les conclusions sont réunies dans le Livre Blanc de la Douleur, fait état de répercussions de la douleur sur la vie quotidienne pour 50% des personnes interrogées. (12)

De cette évaluation doit découler une proposition de prise en charge thérapeutique, adaptée au patient et à son contexte, pouvant associer traitement médicamenteux et/ou traitement non médicamenteux à type de psychothérapie, relaxation, kinésithérapie, stimulation transcutanée,...

Quelques règles générales concernant la prise en charge thérapeutique peuvent être énoncées.

2.1.2. REGLES GENERALES POUR LE TRAITEMENT DE LA DOULEUR CHRONIQUE

Nous avons réuni treize principes :

- 1) traiter par voie orale tant que l'état du patient le permet (18, 23),
- 2) administrer les médicaments à intervalles réguliers et non à la "demande" ce qui signifie que la prescription doit notifier l'intervalle de temps entre deux prises en respectant les doses maximales recommandées et la pharmacocinétique des molécules (18, 57), en particulier la demi-vie d'élimination,
- 3) respecter l'échelle des trois niveaux édictée par l'OMS dès 1986 et reprise en 1996, pour le traitement de la composante nociceptive (23) ; ces trois niveaux seront développés dans le prochain paragraphe (18),
- 4) rendre possible, en cas de douleur intense cancéreuse, l'utilisation d'emblée des opioïdes forts, faisant référence à la notion de prescription personnalisée de l'OMS et qui est un accord d'experts des SOR (18, 23),
- 5) respecter les règles d'équianalgésie pour passer d'un traitement de palier 2 (classe des opioïdes faibles) à un traitement de palier 3 (classe des opioïdes forts) ; il en est de même pour la rotation des opioïdes (23)
- 6) discuter de façon raisonnée l'utilisation des morphiniques après échec des autres paliers pour les douleurs chroniques non cancéreuses ; d'une part, les recommandations de Limoges (24) et quelques dernières publications s'intéressant à la place des opioïdes dans la prise en charge de la douleur chronique non cancéreuse (26-28, 57, 58), mettent l'accent, comme nous l'avons déjà précisé, sur la nécessité d'une évaluation des répercussions psychocomportementales de la maladie avant toute introduction d'un traitement morphinique. L'historique de l'apparition et de l'évolution de celle-ci avec les différents traitements déjà envisagés est une donnée importante dans cette évaluation ; enfin, si le traitement est prescrit, il ne faut pas oublier que son efficacité sur l'intensité de la douleur et sur les

indicateurs de qualité de vie est modérée. Donc au traitement médicamenteux doit être associée une prise en charge multidisciplinaire. D'autre part, l'échec d'un traitement doit absolument reconsidérer la place d'une éventuelle composante neuropathique dans la genèse de la douleur ;

- 7) Anticiper les accès douloureux ou provoqués (18, 23);
- 8) Réévaluer régulièrement la douleur selon la durée d'action de l'antalgique et l'intensité de la douleur ;
- 9) Repérer une éventuelle composante neuropathique ;
- 10) Evaluer systématiquement les effets indésirables qu'il faudra prévenir et corriger notamment dans le cadre d'un traitement par opioïdes faibles ou forts et des molécules utilisées dans la prise en charge de la douleur neuropathique ; ces effets indésirables peuvent être le lit d'une mauvaise observance voire d'un arrêt du traitement ;
- 11) Utiliser la coanalgie ou coantalgie autant que possible ; elle se définit comme un médicament ou une technique utilisée pour accroître l'efficacité thérapeutique des antalgiques (18), leurs indications principales n'étant pas la douleur ; elle doit être envisagée à chaque niveau de l'échelle antalgique de l'OMS (23) et à chaque nouvelle évaluation globale, en fonction de l'évolution de la maladie ; nous retiendrons la psychothérapie, les coantalgiques médicamenteux (antidépresseurs à visée antidépressive, les benzodiazépines à visée anxiolytique, les biphosphonates à visée antiostéoclastique, les corticoïdes à visée antioedémateuse par exemple,...), les techniques non médicamenteuses telles que la kinésithérapie, la relaxation, la musicothérapie,...
- 12) Privilégier le travail en équipe comme le recommande depuis ses débuts Bonica (6) ; c'est le fondement de toute consultation spécialisée douleur : multidisciplinarité entre spécialités médicales mais aussi entre les différents acteurs de soins : infirmier(ière)s, psychologues, ergothérapeutes, kinésithérapeutes et médecins ;

13) Faire appel à l'équipe de la consultation douleur en cas de problèmes : les coordonnées téléphoniques des hôpitaux, où l'outil a été distribué, ont été notées, à savoir le Centre Hospitalier Régional Universitaire de NANCY et la Fédération de Soins de Support, l'Hôpital Notre Dame de Bonsecours à METZ et l'Hôpital Beauregard de THIONVILLE (ces deux sites appartenant au Centre Hospitalier Régional de METZ-THIONVILLE).

L'ensemble de ces principes généraux, associé à la liste non exhaustive des différentes échelles disponibles pour l'évaluation et la prise en charge diagnostique et thérapeutique de la douleur chronique, constitue la première page de notre outil, qui s'ouvre ensuite sur trois tableaux correspondant aux traitements médicamenteux de la douleur par excès de nociception (Tableau A), aux coefficients de conversion estimés des principaux opioïdes de niveau 2 et 3 selon les niveaux de l'OMS (Tableau B) et aux principaux effets indésirables des opioïdes (Tableau C).

2.2. LA DOULEUR PAR EXCES DE NOCICEPTION

L'élaboration du tableau A intitulé "Traitement de la douleur par excès de nociception : du palier 1 au palier 3." est à l'image de la classification des trois paliers de l'OMS. (23) La prescription des antalgiques, et plus particulièrement ceux du palier 2 et 3, requiert la connaissance des règles d'équianalgie, qui sont répertoriées dans le tableau B et nécessite la prévention et le traitement de leurs effets indésirables, listés dans le tableau C.

2.2.1. TRAITEMENT DE LA DOULEUR PAR EXCES DE NOCICEPTION : LES ANTALGIQUES DES 3 PALIERS DE L'OMS (Annexe 1. Tableau A)

Le tableau A présente les différentes molécules antalgiques classées par palier OMS. Leur Dénomination Internationale Commune s'accompagne de quelques noms commerciaux associés aux modalités de prescription actuellement recommandées par le VIDAL 2005 (59), voire hors AMM (Autorisation de Mise sur le Marché) selon les conclusions d'experts (18).

Nous émettrons quelques remarques sur chaque molécule mais nous ne développerons pas leurs caractéristiques pharmacologiques et leurs modes d'action.

2.2.1.1. *Le premier palier : les antalgiques non opioïdes*

Nous retiendrons pour le niveau 1 deux molécules :

- Le Paracétamol,
- L'Acide Acétylsalicylique et les Anti-Inflammatoires Non Stéroïdiens ou AINS.

Remarque : le Néfopam est pour le moment utilisé dans la prise en charge de la douleur aiguë sous forme injectable.

2.2.1.1.1. *Le Paracétamol*

D'après le rapport de 2005 sur la consommation des antalgiques de 1998 à 2003, publié dans *Le Livre Blanc de la Douleur* (60), le médicament le plus vendu en France est le Paracétamol (DOLIPRANE®, EFFERALGAN®, DAFALGAN® sont respectivement les trois spécialités arrivant en 1ère, 2ème et 3ème positions des ventes en officine). Il est toutefois difficile de savoir si l'objectif du traitement par Paracétamol était à visée antalgique ou antipyrétique.

Les recommandations actuelles pour la prescription de cette molécule est de 4 à 6 grammes par jour à raison de 1 gramme par prise toutes les 4 à 6 heures ; la dose maximale préconisée par l'AMM est de 4 grammes, tandis que la dose maximale admise par l'OMS est de 6 grammes par jour.

Il existe une forme injectable intraveineuse : PERFALGAN® 1g.

2.2.1.1.2. *L'Aspirine (acide Acétylsalicylique) et les Anti-Inflammatoires Non Stéroïdiens*

Ces molécules sont couramment prescrites en médecine générale et en rhumatologie et semblent avoir une place de choix dans le traitement de la douleur. En effet, elles arrivent en 2ème position après le paracétamol pour le médecin généraliste soit 17,8% des prescriptions d'antalgiques ; pour les rhumatologues, 73% des prescriptions d'antalgiques sont des AINS et des antalgiques de palier 2. (60)

Il en existe une multitude, répartie en trois générations, selon leur date d'apparition sur le marché, dont nous ne pouvons faire la liste dans notre outil. Nous avons donc décidé de simplifier le commentaire du tableau A par "AINS faiblement

dosés à visée antalgique" et "AINS fortement dosés, à visée antalgique et anti-inflammatoire".

Leurs prescriptions doivent être réfléchies face à de multiples effets indésirables et interactions médicamenteuses, notamment chez le sujet âgé.

De récentes publications internationales ont comparé l'efficacité des AINS sur le paracétamol. Elles ont évalué leur impact sur l'intensité douloureuse, sur la qualité de vie et l'incapacité fonctionnelle et leurs effets secondaires ; elles préconisent alors l'utilisation en première intention du Paracétamol, notamment dans la prise en charge des douleurs ostéoarticulaires car il remplit les conditions de rapport bénéfices/risques et coût/efficacité optimal. (61) Il est alors conseillé d'utiliser les AINS en cas de poussée inflammatoire, et seuls ou en association avec le Paracétamol s'ils ne sont pas suffisamment efficaces ; la durée de prescription doit être courte. (62, 63) En effet, l'efficacité des AINS sur une utilisation à court terme est plus importante que celle du Paracétamol comme l'a aussi montrée Boureau et al en 2004 en comparant Ibuprofène et Paracétamol (64) ; la durée de l'étude était de 14 jours ; la tolérance et l'efficacité du traitement à plus long terme n'ont pu être démontrées.

2.2.1.2. *Le deuxième palier : les opioïdes faibles*

Le palier 2 se compose de trois molécules distinctes, en association ou non avec le Paracétamol :

- La codéine
- Le chlorhydrate de tramadol
- Le dextropropoxyphène

2.2.1.2.1. *La codéine et ses associations (59)*

La codéine seule ou Dihydrocodéine se présente sous forme à libération prolongée ou LP, agissant pendant douze heures, dosée à 60 milligrammes (mg) par comprimé. Sa prescription peut être associée à du Paracétamol.

Le Phosphate de Codéine, dosé à 30mg minimum, se présente en association avec le Paracétamol dosé à 500mg, communément utilisé sous forme de comprimés ; la prescription est de un à deux comprimés toutes les 4 à 6 heures avec une dose maximale de huit comprimés par jour. Il existe une forme générique, dosée à 500mg de Paracétamol et 30mg de Codéine.

Il est important de noter qu'une dose de phosphate de codéine inférieure à 30mg en association avec du Paracétamol appartient au palier 1. Nous citerons le CODOLIPRANE ®, certains conditionnements de Paracétamol Codéiné générique, dosés à 400mg de Paracétamol et 20mg de Codéine, KLIPAL® 300mg/25mg,...

L'utilisation de ces molécules nécessite la prévention systématique de la constipation. (18)

2.2.1.2.2. *Le chlorhydrate de tramadol et ses associations (59)*

Le chlorhydrate de tramadol est un antalgique principalement central dont l'originalité est d'avoir un effet antalgique par une activité opioïde agoniste mu préférentielle associé à un effet monoaminergique mixte central par inhibition de la recapture neuronale de la sérotonine et de la noradrénaline, participant alors au contrôle descendant de la douleur. Ce deuxième mécanisme d'action donne à cette molécule une dimension plus importante qu'un simple antalgique de palier 2 car il a un intérêt dans le traitement des douleurs neuropathiques.

En 1998 et 1999, deux études contrôlées, l'une réalisée sur des douleurs neuropathiques d'origine diabétique (65) et l'autre sur des polyneuropathies douloureuses diverses (66) concluent à une efficacité significative du tramadol à des doses de 200 à 400mg par jour. Il existe notamment avec cette dernière étude un soulagement des douleurs provoquées ("touch-evoked pain"), des paresthésies et de l'allodynie. Une étude française de 2003 met en évidence un soulagement de la douleur post-zostérienne plus élevé pour les patients traités par tramadol que par placebo. (67) De plus, son intérêt thérapeutique à long terme est reconnu, suite à une étude randomisée en double aveugle de 1999. (68)

La place du tramadol dans la prise en charge des douleurs neuropathiques est donc reconnue comme le confirme l'analyse bibliographique de 105 études, menée par l'équipe de Finnerup et al. , publiée dans Pain en 2005. (69)

Les effets indésirables les plus couramment répertoriés sont les nausées, la constipation, les céphalées, les vertiges et la somnolence. (68)

Enfin, il est important de signaler que l'utilisation de cette molécule est contre-indiquée en association avec les IMAO (Inhibiteur de la MonoAmine Oxydase), en cas d'épilepsie non contrôlée par un traitement et est à éviter en association avec un traitement par inhibiteur de la recapture de la sérotonine, au risque d'entraîner un syndrome sérotoninergique. (70)

Le chlorhydrate de tramadol seul se présente sous forme de gélule, de comprimés, de solution buvable (pour TOPALGIC® et CONTRAMAL® uniquement, dosée à 100mg/ml) et de solution injectable dosée à 100mg/2ml (injection intraveineuse ou sous-cutanée notamment en soins palliatifs).

La posologie la plus couramment retrouvée en libération immédiate (LI) per os est de 50mg. Les doses à libération prolongée (LP) sont de 100mg, 150mg et 200mg à prendre toutes les 12 heures.

Seul le ZAMUDOL® présente une forme à libération prolongée dosée à 50mg en gélules ; et, sa forme à libération immédiate de 50mg est orodispersible. (70) Il existe plusieurs formes génériques en 50mg.

Les modalités de prescription sont :

- en LI, 1 à 2 gélules ou comprimés de 50mg toutes les 4 à 6 heures ;
- en LP, un comprimé ou une gélule de 100 à 200mg toutes les 12 heures.

Il est possible d'associer une forme LP avec une forme LI, en interdoses. La dose maximale par jour par voie orale est de 400mg et, en injectable, de 600mg. Le Paracétamol peut aussi lui être associé.

Le chlorhydrate de tramadol associé au Paracétamol, à une dose respective de 37,5mg et 325mg, se présente sous forme de comprimé et se prescrit à raison de 1 à 2 comprimés toutes les 4 à 6 heures avec un maximum de 8 par jour.

2.2.1.2.3. *L'association à base de Dextropropoxyphène. (59)*

En France, le Dextropropoxyphène est commercialisé en association avec du Paracétamol seul, sous forme de gélules, ou avec du Paracétamol et de la Caféine, en comprimés.

La dose de Dextropropoxyphène est de 27mg avec la double association ou de 30mg avec le Paracétamol seul. Ce dernier est dosé à 400mg pour toutes les formes. Il existe sous forme générique.

La dose quotidienne prescrite est de 1 à 2 gélules ou comprimés toutes les 4 à 6 heures sans dépasser 6 par jour.

Il est intéressant de noter le retrait de cette molécule de palier 2 en Suède et au Royaume Uni suite à des intoxications volontaires ou accidentelles incriminant le Dextropropoxyphène en 2005. La France, après une enquête menée par l'AFSSAPS ou Agence Française de Sécurité Sanitaire des Produits de Santé, maintient ce médicament à la vente, confirmé par un communiqué de presse du 28 juillet 2005. Il redéfinit l'importance d'une dose maximale par jour de 6 gélules ou comprimés et qu'il n'y a pas de risque de surdosage s'il est utilisé dans ces conditions. Toutefois la revue *Prescrire* met l'accent sur le risque d'accumulation de Dextropropoxyphène dans le sang en cas d'insuffisance rénale et chez le sujet âgé, d'autant plus que cette molécule a une demi-vie d'élimination longue (en moyenne 12 heures) pouvant alors conduire à des troubles de la conduction cardiaque.(71)

2.2.1.3. *Le troisième palier : les opioïdes forts* (18)

Les morphiniques correspondent aux antalgiques dont la vente en officine a le plus augmenté entre 2002 et 2004. Cependant elle ne représente que 4,5% des ventes d'antalgiques. (60) Il semble donc qu'une prise de conscience, motivée par une volonté politique grâce au plan de lutte contre le cancer (le Plan Triennal 1998-2001 et le Plan Cancer 2002-2005) ait été prise, même si l'augmentation des prescriptions en volume reste modérée.

Nous développerons ces aspects politiques et de santé publique dans la dernière partie, intitulée "Présentation du projet aux Comités de Lutte contre la Douleur et des Soins palliatifs ou CLUDS."

L'introduction d'un traitement de palier 3 est indiquée pour les douleurs persistantes intenses ou rebelles aux antalgiques de niveau plus faible, en particulier douleur d'origine cancéreuse. (59, 70)

2.2.1.3.1. Les différentes molécules et leurs formes galéniques (59, 70)

Nous retiendrons trois opioïdes agonistes purs utilisées par voie orale :

- Utilisables en première intention, le sulfate de morphine (morphine orale de référence) et le chlorhydrate d'oxycodone, sous forme LI ou LP :

- Sulfate de morphine :

- Sous forme LI :

- ACTISKENAN® gélules de 5, 10, 20 et 30mg, à prendre toutes les 4 heures ou en interdoses ;

- SEVREDOL® en comprimés sécables de 10 et 20mg, à prendre toutes les 4 heures ou en interdoses.

Une interdose correspond à une dose de secours de morphine en cas de recrudescence douloureuse chez un patient traité par la forme LP ; cette interdose correspond en moyenne à 10% de la dose totale quotidienne de morphine orale (varie de 1/6 à 1/10ème).

- Sous forme LP :

SKENAN LP® en gélules de 10, 30, 60, 100 et 200mg, à prendre toutes les 12 heures ;

MOSCONTIN LP® en comprimés de 10, 30, 60, 100 et 200mg, à prendre toutes les 12 heures ;

KAPANOL LP® en gélules de 20, 50 et 100mg, à prendre toutes les 24 heures.

o Le chlorhydrate d'oxycodone :

OXYNORM® pour la forme à libération immédiate, avec des gélules de 5, 10, 20 et 30mg, à prendre toutes les 4 heures ou en interdoses ;

OXYCONTIN® pour la forme LP, comprimés dosés à 10, 20, 40 et 80mg, à prendre toutes les 12 heures.

- Le chlorhydrate d'hydromorphone dont l'indication est le traitement des douleurs intenses d'origine cancéreuse en cas de résistance ou d'intolérance à la morphine. (59, 70) Son nom commercial est SOPHIDONE® et n'existe que sous forme LP, en gélules de 4, 8, 16 et 24mg toutes les 12 heures.

Puis, il existe une voie transdermique : le fentanyl transdermique, présenté sous forme de patch actif pendant 72 heures, et dont l'indication est restreinte aux douleurs chroniques stables d'origine cancéreuse, intenses ou rebelles aux autres antalgiques ; il peut être utilisé en première intention.

Les patchs de DUROGESIC® disponibles vont de 25 à 300µg/h, doses augmentant par palier de 25µg. Depuis le 26 mai 2006, DUROGESIC® 12µg/h est commercialisé et correspond au dosage d'initiation d'un traitement par morphinique, en dehors de la personne âgée et des personnes fragiles (mauvais état général, insuffisance rénale ou hépatique,...) pour lesquelles il est recommandé de réaliser une titration par morphine orale.

- Enfin, le chlorhydrate de morphine injectable est une alternative thérapeutique, pouvant être utilisé par voie intraveineuse ou sous-cutanée, mais aussi pour les équipes spécialisées, par voie intrathécale, périurale ou intracérébroventriculaire,... Ces voies alternatives d'administration sont utiles :

- lorsque le patient n'est pas soulagé malgré un traitement oral bien mené ;
- lorsque l'état du patient ne permet plus la prise orale : difficulté de déglutition dans le cadre de néoplasies ORL, de pathologies neurodégénératives par exemple, troubles digestifs à type d'occlusion, de malabsorption digestive, de vomissements incontrôlables, troubles de la conscience...(18)

Cette forme injectable appelée simplement MORPHINE® existe sous forme d'ampoules de 10, 20, 50, 100, 200, 400 et 500mg. (59, 70)

Prescrire un traitement morphinique nécessite la connaissance de règles méthodiques de manipulation tant pour l'initiation du traitement que pour son évaluation.

2.2.1.3.2. *Initiation d'un traitement morphinique (18)*

Nous prendrons comme opioïde étalon le sulfate de morphine pour réaliser la titration, qui s'applique soit à l'initiation du traitement (titration initiale), soit à un traitement en cours (titration ultérieure ou réajustement posologique).

Cette titration est une méthode d'ajustement des posologies d'un médicament par l'utilisation de doses successives (interdoses ou entre-doses ou doses de secours) et peut être comparé à une manipulation de laboratoire au "goutte à goutte".

Pour la titration initiale, deux possibilités :

- utilisation de la morphine à libération immédiate, dont l'avantage est d'être maniable car l'élimination est rapide et permet plus facilement d'adapter les doses ; cette méthode doit être privilégiée chez la personne âgée et le patient "fragile" (c'est-à-dire, en cas d'insuffisance rénale, hépatique, en cas d'hypoprotidémie,...) ;
- utilisation de la morphine à libération prolongée, notamment lors du passage du palier antalgique 2 au palier 3, tout en respectant les règles d'équianalgie.

Dans notre outil pratique, nous avons repris ces deux méthodes que nous avons développées comme suit :

Initiation d'un traitement morphinique par sulfate de morphine :
2 méthodes :

- initiation sous forme à libération immédiate : 10mg toutes les 4h (5mg toutes les 4h si « malade fragile »). Si douleur mal soulagée ou prévisible, doses de secours possibles équivalentes toutes les heures sans dépasser 4 prises successives en 4h sinon réévaluation. Quand l'équilibre antalgique est atteint après titration (au bout de 2 à 3 jours) : prescription de morphine orale à libération prolongée toutes les 12h à dose équivalente à la somme totale des interdoses quotidiennes (en dehors des interdoses nécessaires pour prévenir les douleurs provoquées), et, prescription en parallèle d'interdoses de morphine orale LI toutes les 4h si besoin, d'une valeur de 1/10 de la dose quotidienne totale.
- initiation sous forme à libération prolongée : 30mg toutes les 12h (10 à 20mg/12h si « malade fragile ») avec des interdoses de 10mg toutes les 4h (maximum 6 par jour) à la demande (interdoses de 5mg si « malade fragile »). Une réévaluation de l'antalgie est nécessaire toutes les 24 à 48h. Si le patient a besoin de 3 à 4 doses supplémentaires par jour (hors douleurs provoquées par des soins), il faut intégrer ces interdoses dans la dose totale quotidienne de morphine LP.

En outre, la manipulation des opioïdes nécessite la connaissance des règles d'équiantalgie pour passer d'un palier 2 à un palier 3, mais aussi pour remplacer un opioïde fort par un autre dans le cadre de la rotation des opioïdes. Ces coefficients de conversion sont indispensables pour prescrire avec la plus grande sécurité possible, même si leur valeur est encore discutée.

2.2.1.3.3. *La rotation des opioïdes (18)*

La rotation des opioïdes est permise avec les opioïdes agonistes purs que sont le sulfate de morphine, le chlorhydrate de morphine, le chlorhydrate d'oxycodone, le chlorhydrate d'hydromorphone, le fentanyl et la méthadone (qui n'a pas d'indication dans la prise en charge de la douleur en France). Cette rotation inclut donc dans sa définition le changement de voie d'administration.

Plus précisément, elle se définit par le changement d'un opioïde par un autre en respectant les doses d'équianalgésie et se pratique :

- en cas de survenue d'effets indésirables rebelles malgré un traitement symptomatique adapté (troubles de fonctions cognitives, hallucinations, myoclonies et nausées) ;
- en cas de survenue d'un phénomène de résistance aux opioïdes, défini par une absence d'efficacité de l'opioïde, mais également par une absence d'effets indésirables, malgré une augmentation rapide des doses.

Ce concept de rotation des opioïdes n'est pas actuellement clairement établi (72) et repose sur trois hypothèses principales :

- les mécanismes d'action diffèrent selon les opioïdes, qui interagissent différemment avec les principaux récepteurs mu, delta et kappa ;
- il existerait un métabolisme différent entre les opioïdes qui n'empruntent pas les mêmes voies de biotransformation ; les métabolites ainsi générés auraient une action antalgique et un rôle dans les effets indésirables ;
- la notion de tolérance croisée partielle signifiant la nécessité d'augmenter les doses d'un opioïde pour obtenir le même effet, pouvant alors majorer les effets indésirables, alors

qu'avec un autre opioïde, cette tolérance ne serait peut être pas apparue.

Actuellement, il n'est pas reconnu d'utiliser les opioïdes dans un ordre précis pour réaliser cette rotation.

La rotation tient compte des règles d'équianalgie, qui sont encore mal définies, mais qui font partie de la pratique courante des équipes spécialisées et qui sont reconnues par les experts. Nous nous réfèrerons aux coefficients de conversion donnés à titre indicatif par les SOR (18) et le VIDAL 2005 (59).

2.2.2. COEFFICIENTS DE CONVERSION ESTIMES DES PRINCIPAUX OPIOÏDES DE NIVEAU 2 ET 3 DE L'OMS

Le tableau ci-dessous, correspondant au tableau B de notre outil (Annexe 1. Tableau B) regroupe les coefficients de conversion estimés des principaux opioïdes de niveaux 2 et 3, cités dans les paragraphes précédents. L'opioïde référent ou étalon est le sulfate de morphine orale.

DCI (Dénomination Internationale Commune)	EQUIANTALGIE A titre indicatif	EQUIVALENCE DE LA DOSE DE MORPHINE ORALE
Dihydrocodéine	1/3	60 mg de Dihydrocodéine = 20 mg de Morphine
Phosphate de Codéine	1/6	60 mg de Codéine = 10 mg de Morphine
Dextropropoxyphène	1/6	60 mg de Dextropropoxyphène=10 mg de Morphine
Tramadol	1/5	50 mg de Tramadol = 10 mg de Morphine
Morphine orale (Sulfate de Morphine)	1	Opioïde étalon
Morphine IV	3	10 mg de Morphine IV = 30 mg de Morphine Orale
Morphine SC	2	10 mg Morphine SC = 20 mg de Morphine orale
Oxycodone	2	5 mg d'Oxycodone = 10 mg de Morphine
Hydromorphone	7,5	4 mg d'Hydromorphone = 30 mg de Morphine
Fentanyl transdermique	25µg/h de Fentanyl transdermique = 60 mg de Morphine	

Pour les opioïdes de niveau 3, les facteurs de conversion sont inscrits dans le VIDAL® contrairement à ceux de niveau 2.

Pour le Fentanyl transdermique, l'équivalence de chaque dosage de patch est notée à titre indicatif et correspond à un intervalle de doses. Par exemple DUROGESIC® 25µg/h est équivalent à une prise de morphine orale de 60 à 90mg par jour.

Devant le manque de données et d'études précises, il est recommandé de privilégier la prudence lors d'une rotation ou d'un changement de voies d'administration des opioïdes (73.), mais aussi lors du passage d'un palier 2 à un palier 3, notamment chez la personne âgée ou fragile : mieux vaut utiliser la titration.

Il est clair que la rotation des opioïdes répond à une définition précise et implique alors, que la survenue d'effets indésirables lors de l'augmentation des doses n'est pas synonyme de changement de molécules ou de voie d'administration. Ces effets indésirables, pouvant disparaître spontanément pour certains (nausées, vomissements, somnolence), doivent être prévenus et corrigés dans la mesure du possible, car ces symptômes peuvent devenir tout aussi nocifs que la douleur et conduire à un arrêt du traitement.

2.2.3. LES PRINCIPAUX EFFETS INDESIRABLES DES OPIOÏDES (18, 28, 59)

La liste des effets indésirables correspond au tableau C de notre outil. (Annexe 1. Tableau C). Pour chaque effet induit par la morphine, nous proposons des prises en charge non exhaustives pouvant y pallier.

Un avant-propos à ce tableau explique que la survenue d'effets indésirables n'est pas obligatoirement signe de surdosage en morphine et que le myosis est un signe d'imprégnation morphinique.

LES PRINCIPAUX EFFETS INDESIRABLES DES OPIOÏDES.

EFFETS INDESIRABLES	TRAITEMENT DES EFFETS INDESIRABLES
Constipation	Règles hygiéno-diététiques et laxatif (en systématique si prise de morphiniques)
Nausées - Vomissements (lors de l'induction puis disparition)	Antiémétiques (Dompéridone, Métoclopramide) ou Neuroleptiques (Halopéridol, Chlorpromazine)
Somnolence (lors de la phase de titration puis disparition)	Somnolence croissante ou persistante : adaptation posologie ou rotation des opioïdes
Sécheresse buccale	Hydratation, brumisateur +/- Anétholthritone Vérifier si absence de mycoses
Confusion, Hallucinations, Troubles cognitifs, de la conscience, Agitation,...	Vérifier si absence de globe urinaire et fécalome Diminution de la posologie ; si persistance, traitement symptomatique voire rotation des opioïdes
Dépression respiratoire	Diminution de la posologie voire fenêtre thérapeutique Protocole Naloxone
Dysurie, rétention urinaire	Sondage urinaire, diminution de la posologie
Prurit	Antihistaminiques ; si rebelle, rotation des opioïdes
Sueurs	Diminution des doses ¹
Myoclonies	Diminution des doses ; si persistance, rotation des opioïdes

Pour la diminution des doses de morphine, il n'existe pas de règles précises ; mais, si on se réfère à la diminution par paliers lors de l'arrêt du traitement morphinique, une diminution de 30 à 50% est proposée de façon empirique. L'objectif est de ne jamais arrêter le traitement brutalement car il existe un risque de syndrome de sevrage.

Cette notion de diminution de la posologie intervient à partir du moment où l'équilibre antalgique pourra être préservé.

Pour compléter notre propos, nous associerons à la prise en charge des effets indésirables, la conduite à tenir en cas de surdosage par opioïdes. Ce risque ne doit pas empêcher la prescription d'un traitement par opioïdes s'il est nécessaire. Une évaluation et une surveillance régulières associées aux règles de prescription recommandées diminuent fortement ce risque.

La définition du surdosage en opioïdes se résume à l'apparition d'une somnolence croissante pouvant conduire à un coma toxique et s'accompagner d'une insuffisance respiratoire à type de bradypnée par augmentation du temps de pause expiratoire. L'utilisation de l'antidote Naloxone se fait en association avec l'arrêt de l'opioïde, la stimulation du patient et l'oxygénothérapie. Le "protocole" proposé est celui des SOR (18), faisant état de recommandations et accord d'experts en l'absence de protocole validé dans la littérature :

- une ampoule de 1ml (0,4mg de Naloxone) ramenée à 10ml de NaCl ou glucosé 5% ;
- injection intraveineuse de 1ml toutes les 2 minutes jusqu'à récupération d'une fréquence respiratoire à 10 cycles par minute ;
- perfusion de 2 ampoules dans 250ml sur 3 à 4 heures à renouveler selon la fréquence respiratoire et en tenant compte de la durée d'élimination de la molécule ayant entraîné le surdosage.

Il est important de mentionner que la demi-vie de cet antagoniste pur est de 30 minutes en intraveineux et de 2 à 3 heures en sous-cutané. (59)

Une surveillance régulière est indispensable pour s'assurer, d'une part de la bonne résolution des signes de surdosage et, d'autre part, du maintien d'une antalgie efficace.

En résumé, la prise en charge de la douleur par excès de nociception a donné lieu à de nombreuses recommandations reconnues au niveau international. En France, les SOR pour la douleur cancéreuse et les Recommandations de Limoges régissent la pratique médicale. Cependant, ces douleurs chroniques cancéreuses ou rhumatologiques s'accompagnent souvent de douleur neuropathique, qui peut remettre en cause le traitement exclusif par les antalgiques des 3 paliers de l'OMS.

2.3. LA DOULEUR NEUROPATHIQUE

La dernière partie de notre outil développe de façon non exhaustive les thérapeutiques disponibles pour la prise en charge de la douleur neuropathique si difficile à contrôler. Toutes les informations de prescription de ces molécules seront regroupées dans le tableau E de notre outil intitulé "Traitements médicamenteux de la douleur neuropathique." (Annexe 1. Tableau E)

D'autres traitements seront donnés à titre indicatif car ils correspondent plus à la prescription d'équipes spécialisées de la douleur.

2.3.1. LE TRAITEMENT MEDICAMENTEUX

Le traitement médicamenteux de la douleur neuropathique utilise des molécules dont l'indication initiale n'est pas l'antalgie.

Deux classes médicamenteuses couramment étudiées sont majoritairement utilisées en première intention :

- Les antidépresseurs, notamment les tricycliques, qui ont, depuis peu, l'AMM dans les douleurs neuropathiques périphériques ; (70)
- Les anti-épileptiques, notamment la gabapentine et la prégabaline, dont l'AMM est respectivement, la prise en charge des douleurs post-zostériennes, et les douleurs neuropathiques périphériques.

2.3.1.1. *Quelques règles générales*

D'une part, il est indispensable de donner des objectifs réalistes quant à l'efficacité du traitement médicamenteux au patient mais aussi à soi-même en tant que prescripteur ; le bénéfice sur la douleur étant souvent partiel. Le médecin doit en informer le patient afin que son attente ne soit pas vaine : le soulagement recherché sera le plus optimal possible pour qu'il puisse récupérer une qualité de vie acceptable. Il se doit aussi de lui expliquer les éventuels effets indésirables du traitement, surtout fréquents à son début, pouvant conduire à son arrêt. (74, 75)

Parfois, ceux-ci peuvent disparaître spontanément ou après diminution temporaire des doses.

Il est alors nécessaire d'introduire le traitement, quel que soit la classe médicamenteuse utilisée, de façon progressive, par palier, comme nous le ferons figurer dans notre outil. En fait, l'objectif est de réaliser une titration jusqu'à l'obtention d'une efficacité optimale ou jusqu'à l'apparition d'effets indésirables. Ces effets indésirables sont malheureusement nombreux et pour certains dose-dépendants (notamment pour les effets indésirables des antidépresseurs tricycliques par leur effet anticholinergique) (76), ne permettant pas d'aboutir à une dose antalgique dans certains cas.

La sécheresse de bouche induite par l'effet périphérique anticholinergique des antidépresseurs tricycliques semble indissociable de l'effet antalgique. (77) L'effet sédatif, fréquemment observé, est commun aux antidépresseurs et aux anti-épileptiques. (70, 78, 79) Enfin, les vertiges sont très fréquemment retrouvés chez les patients traités par antiépileptiques, notamment avec la Gabapentine (78, 79) et la Prégabaline (80).

La dose d'entretien se fera donc à la dose minimale efficace.

D'autre part, les études actuellement menées cherchent à confirmer l'efficacité analgésique globale d'un traitement mais ne donnent pas ou très peu d'informations sur l'efficacité de celui-ci sur tel ou tel symptôme. En effet, elles utilisent une approche qui apporte des informations uniquement sur la douleur spontanée continue, donc sur une seule dimension de l'expérience douloureuse. L'évaluation se fait à partir du "Number Needed to Treat" ou NNT qui correspond au nombre de sujets qu'il est nécessaire de traiter pour obtenir au moins un patient répondeur au produit actif, la douleur devant être améliorée de 50%. Plus la valeur du NNT est faible, plus la molécule utilisée est efficace. L'évaluation est donc uniquement quantitative. (81)

Cependant, une approche physiopathogénique (22, 81, 82), consistant à cibler les traitements selon les mécanismes de genèse de la douleur neuropathique, propose l'utilisation:

- des antidépresseurs sur le fond douloureux permanent à type de brûlure, les dysesthésies et l'allodynie ;
- des anticonvulsivants tels que la Carbamazépine et le Clonazépam sur les paroxysmes douloureux, les fulgurances ;
- de la Gabapentine sur les deux composantes, continues et paroxystiques.

Malheureusement, devant le manque d'études confirmant cette approche, nous considèrerons qu'il n'y a pas une molécule plus recommandée qu'une autre en fonction de la symptomatologie présentée.

Enfin, contrairement au traitement de la douleur nociceptive, l'efficacité de ces traitements médicamenteux n'est pas immédiate. Les délais d'augmentation des doses par palier varient de 3 à 7 jours et, malheureusement, il n'existe pas de doses de secours. La recherche de la dose efficace antalgique peut alors durer de 2 à 6 semaines. Cette durée doit être expliquée au patient pour qu'il n'abandonne pas son traitement pensant, qu'une fois de plus, il ne sert à rien. De plus, c'est à partir de cette période d'environ deux semaines que les antidépresseurs commencent à être actifs sur la thymie, pouvant alors majorer l'efficacité antalgique, par un ressenti de la douleur différent.

2.3.1.2. Les antidépresseurs

En première intention, les antidépresseurs tricycliques doivent être envisagés. Ils sont reconnus pour leur effet antalgique sur les douleurs neuropathiques périphériques. En cas de contre-indication, d'échec ou d'intolérance à ces antidépresseurs, peut être envisagée l'introduction d'un traitement par Inhibiteur de la Recapture de la Sérotonine ou par Inhibiteur de la Recapture de la Sérotonine et de la Noradrénaline.

2.3.1.2.1. Les antidépresseurs tricycliques (74)

Trois molécules sont encore actuellement commercialisées en France. La Désipramine ou PERTROFRAN® a été retirée du marché en 2004.

L'effet antalgique de ces molécules est indépendant de l'effet antidépresseur et les doses efficaces nécessaires sont souvent moindres que dans cette indication. (83,84)

- L'Amitriptyline LAROXYL® (83, 84, 85, 86, 87, 88) : disponible en comprimés dosés à 25 et 50mg et sous forme de solution buvable 1mg/goutte. Il existe aussi une solution injectable à 50mg/2ml.
- La Clomipramine ANAFRANIL® (89,90) : disponible en comprimés dosés à 10, 25 et 75mg (et solution injectable 25mg/2ml).
- L'Imipramine TOFRANIL® (91) : disponible en comprimés dosés à 10 et 25mg.

Comme l'introduction d'un traitement par antidépresseur tricyclique doit être progressive afin d'éviter l'apparition d'effets secondaires, nous conseillons dans notre outil de débiter le traitement de 5mg, notamment pour les personnes fragiles et âgées, à 25mg. L'augmentation des doses se fait d'une quantité égale à celle débutée et peut être envisagée tous les 3 à 7 jours.

Les recommandations du VIDAL 2006 conseillent une augmentation par palier tous les 7 jours. Il est bien entendu nécessaire que cette adaptation de doses se fasse après réévaluation de la douleur et des effets secondaires.

La posologie habituellement efficace se situe entre 25 et 150mg par jour. Pour l'Imipramine, la dose quotidienne peut atteindre 300 mg/jour.

Cependant, l'efficacité de ces traitements ne peut être dissociée de leur mauvaise tolérance, pouvant nuire à la qualité de vie du patient. C'est pourquoi, la comparaison entre différents traitements est réalisée dans certaines études en introduisant la notion de "Number Needed to Harm" ou NNH correspondant au nombre nécessaire de patients pour obtenir des effets indésirables. Les tricycliques se placent alors en mauvaise position surtout par leur effet anticholinergique ; l'utilisation des Inhibiteurs de la Recapture de la Sérotonine (IRS) et des Inhibiteurs de la Recapture de la Sérotonine et de la Noradrénaline (IRSA) peuvent alors être une alternative au traitement. (92)

2.3.1.2.2. *Les autres antidépresseurs : Inhibiteur de la Recapture de la Sérotonine et Inhibiteur de la Recapture de la Sérotonine et de la Noradrénaline*

L'utilisation de la Paroxétine DEROXAT® (IRS) et de la Venlafaxine EFFEXOR® (IRSA) pour la prise en charge de la douleur neuropathique est hors AMM.

- La Paroxétine DEROXAT® se présente sous forme de comprimés dosés à 20mg. Nous proposons de débiter le traitement de 10 à 20mg par jour pendant 7 jours et d'augmenter d'une dose égale à celle débutée toutes les semaines ; la dose maximale peut atteindre 60mg par jour. (93)
- La Venlafaxine EFFEXOR® (92, 93, 94, 95, 96) existe sous forme de gélules à libération prolongée à 37,5 et 75mg ou sous forme de comprimés dosés à 25 et 50mg. Le traitement peut être débuté à 75mg par jour puis être augmenté de façon progressive jusqu'à une dose maximale de 225mg par jour. Une réduction posologique de moitié doit être envisagée pour les personnes fragiles et âgées. Cet IRSA agirait notamment sur l'hyperalgésie thermique comme l'a montrée l'équipe de Lang et al en 1996 chez le rat. (97)
- La Duloxétine, non encore commercialisée en France, appartient à la même famille que la Venlafaxine. Elle est utilisée dans le traitement de l'incontinence urinaire d'effort modérée à sévère chez la femme et indiquée dans les épisodes dépressifs majeurs (depuis 2004) ; en 2005, le laboratoire fournisseur propose une extension d'AMM pour la prise en charge des douleurs neuropathiques périphériques d'origine diabétique. Deux études randomisées ont mis en évidence l'efficacité antalgique de la Duloxétine contre placebo, pour une dose allant de 60 à 120mg/j. (98,99) Plus

précisément, cette molécule aurait une efficacité sur la composante hyperalgésique de la douleur neuropathique. (100)

Cette molécule constituera, dans un probable futur proche, une nouvelle alternative thérapeutique dans la prise en charge des douleurs neuropathiques, même si pour le moment, il n'a été mis en évidence qu'une efficacité sur les douleurs d'origine diabétique.

C'est cette volonté de développer les indications thérapeutiques de certaines molécules qui a conduit la classe des antiépileptiques dits de deuxième génération au devant de la pharmacopée depuis quelques années, notamment pour la Gabapentine et depuis peu pour la Prégabaline.

2.3.1.3. Les antiépileptiques

2.3.1.3.1. Les antiépileptiques dits de "première génération".

Avant l'apparition des antiépileptiques dits de "nouvelle génération", de nombreuses études se sont employées à démontrer l'efficacité de la Carbamazépine, de la Phénytoïne et du Valproate de Sodium dans la prise en charge de la douleur neuropathique, notamment après la découverte de Bergouignan en 1942 de l'efficacité de la phénytoïne sur la névralgie du trijumeau. Les deux premières molécules citées ont pu ainsi obtenir l'AMM dans le traitement de la névralgie essentielle du trijumeau et des névralgies essentielles de la face. (91)

De ce fait, l'utilisation de ces antiépileptiques a été étendue aux douleurs neuropathiques en général.

Après concertation avec l'équipe de la douleur du CHRU de NANCY courant de l'année 2005, nous avons convenu de ne pas inscrire ces molécules dans notre outil devant le peu d'utilisation qu'il en est fait dans la douleur chronique hors névralgie et migraine.

Le Clonazepam, benzodiazépine qui possède l'AMM dans les états convulsifs, est très couramment employé dans la douleur neuropathique, alors qu'aucun essai thérapeutique contrôlé n'a pu confirmer de façon significative son efficacité (101). Nous décidons toutefois de le maintenir comme alternative à la prise en charge de la douleur (encore très utilisé par les équipes spécialisées "douleur" et en soins palliatifs (22)) en conseillant de débiter le traitement par 5 gouttes le soir (soit 0,5mg) et d'augmenter les doses de 1 à 5 gouttes tous les 3 à 5 jours jusqu'à l'obtention du meilleur rapport bénéfices/effets indésirables.

2.3.1.3.2. *Les antiépileptiques de nouvelle génération*

Les antiépileptiques de nouvelle génération, commercialisés initialement pour le traitement des crises comitiales réfractaires, ont vu une extension de leur indication dans la prise en charge des douleurs neuropathiques. Deux d'entre eux ont l'AMM dans ce cadre, et plus précisément :

- La Gabapentine dans le traitement des douleurs neuropathiques post-zostériennes ;
- La Prégabaline dans le traitement des douleurs neuropathiques périphériques.
- La Lamotrigine et le Topiramate (indiqué dans les migraines) (69) peuvent être toutefois une alternative au traitement antalgique hors AMM.

- La Gabapentine

La Gabapentine ou NEURONTIN® a donné lieu à de multiples essais contrôlés notamment dans la prise en charge des douleurs neuropathiques post-zostériennes (78, 102) et diabétiques (103, 104).

Cet antiépileptique a démontré une efficacité sur l'antalgie (mesurée par l'EVA et le SF-MQP) et une amélioration de la qualité de vie, établie avec le Short Form-36 Health Survey. (79) Cependant, l'amélioration de la qualité de vie, de l'humeur et du sommeil n'a pas été constatée chez les patients souffrant de douleur du membre fantôme après amputation. (105)

Il existe deux formes galéniques : gélules dosées à 100, 200 et 400mg et comprimés dosés à 600 et 800mg

Les modalités de prescription proposées dans l'outil correspondent à une augmentation progressive des doses de l'ordre de 300 à 900mg par jour pendant 48 heures puis augmentation progressive toutes les 48 heures de 300mg pour atteindre une posologie quotidienne antalgique pouvant aller de 1200mg à 3600mg/jour (78, 102, 106). Les recommandations actuelles du VIDAL 2006 conseillent une introduction plus précautionneuse de ce traitement, à savoir 300mg en une prise le premier jour puis augmentation par palier de 300mg toutes les 48 à 72 heures.

Les effets secondaires les plus couramment répertoriés dans les études sont la somnolence et les vertiges, notamment au cours de la titration, durant en moyenne 10 jours. (106)

Par ailleurs, l'efficacité antalgique intéresserait plusieurs composantes symptomatiques de la douleur neuropathique ; en effet, sur un faible recrutement de 18 sujets, Attal et al ont montré une amélioration de l'allodynie, des paroxysmes douloureux et des douleurs continues grâce à la prise de 2400mg de Gabapentine par jour, pendant six semaines. (107) L'impact positif sur l'allodynie a, en outre, été démontré sur le modèle animal. (108, 109)

L'incontestable efficacité de cette molécule sur certaines douleurs neuropathiques a amené à s'interroger sur les possibilités d'extension de son utilisation dans d'autres pathologies génératrices de douleurs neuropathiques.

Tout d'abord, dans le cas de la douleur neuropathique d'origine centrale (suite à une lésion spinale ou post-Accident Vasculaire Cérébrale) et de manière anecdotique, la Gabapentine aurait la même efficacité que l'Amitriptyline. (110)

Enfin, son utilisation à la dose de 600 à 1800mg par jour, combinée à celle de la morphine chez le patient souffrant de douleurs neuropathiques cancéreuses permettrait une meilleure antalgie que la morphine seule. (111, 112)

Malheureusement, les règles de prescription officielles de la Gabapentine concernent uniquement les douleurs post-zostériennes de l'adulte et l'épilepsie partielle. Mais, en pratique, elle est utilisée dans la prise en charge de la douleur neuropathique périphérique en général (101-113), tout comme son analogue la Prégabaline.

- La Prégabaline

Depuis 2006, la Prégabaline ou LYRICA® a obtenu l'AMM dans la prise en charge des douleurs neuropathiques périphériques. Cet antiépileptique est mis en avant dans différents essais contrôlés contre placebo qui objectivent son impact antalgique, évalué avec l'EVA et l'échelle SF-MPQ, chez le patient présentant des douleurs neuropathiques liées à son diabète (114, 115, 116) et le malade souffrant de douleur post-zostérienne. (117, 118)

Il aurait aussi un retentissement favorable sur le sommeil et permettrait une amélioration significative des mesures de la qualité de vie liée à la santé, permises par le SF-36 Health Survey. (115, 119)

Cette molécule se présente sous forme de gélules, dosées à 25, 50, 75, 100, 150, 200, 300mg.

La posologie efficace rapportée dans ces différents essais thérapeutiques est comprise entre 300 et 600mg par jour avec une étude mettant en évidence la nécessité d'une dose quotidienne à 600mg par jour. (120)

L'introduction du traitement doit se faire progressivement tout comme son arrêt qui doit être réalisé à dose décroissante sur une semaine.

Il est conseillé de débiter le traitement à 150mg par jour en 2 ou 3 prises et d'augmenter la posologie journalière à 300mg au bout de 3 à 7 jours, puis 600mg par jour une semaine après qui est la dose maximale.

Une antalgie significative peut être obtenue au bout d'une semaine de traitement.

2.3.1.4. Discussion

Le traitement de la douleur neuropathique est donc peu standardisé par rapport à celui de la douleur par excès de nociception. Il est difficile de privilégier une molécule par une autre, car il est certain que pour le moment les essais comparatifs entre les différentes molécules manquent pour proposer une démarche thérapeutique plus systématique.

C'est dans ce sens que la revue *Prescrire* explique dans un article de juin 2005 (80) qu'il n'existe pas actuellement d'étude qui a permis de démontrer une efficacité plus importante de la Gabapentine sur la Prégabaline. De plus, cet article rapporte que, contrairement à l'Amitriptyline prescrite à 75mg/j, la Prégabaline à raison de 600mg/j n'a pas été plus efficace que le placebo chez des patients atteints de douleurs neuropathiques d'origine diabétique.

Alors, au mieux, le choix thérapeutique doit se faire en accord avec le patient, en fonction des contre-indications, de son état physiologique, des traitements antérieurs et dans le respect, si possible, de l'AMM. L'efficacité du traitement et l'apparition d'effets indésirables, pouvant être néfastes pour le patient, nécessitent une réévaluation régulière.

La place des opioïdes, en dehors du Tramadol, dans la prise en charge des douleurs neuropathiques est encore discutée. Mais, de récentes publications répertoriées par l'équipe canadienne de Gilron et al. , dans un article paru en août 2006 dans le *Canada's Leading Medical Journal*, montrent que les opioïdes peuvent être une alternative thérapeutique de dernier recours après échec ou intolérance des autres traitements (121). Cette solution doit être envisagée et réfléchiée avec la même rigueur que pour les douleurs chroniques non cancéreuses.

De même, cette équipe préconise l'utilisation en première intention des antidépresseurs et des antiépileptiques décrits dans les deux paragraphes précédents. Des associations entre ces deux classes pharmaceutiques ou d'autres traitements médicamenteux ou non pourront alors être envisagés en cas d'échec.

2.3.2. LES ALTERNATIVES MEDICAMENTEUSES ET LES TRAITEMENTS NON MEDICAMENTEUX (81, 82)

Les solutions alternatives nécessitent pour la plupart un avis auprès d'équipes spécialisées, allant alors au delà des objectifs de notre outil. En effet notre rôle est de tenter d'apporter des références thérapeutiques simples, pouvant être mises en place par tout médecin. C'est pourquoi, nous ne détaillerons pas les multiples traitements utilisés dans le cadre des douleurs neuropathiques rebelles.

Les alternatives médicamenteuses regroupent des molécules surtout utilisées en anesthésie : la Lidocaïne, anesthésique local utilisé par voie générale mais aussi sous forme de topiques locaux en patch ou gel, la Capsaïcine, les antagonistes des récepteurs N-Méthyl-D-Aspartate comme la Kétamine et le Dextrométorphan, les anti-arythmiques comme la Mélixétine,...

Des blocs sympathiques ganglionnaires à l'aide d'anesthésiques locaux peuvent être réalisés. Des techniques d'injections médicamenteuses par des voies alternes type intrathécale, intracérébroventriculaire,...sont parfois discutées.

La neurostimulation transcutanée (TENS) est une application pratique des systèmes de contrôle inhibiteur mis en jeu grâce à des stimulations électriques appliquées sur la peau. Il se présente sous la forme d'un boîtier sur lequel la fréquence du courant peut être réglée, accompagné d'électrodes stimulatrices. Cette technique de neurostimulation est aussi utilisée en milieu neurochirurgical pour des stimulations médullaires ou centrales.

Les techniques non invasives comme l'hypnose, la relaxation, la kinésithérapie, l'ergothérapie... ne doivent pas être négligées.

Il est évident qu'à toutes ces techniques s'ajoute la prise en charge pluridisciplinaire : assistante sociale, psychologue, psychiatre, médecin du travail,... afin de pallier à toutes les répercussions psychocomportementales, socio-professionnelles, familiales, ... de cette maladie.

Une fois notre outil créé, nous avons souhaité le distribuer aux internes de médecine de trois établissements lorrains, à savoir le Centre Hospitalier Régional Universitaire de NANCY, le Centre Alexis Vautrin de Vandoeuvre-lès-Nancy et le Centre Hospitalier Régional de METZ-THIONVILLE. Pour se faire, il a été nécessaire de présenter pour approbation notre projet aux Comités de Lutte contre la Douleur ou CLUD.

**PRESENTATION DU PROJET AUX COMITES DE
LUTTE CONTRE LA DOULEUR ET DES SOINS
PALLIATIFS OU CLUDS**

La création des Comités de Lutte contre la Douleur s'inscrit depuis les années 1990 dans une volonté politique et de santé publique d'améliorer la prise en charge de la douleur au sein des établissements de santé français. Les trois centres hospitaliers ciblés par notre projet disposent de cette instance, permettant de valider notre outil dans les critères d'accréditation de l'ANAES ou HAS. (122)

1. HISTORIQUE DE LA CREATION DES CLUDS : UNE PRIORITE POLITIQUE ET DE SANTE PUBLIQUE

1.1. AU NIVEAU DE LA LEGISLATION NATIONALE

1.1.1. DE L'ORGANISATION MONDIALE DE LA SANTE AU PREMIER PLAN TRIENNAL DE 1998

Dans les années 1980, l'OMS met en avant la nécessité de considérer et d'améliorer la prise en charge de la douleur. Elle propose de développer la formation des professionnels de santé et la prescription raisonnée des antalgiques, et d'informer les patients que la douleur n'est plus une fatalité. C'est à cette même période que les premières consultations douleur "cancer" sont créées à l'Institut Gustave Roussy de Villejuif et au Centre Alexis Vautrin de Nancy.

Les prémices d'une prise de conscience et d'une volonté politique dans notre pays de respecter les recommandations édictées par l'OMS s'affichent en 1986 avec la circulaire dite Laroque (Circulaire DGS/3 du 26 août 1986 relative à l'organisation des soins et à l'accompagnement des malades en phase terminale). En effet, cette circulaire demande une mise en œuvre de toutes les techniques de prévention et de lutte contre la douleur ; elle reconnaît l'intérêt des centres spécialisés de la douleur, encore marginaux à cette période.

En 1991, un intérêt particulier est porté à la douleur chronique avec un rapport de la Direction Générale de la Santé ou DGS paru au Bulletin Officiel n° 9113 bis : "la douleur chronique : les structures spécialisées dans son traitement", suivi d'une nouvelle circulaire parue en 1994 (Circulaire DGS/DH n°3 du 7 janvier 1994 relative à l'organisation des soins et la prise en charge des douleurs chroniques) qui définit la douleur chronique et les principes de sa prise en charge et établit des recommandations quant aux modalités de cette prise en charge (rôle du médecin traitant, organisation des structures spécialisées dans l'évaluation et le traitement de la douleur).

C'est cette même année que le rapport du sénateur Lucien Neuwirth dresse le constat des déficits de notre système de santé dans la lutte contre la douleur. Les actes de son colloque intitulé "Prendre en charge la douleur" comportent en partie des propositions pour :

- Organiser la lutte contre la douleur en mettant en place dans les établissements de santé un comité de coordination et en désignant un coordinateur de la douleur au sein de ces établissements et des centres hébergeant des personnes âgées : c'est l'origine des Comités de Lutte contre la Douleur ;
- Libéraliser la prescription des antalgiques en simplifiant les modalités, notamment en supprimant le carnet à souches ;
- Former tout le personnel soignant à la prise en charge de la douleur en instituant un coordinateur universitaire de la douleur, en développant la formation continue des médecins et les diplômes interuniversitaires, en individualisant l'enseignement des paramédicaux ;
- Informer les personnes travaillant dans les établissements sociaux et médico-sociaux hébergeant des personnes âgées et en mettant en place un numéro vert.

Dès lors, il semble que la prise de conscience soit engagée et la loi hospitalière n° 95-116 du 4 février 1995 du Code de Santé Publique est votée.

Selon les articles L.710-3-1 et 710-3-2 de cette loi :

Art. L. 710-3-1. "Les établissements de santé mettent en oeuvre les moyens propres à prendre en charge la douleur des patients, qu'ils accueillent. Ces moyens sont définis par le projet d'établissement visé à l'article L. 714-11.

Les centres hospitaliers et universitaires assurent, à cet égard, la formation initiale des médecins et diffusent les connaissances acquises en vue de permettre la réalisation de cet objectif en ville comme dans les établissements."

Art. L. 710-3-2. "Les établissements sociaux et médico-sociaux hébergeant notamment des personnes âgées mettent en oeuvre les moyens propres à prendre en charge la douleur des personnes qu'ils reçoivent."

Les établissements de santé sont tenus de prendre en charge la douleur des patients qu'ils accueillent et les moyens mis en oeuvre sont définis par le projet d'établissement visé à l'article L. 714-11 du Journal Officiel n°171 du 2 août 1991, comme suit :

Art. L.714-11. "Le projet d'établissement définit, notamment sur la base du projet médical, les objectifs généraux de l'établissement dans le domaine médical et des soins infirmiers, de la politique sociale, des plans de formation, de la gestion et du système d'information. Ce projet, qui doit être compatible avec les objectifs du schéma d'organisation sanitaire, détermine les moyens d'hospitalisation, de personnel et d'équipement de toute nature dont l'établissement doit disposer pour réaliser ses objectifs.

Le projet d'établissement est établi pour une durée maximale de cinq ans. Il peut être révisé avant ce terme."

C'est à la lecture de ces dispositions que nous percevons l'influence du travail mené par le sénateur Neurwith.

Le 22 septembre 1998 est une autre date charnière ; le Secrétaire d'Etat à la Santé, Monsieur Bernard KOUCHNER, signe la circulaire DGS/DH N°98/586 relative à la mise en oeuvre d'un plan d'action triennal de lutte contre la douleur dans les établissements de santé publics et privés.

« ..., la qualité de la prise en charge de la douleur constituera une des clauses relatives à la qualité dans les contrats d'objectifs et de moyens conclus entre les établissements de santé et les agences régionales d'hospitalisation. »

Cette décision est relayée par une campagne de communication auprès du grand public plaçant ainsi le patient au cœur du débat et du système de santé. En effet, cette circulaire s'articule autour de 3 axes :

- le développement de la lutte contre la douleur dans les structures de santé et les réseaux de soins en évaluant impérativement la douleur au quotidien, en facilitant la prescription et la dispensation de tous les antalgiques et en créant des protocoles de soins ;
- le développement de la formation et de l'information des professionnels de santé sur l'évaluation et le traitement de la douleur ;
- la prise en compte de la demande du patient et l'information du public.

Ces propositions relaient le rapport sénatorial de Lucien Neuwirth.

La douleur s'inscrit en critère de qualité de la bonne prise en charge du patient et entre, ainsi, dans la procédure d'accréditation des établissements de santé, conduite par l'ANAES ou HAS. (123)

Cette procédure a pour objectif de définir, entre autre, des référentiels afin de porter une appréciation sur la qualité d'un établissement, comme le stipule l'ordonnance n°96-346 du 24 avril 1996 portant réforme hospitalière et comme le précise le décret n°97-311 du 7 avril 1997. Le référentiel "Organisation de la Prise en Charge des Patients" ou "OPC" met en avant la référence OPC.5.b., intéressant la recherche, la prévention et la prise en charge des douleurs aiguës et chroniques.

Cette notion est reprise dans la deuxième procédure d'accréditation de 2004 en "Référence 32 : La douleur est évaluée et prise en charge" (122). L'évaluation de la douleur fait alors partie du standard. La notion douleur morale apparaît et l'ANAES note le rôle prépondérant du CLUD et des référents pour organiser et améliorer cette prise en charge.

1.1.2. LES PROPOSITIONS DU COLLEGE NATIONAL DES MEDECINS DE LA DOULEUR

Afin d'être en cohérence avec tous ces objectifs, le Collège National des Médecins de la Douleur (CNMD) propose de mettre en place dans tout établissement hospitalier public ou privé un Comité de Lutte contre la Douleur appelé CLUD dont les modalités d'organisation ont été définies et approuvées à l'issue de travaux d'une commission de ce Collège. (124)

Il définit des lignes directrices afin de faciliter la mise en place des comités et de les rendre homogènes dans leur composition et leur fonctionnement, sans les rendre obligatoires.

Ces suggestions seront détaillées aux paragraphes suivants 2 et 3.

1.1.3 DE L'EVALUATION DU PLAN TRIENNAL A AUJOURD'HUI

En 2000, une évaluation du plan triennal est réalisée par la Société Française de Santé Publique (SFSP), à la demande de la Direction Générale de la Santé, entre septembre 2000 et octobre 2001. (125) Cette évaluation qualitative montre qu'"une culture de lutte contre la douleur" est en train de s'instaurer tant auprès des patients que du personnel soignant mais que des progrès sont encore à faire sur le plan de l'évaluation de la douleur, des traitements médicamenteux et non médicamenteux, de la prise en compte du patient dans sa globalité psychosociale, de la formation pratique des médecins, de l'accès à des structures spécialisées pour les douleurs chroniques rebelles. (126)

De ces conclusions découlent cinq nouveaux objectifs dont l'un est d'amener les établissements de santé à s'engager dans un programme de prise en charge de la douleur (126), en rappelant que celle-ci est une mission de tout établissement de santé (Article L. 1112-4 du Code de la Santé Publique).

Les mesures alors proposées incitent au développement des Comités de Lutte contre le Douleur et préconisent d'y associer les acteurs des soins palliatifs (126, 127). C'est la naissance des CLUDS, avec "S" pour Soins palliatifs (en général).

Ces différentes mesures sont alors reprises dans une circulaire adressée aux directeurs des établissements de santé pour approbation (circulaire DHOS/E2 n°2002-266 du 30 avril 2002 relative à la mise en œuvre du programme national de lutte contre la douleur 2002-2005 dans les établissements de santé).

Un guide méthodologique concernant l'organisation de la prise en charge de la douleur est alors réalisé par la Direction de l'Hospitalisation et de l'Organisation des Soins (DHOS) en collaborations avec la Société Française d'Etude et de Traitement de la Douleur (SETD) et la Société française d'Accompagnement et de Soins Palliatifs (SFAP). Ce guide est diffusé par le Ministère de la santé, de la Famille et des Personnes Handicapées en Mai 2002.

Il explique l'importance du développement des instances pilotes de lutte contre la douleur type CLUD dans les établissements de santé afin de poursuivre les efforts menés lors du plan triennal et de répondre aux nouvelles attentes du plan 2002-2005 dont l'évaluation est actuellement en cours.

Cependant, dès mars 2006, un nouveau plan quadriennal 2006-2010 est publié à partir des conclusions apportées par diverses enquêtes menées par la DHOS, la DGS et le Comité d'Organisation des Etats Généraux de la Douleur. (128) Ce plan national définit quatre priorités :

- améliorer la prise en charge des douleurs des populations les plus vulnérables (enfants et adolescents, personnes polyhandicapées, personnes âgées et en fin de vie) ;
- améliorer la formation pratique initiale et continue des professionnels de santé pour mieux prendre en compte la douleur des patients ;
- améliorer les modalités de traitement médicamenteux et d'utilisation des méthodes non pharmacologiques pour une prise en charge de qualité ;

- structurer les filières de soins de la douleur et en particulier celle de la prise en charge des douleurs chroniques dites rebelles pour rendre le dispositif plus efficace.

En particulier, la lutte contre la douleur de la personne âgée doit permettre la diffusion d'un outil de référence en cours de réalisation par la Société Française de Gérontologie et de Gériatrie. Cet instrument nécessitera ensuite une formation auprès des membres des CLUDS et des professionnels des consultations douleur. Les CLUDS seront alors chargés de sa diffusion auprès des professionnels de soins.

De par toutes ces dispositions, le CLUD est devenu un interlocuteur indispensable dans les établissements de santé pour l'amélioration de la prise en charge de la douleur. Intéressons nous maintenant à leur développement dans les trois hôpitaux qui ont participé à notre projet.

1.2. AU NIVEAU REGIONAL, EN LORRAINE

En région Lorraine, la création des CLUDS des trois centres hospitaliers avec qui nous avons travaillé est concomitante au premier plan législatif de lutte contre la douleur de 1998.

Tout d'abord, le Centre Alexis Vautrin (CAV), centre régional de lutte contre le cancer, travaille sur la constitution et l'organisation d'un CLUD'S, Comité de Lutte Contre la Douleur et les Symptômes, depuis 1999. Le 7 Mai 2000, le Comité est officiellement validé par la commission technique médicale.

Puis, à la même période naît le CLUDS du Centre Hospitalier Régional de METZ-THIONVILLE.

Enfin, le Centre Hospitalier Régional et Universitaire de NANCY met en place son CLUDS, Comité de Lutte contre la douleur et des Soins palliatifs, le 21 Octobre 2002.

Leur constitution entre dans l'application de la loi n°95-116 du 4 février 1995 et leur organisation s'articule autour des propositions faites par le CNMD.

2. LES MISSIONS ET RESPONSABILITES DES CLUD : UN ROLE D'OBSERVATOIRE DE LA PRISE EN CHARGE DE LA DOULEUR (124,127)

Le CNMD définit le CLUD comme "un centre de réflexion et de proposition appelé à travailler en collaboration effective et permanente avec la Direction de l'Etablissement et la Commission Médicale d'Etablissement CME ou du Comité Consultatif Médical CCM, ainsi qu'avec les services cliniques, la pharmacie et les services administratifs et techniques", afin de créer une véritable culture contre la douleur. Il permet de définir une politique de soins cohérente en matière de prise en charge de la douleur et de mettre en œuvre des actions dans ce domaine, s'inscrivant alors dans le projet médical et le projet de soins de l'établissement au terme de l'article L. 710-3-1 du Code de Santé Publique."

Ainsi, les CLUD n'ont pas pour mission d'assurer directement la prise en charge de la douleur qui relève en fait de tout service clinique en collaboration si besoin avec des structures spécialisées de douleur telles que les consultations, les unités et les centres d'évaluation et de traitement de la douleur.

Plus précisément, les responsabilités du CLUD sont :

- de proposer des missions adaptées à la situation locale après avoir réalisé un état des lieux préalable afin de dégager les points forts et les points faibles ;
- de coordonner toute action visant à mieux organiser la prise en charge de la douleur, aiguë et chronique, maligne ou non, dans l'ensemble des services de l'établissement pour l'ensemble des patients quel que soit le contexte (âges extrêmes de la vie, handicap, maladies mentales, situation de grande précarité, phase terminale de la vie, urgences, douleurs provoquées par les gestes invasifs,...) ;
- d'aider au développement de la formation continue des personnels médicaux et paramédicaux de l'établissement ;
- de susciter le développement des plans d'amélioration de la qualité pour l'évaluation et le traitement de la douleur

Les objectifs sont :

- d'assurer la liaison avec la prise en charge des équipes de soins palliatifs ;
- de mettre en place des projets d'action respectant les derniers standards reconnus (protocoles, recommandations, outils d'évaluation,...) pour que la prise en charge de la douleur devienne une attitude systématique ;
- d'organiser :
 - l'acquisition et la généralisation des instruments de mesure de l'intensité de la douleur afin d'assurer une bonne qualité de son évaluation,
 - la formation des personnels à leur utilisation,
 - la mention des résultats des évaluations dans le dossier de soins et/ou sur les pancartes.
- de proposer des protocoles adaptés à la prévention des douleurs liées aux actes diagnostiques et thérapeutiques potentiellement douloureux ;
- de veiller :
 - à la diffusion et la mise en application des travaux validés par l'ANAES,
 - à une utilisation rationnelle des moyens thérapeutiques médicamenteux et non médicamenteux au sein de l'établissement ;
- de proposer toute recommandation ou d'exprimer des avis à la demande de la Direction de l'Etablissement sur l'acquisition des équipements ou de matériels susceptibles d'avoir une répercussion sur la prévention et la prise en charge de la douleur ;
- de participer à l'information des patients par l'intermédiaire de brochures et de favoriser les enquêtes de satisfaction auprès des malades dans les différents services de l'établissement ;
- de réunir la documentation disponible sur les Programmes d'Assurance Qualité en matière de douleur et d'en assurer la promotion et la mise en route au sein de l'établissement ;
- d'établir un bilan annuel des actions engagées et de transmettre les résultats à la CME et à la Direction Générale.

Dans les trois établissements de la région où notre projet a été conduit, les missions des CLUDS ou CLUD'S sont identiques à celles stipulées par le CNMD.

Pour le CHRU de NANCY, le développement d'une culture de lutte contre la douleur est en lien avec l'amélioration de la prise en charge des soins palliatifs et s'inscrit dans le texte fondateur de leur CLUDS. Il en est de même pour le CHR METZ-THIONVILLE.

Pour le CAV, la création du CLUD'S s'appuie sur les recommandations sus-citées et intègre dans ses objectifs la prise en charge des symptômes, regroupant les symptômes physiques et psychologiques liés à la maladie cancéreuse, aux traitements et à leurs effets indésirables dans ses services de chirurgie, d'oncologie médicale, de radiothérapie et de curiethérapie.

3. LA COMPOSITION DU COMITE (124)

Il est important de préciser que les modalités d'organisation du comité sont données par le CNMD à titre informatif et n'ont aucun caractère obligatoire.

Toutefois il est recommandé de créer une instance pluridisciplinaire, représentative de l'ensemble des personnels soignants de l'établissement. Leur participation doit être basée sur le volontariat et la motivation.

Le comité se compose comme suit :

- Le président ou vice-président de la CME ou du CCM ;
- Les membres désignés par le président de la CME après concertation avec le Directeur de l'Etablissement :
 - des praticiens hospitaliers des services cliniques médicaux et chirurgicaux et des autres services spécialisés,
 - le pharmacien responsable de la pharmacie de l'établissement ou à défaut le pharmacien gérant,
 - des représentants des personnels soignants proposés par le directeur du Service de Soins Infirmiers (SSI), lui-même membre,
 - une psychologue si cela est possible.

Il est important de noter que le comité sera composé des responsables des structures spécialisées de prise en charge de la douleur.

➤ Les membres associés :

- le directeur général de l'établissement,
- la ou les personne(s) choisie(s) par ce même directeur pour le représenter ou l'assister dans le cadre de questions spécifiques traitées.

Pour le CHRU de NANCY, le comité se compose de 30 personnes :

- le président de la CME
- les membres désignés :
- 4 responsables d'unités concernées
- 12 personnes qualifiées dont deux médecins gériatres, un médecin rhumatologue, deux chirurgiens, un pharmacien, trois anesthésistes, un médecin urgentiste, un médecin du service de psychologie médicale, une psychologue et une assistante sociale
- 1 représentant de la Direction
- 9 représentants de la Direction des Soins Infirmiers
- 2 membres associés : un médecin du service médecine physique et de la réadaptation et un médecin représentant le CAV et la Fédération de Soins de Support.

Pour le CAV, nous comptabilisons 49 membres représentant tous les services et tous les acteurs de santé de l'établissement:

- Médecins : oncologues médicaux (dont un est président du comité), chirurgiens, anesthésistes réanimateurs, radiologues, dentistes,
- Infirmières de tous les services médico-chirurgicaux,
- Aides soignantes,
- Orthophoniste,
- Diététicienne,
- Psychologues,
- Equipe de la pharmacie,
- Manipulateurs de radiologie et radiothérapie,
- Psychologues,
- Assistante sociale,

- Responsables qualités,
- Equipe des soins de support,
- Directeur de l'établissement et les cadres infirmiers.

Ce nombre impressionnant de membres venant d'horizons variés montre un investissement de chaque service et de chaque personnel soignant et non soignant dans la lutte contre la douleur.

Enfin, le CLUDS du CHR de METZ-THIONVILLE comprend 29 membres, dont :

- le président et le vice-président du comité appartenant aux structures spécialisées de prise en charge de la douleur et des soins palliatifs ;
- les membres de droit :
 - le directeur général de l'établissement,
 - le président de la CME,
 - 2 directeurs de soins ;
- les membres désignés
 - 5 médecins : un anesthésiste, une pneumologue, un cardiologue et deux médecins spécialistes de la douleur,
 - 2 chirurgiens,
 - 2 pharmaciens,
 - 11 paramédicaux (cadres de santé et infirmières)
 - 2 psychologues.
- un membre associé.

La composition de ces trois comités montre beaucoup d'analogies avec les recommandations de la CNMD sans pour autant qu'elles soient respectées entièrement. Ces CLUDS ont alors eu la liberté d'organiser et de créer leur instance à l'image de leur établissement, en fonction des possibilités de leur structure.

Les missions et objectifs de chacun d'entre eux sont superposables à l'ensemble de ceux présentés dans le paragraphe précédent.

C'est en réponse à ces objectifs que nous avons souhaité présenter notre projet au sein de ces différents CLUDS pour approbation et afin de permettre une première distribution de l'outil créé auprès des internes de médecine.

4. APPROBATION ET DISTRIBUTION DE L'OUTIL

La première présentation de notre outil a eu lieu le 21 novembre 2005 au cours d'une assemblée du CLUDS du CHRU de Nancy, où sa distribution a été approuvée tacitement. Ensuite, le 6 décembre 2005, l'outil a été proposé à la réunion du CLUDS du CHR de METZ-THIONVILLE, qui a également accepté sa distribution.

Entre temps, au cours de différentes réunions avec l'équipe de la consultation douleur du CHRU de Nancy et l'équipe du Service régional de soins palliatifs et de traitement de la douleur du CHR de Thionville, des modifications ont été apportées à notre outil tant au niveau de sa forme que de son contenu. L'outil est abouti et définitif le 18 Janvier 2006.

Par ailleurs, la plaquette n'a pas pu être présentée de façon officielle aux membres du CLUD'S du Centre Alexis Vautrin ; sa distribution a été autorisée courant mars 2006 après concertation entre différents membres du comité, et notamment ceux appartenant à l'équipe des soins de support, dont fait partie la présidente.

Cette première distribution a intéressé tous les internes de médecine de ces différents établissements, soit 150 personnes, auxquelles se sont ajoutées, à leur demande, des médecins en poste. C'est à cette occasion qu'a pu être réalisée l'enquête d'Isabelle PIFFER. Les outils ont été dans la majorité des cas remis directement aux intéressés et son contenu leur a été expliqué. Des plaquettes sont encore disponibles dans les différentes structures spécialisées des centres hospitaliers concernés.

L'avenir de ce projet doit s'attacher à une relecture régulière des éléments répertoriés dans l'outil afin de l'actualiser en fonction des dernières recommandations et des bonnes pratiques. Il doit aussi s'intéresser aux remarques des professionnels de santé qui l'utilisent. Des discussions avec ces derniers ont permis de pointer certaines erreurs, qui devront être corrigées par la suite. En effet, si cet outil s'avère être une solution alternative entre une indispensable formation théorique et la prise en charge de la douleur sur le terrain, nous pouvons imaginer que sa distribution peut être étendue à l'ensemble des internes et des résidents répartis dans tous les établissements de soins de la région, voire même à une population médicale plus générale, qu'elle soit hospitalière ou libérale, qu'elle soit spécialisée ou générale.

CONCLUSION

La douleur chronique de l'adulte est une maladie complexe qui nécessite une parfaite compréhension de son aspect multidimensionnel et du modèle biopsychosocial pour envisager une prise en charge adaptée. L'amélioration de cette prise en charge est dépendante de l'intérêt qui lui est portée par tous les professionnels de santé et notamment par les médecins. Les connaissances acquises au cours de leur cursus médical et de la formation continue semblent toutefois être insuffisantes.

C'est pour tenter de faire face à ces difficultés qu'un outil pratique d'aide à la prise en charge de la douleur chronique a été proposé aux internes en médecine et aux résidents de trois centres hospitaliers lorrains. Cet outil regroupe les référentiels professionnels et les dernières recommandations nécessaires à la prise en charge de la douleur par excès de nociception et de la douleur neuropathique. Au diagnostic et à l'évaluation de ces types de douleur s'ajoutent de manière synthétique et didactique les possibilités thérapeutiques qui peuvent être envisagées, sans méconnaître les données indispensables à la manipulation des opioïdes et les effets indésirables pouvant survenir avec les antalgiques des trois paliers de l'Organisation Mondiale de la Santé, les antidépresseurs et les antiépileptiques.

Ce projet entre dans le développement de la lutte contre la douleur organisée de manière officielle depuis 1998 par les Ministères de la Santé. Plus précisément, il s'inscrit dans les missions de formation et d'information des Centres de Lutte contre la Douleur des établissements de soins. Participer à cette dynamique c'est aussi répondre à une demande exprimée par les médecins en formation rencontrés au cours de l'enquête menée conjointement avec Isabelle PIFFER dans le cadre de sa thèse de docteur en médecine générale.

L'accueil positif de ce projet auprès des médecins spécialistes de la douleur et des étudiants de troisième cycle fait espérer que l'utilisation de l'outil puisse se perpétuer. Les recommandations développées dans la plaquette actuelle sont modifiables en fonction de l'évolution des référentiels et de l'autorisation de mise sur le marché de nouvelles molécules. La création d'un logiciel informatique pourrait même être une alternative intéressante au format papier, le rendant encore plus flexible.

Enfin, même si la preuve de son impact sur l'amélioration de la prise en charge de la douleur chronique est difficile à mettre en évidence, pourquoi ne pas envisager sa distribution à plus grande échelle ? Pourquoi ne pas l'intégrer en tant qu'élément complémentaire à la formation initiale des étudiants en médecine ? Cette question peut aussi se poser dans l'intérêt des formations médicales continues, des EPU, ...

BIBLIOGRAPHIE

-
1. MERSKEY H, BOGDUK. Classification of chronic pain. Descriptions of chronic pain syndromes and definitions of pain terms. IASP Task Force on Taxonomy. IASP Press, Seattle. 1994 :209-214.
 2. GROUPE ALGOLOR. Cahier pédagogique de la douleur. Annales Médicales de Nancy et de Lorraine, 2nd ed. 2001 ; 48p.
 3. AGENCE NATIONALE D'ACCREDITATION ET D'EVALUATION EN SANTE. Recommandations et références professionnelles. Evaluation et suivi de la douleur chronique de l'adulte en médecine ambulatoire. Paris: ANAES; 1999.
 4. WORLD HEALTH ORGANIZATION. A new understanding chronic pain. In :Kaplun A, editor. Health promotion and chronic illness. Discovering a new quality of health. Copenhagen: WHO Regional Publications. 1992;55:195-203.
 5. AMERICAN SOCIETY OF ANESTHESIOLOGISTS. Practice guidelines for chronic pain management. A report by the American Society of Anesthesiologists Task Force on Pain Management, Chronic Pain Section. Anesthesiology. 1997;86:995-1004.
 6. BONICA JJ. The management of pain. Philadelphia, London : Lea et Febiger.1953.
 7. MELZACK R, WALL PD. Pain assessment, a new theory. Science. 1965;150:971-5.
 8. MOULIN JF, BOUREAU F. Aspects psychologiques de la douleur chronique. Syndromes douloureux chroniques : complexité et pluridisciplinarité. Institut UPSA de la Douleur. Paris. 2003;2:13-33.
 9. BOUREAU F, DOUBRERE JF. Le concept de douleur. Du symptôme au syndrome. Doul et Analg 1:11-17, 1988.
 10. BOUREAU F, DOUBRERE JF, LUU M. Clinical approach in patients with chronic pain. Rev Prat. 1994 ;44(14)1880-5.
 11. SANDERS SH, RUCKER KS, ANDERSON KO, et al. Guidelines for program evaluation in chronic non-malignant pain management. J Back Musculoskeletal Rehabil.1996;7:19-25.
 12. SERRIE A. Les Français et la douleur. Enquête auprès du grand public sur la perception de la prise en charge de la douleur en France. Comité d'organisation des états généraux de la douleur. Le Livre Blanc de la Douleur. 2005 : pp 9-23.
 13. DIRECTION GENERALE DE LA SANTE. Santé publique, qualité de vie et maladies chroniques : attentes des patients et des professionnels. Ministère des solidarités, de la Santé et des Familles. Actes du séminaire. Paris. 2004.

-
14. GODEFROY JN, DELORME C. Les professionnels de santé libéraux et la douleur. Enquête auprès des professionnels de santé libéraux. Comité d'organisation des états généraux de la douleur. Le Livre Blanc de la Douleur. 2005 :pp25-41.
15. PIFFER I, GUILLAUME C. Evaluation de la prise en charge de la douleur chronique par les internes. De la formation théorique à la pratique...Mémoire de DIU d'Etude et de Prise en Charge de la Douleur Nancy - Dijon. Faculté de Médecine de Nancy. 2005 : 34p.
16. PIFFER I. Enquête d'évaluation de la formation et des connaissances des internes en médecine sur la prise en charge de la douleur chronique chez l'adulte. Thèse : Méd. Gen. : Nancy 1 : 2006 : 143p
17. KRAKOWSKI I, GESTIN Y, JAULMES F et al. Recommandations pour une bonne pratique dans la prise en charge de la douleur du cancer chez l'adulte et l'enfant. [Recommendations for a successful cancer pain management in adults and children]. Bull Cancer 1996;83 Suppl 1:9s-79s.
- 18 . KRAKOWSKI I, THEOBALD S, COLLIN E et al. Standards, Options et Recommandations 2002 sur les traitements antalgiques médicamenteux des douleurs cancéreuses par excès de nociception chez l'adulte. Mise à jour. Editions John Libbey Eurotext. 2003 ; vol 15.
19. ROSTAING-RIGATTIERI S, ROUSSELOT H, KRAKOWSKI I et al. Standards, options and recommendations for the use of medical analgesics for the treatment of pain arising from excess nociception in adults with cancer (update 2002): opioid analgesics with the exception of morphine by mouth and the rotation. Bull Cancer. 2003;90(8-9):795-806.
20. KRAKOWSKI I, THEOBALD S, BALP L et al. Standards, options and recommendations for the use of medical analgesics for the treatment of pain arising from excess nociception in adults with cancer (update 2002). Bull Cancer. 2002. 89(12) :1067-74.
21. AGENCE NATIONALE D'ACCREDITATION ET D'EVALUATION EN SANTE. Recommandations et Références Professionnelles. Evaluation et prise en charge thérapeutique de la douleur chez les personnes âgées ayant des troubles de la communication verbale. Paris. ANAES ; 2000.
22. AGENCE NATIONALE D'ACCREDITATION ET D'EVALUATION EN SANTE, Recommandations et Références Professionnelles. Modalités de prise en charge de l'adulte nécessitant des soins palliatifs. Paris. ANAES ; 2002.
23. WORLD HEALTH ORGANISATION. Cancer pain relief :with a guide to opioid availability. 2nd ed Geneva : World Health Organisation.1996.
24. PERROT S, BANNWARTH B, BERTIN P et al. Les recommandations de Limoges. Recommandations pour l'utilisation de la morphine dans les douleurs chroniques non cancéreuses en rhumatologie. La Revue du Rhumatisme. 1999.

-
25. PERROT S, BANNWARTH B, BERTIN P et al. Use of morphine in nonmalignant joint pain :the Limoges recommendations. The French Society for Rheumatology. Rev Rhum Engl Ed. 1999 ;66(11) :571-6.
26. BALLANTYNE JC, MAO J. Opioid therapy for chronic pain. N Engl J Med. 2003 ;349(20) :1943-53.
27. KALSO E, EDWARDS JE, MOORE RA, MCQUAY HJ. Opioids in chronic non-cancer pain :systematic review of efficacy and safety. Pain. 2004;112(3):372-80.
28. FURLAN AD, SANDOVAL JA, MAILIS-GAGNON A, TUNKS E. Opioids for chronic noncancer pain : a meta-analysis of effectiveness and side effects. CMAJ. 2006 ;174(11) :1589-94.
29. DELORME T, WOOD C, BATAILLARD A et al. Recommandations pour la pratique clinique. Standards, Options et Recommandations pour l'évaluation de la douleur chez l'adulte et l'enfant atteints d'un cancer (mise à jour). Fédération Nationale des Centres de Lutte Contre le Cancer.2003. (URL : www.fnclcc.fr)
30. HIRSZOWSKI F, BOUREAU F. Nécessité d'évaluer la douleur en pratique quotidienne. Douleurs. 2000 ;1,1 :pp16-19.
31. BOUREAU F. Douleur : pourquoi et comment évaluer son intensité ?. La Revue du Praticien - Médecine Générale. 1998 ; Tome 12, n°442, p15-20.
32. SIMON AM et al. Evaluation de la douleur chez la personne âgée. La revue du Généraliste et de la Gérontologie. 1998;49:6-10.
33. Douleur et personnes âgées : repérer, évaluer, organiser une prise en charge de qualité. Colloque du 24 Mars 2005. Paris. La Revue de Gériatrie. 2005 ; Tome 30 ; supplément C au n°6 :p43.
34. AMERICAN GERIATRICS SOCIETY PANEL ON CHRONIC PAIN IN OLDER PERSONS. The management of chronic pain in older persons. J Am Geriatr Soc. 1998 ;46 :635-651.
35. DOMEQC S, BROCHET B, MICHEL P. Les établissements de santé. Enquête auprès des patients, des professionnels et des directions des établissements de santé. Comité d'organisation des états généraux de la douleur. Le Livre Blanc de la Douleur. 2005 :pp64-83
36. GAUVAIN-PIQUARD A, RODARY C, REZVANI A, LEMERLE J. Pain in children aged 2-6 years : a new observational rating scale elaborated in a pediatric oncology unit - preliminary report. Pain. 1987; 31(2):177-188.
37. GAUVAIN-PIQUARD A, RODARY C, REZVANI A, SERBOUTI S. The development of the DEGR(R) : A scale to assess pain in young children with cancer. Eur J Pain. 1999;3(2):165-176.

-
38. WARY B, SERBOUTI S, DOLOPLUS Collectif. Doloplus 2 : validation d'une échelle d'évaluation comportementale de la douleur chez la personne âgée. *Douleurs*. 2001;2:35-38.
39. WARY B, DOLOPLUS C. Doloplus 2, a scale for a pain measurement. *Soins Gérontol*. 1999;(19):25-7.
40. MICHEL M, CAPRIZ F, GENTRY A et al. Doloplus 2, une échelle comportementale de la douleur valide chez la personne âgée. *La Revue de Gériatrie*. 2000;25,155-160.
41. ZWAKHALEN SM, HAMERS JP, ABU-SAAD HH, BERGER MP. Pain in elderly people with severe dementia : a systematic review of behavioural pain assessment tools. *BMC Geriatrics*. 2006;6:3.
42. JEAN A, MORELLO R, ALIX M. Evaluation de la douleur de sujet très âgé hospitalisé en long séjour. *La Revue de gériatrie*. 1998;23(3):253-256.
43. MORELLO R, JEAN A, ALIX M, GROUPE REGATES. L'ECPA : une échelle comportementale de la douleur pour personnes âgées non communicantes. *Infokara*. 1998;51(3):22-29.
44. MELZACK R. The McGill pain questionnaire: major properties and scoring methods. *Pain*. 1975; 1(3):277-99.
45. MELZACK R. The Short-form McGill pain questionnaire. *Pain*. 1987;30(2):191-7.
46. BOUREAU F, LUU M, DOUBRERE JF, GAY C. Construction of a questionnaire for the self-evaluation of pain using a list of qualifiers. Comparison with Melzack's McGill Pain Questionnaire. *Thérapie*. 1984; 39(2):119-29.
47. BOUREAU F, LUU M, DOUBRERE JF. Comparative study of the validity of four french McGill questionnaire (MPQ) versions. *Pain*. 1992; 50:59-65.
48. BOUHASSIRA D, ATTAL N, FERMANIAN J, et al. Development and validation of the Neuropathic Pain Symptom Inventory. *Pain*. 2004 ; 108(3):248-257.
49. BOUHASSIRA D., ATTAL N, ALCHAAR A, et al. Comparison of pain syndromes associated with nervous or somatic lesions and development of a new neuropathic pain diagnostic questionnaire (DN4). *Pain*. 2005; 114(1-2):29-36.
50. ZIGMOND AS, SNAITH RP. The hospital anxiety and depression scale. *Acta Psychiatr Scand*. 1983;67(6):361-70.
51. LEPINE JP, GODCHAU M, BRUN P, LEMPERIERE TH. Evaluation of anxiety and depression among patients hospitalized on an internal medicine service. *Ann Med Psychol*. 1985;143(2):175-89.
52. DAUT RL, CLEELAND CS, FLANERY RC. Development of the Wisconsin Brief Pain Questionnaire to assess pain in cancer and other diseases. *Pain*. 1983;17:197-210.

-
53. KELLER S, BANN CM, DODD SL, SCHEIN J, MENDOZA TR, CLEELAND CS. Validity of the Brief Pain inventory for use in documenting the outcomes of patients with noncancer pain. *Clin J Pain*. 2004;20(5):309-1.
54. TAN G, JENSEN MP, THORNBYS JI, SHANTI BF. Validation of the Brief Pain Inventory for chronic nonmalignant pain. *J Pain*. 2004;5(2):133-7.
55. MENDOZA T, MAYNE T, RUBLEE D, CLEELAND C. Reliability and validity of a modified Brief Pain Inventory short form in patients with osteoarthritis. *Eur J Pain*. 2006;10(4):353-61.
56. ZELMAN DC, GORE M, DUKES E, TAI KS, BRANDENBURG N. Validation of a modified version of the brief pain inventory for painful diabetic peripheral neuropathy. *J Pain Symptom Manage*. 2005;29(4):401-10.
57. TRECOT AM, BONVELL MV, ATLURI SL, et al. Opioid guidelines in the management of chronic non-cancer pain. *Pain Physician*. 2006;9(1):1-39.
58. NICHOLAS MK, MOLLOY AR, BROOKER C. Using opioids with persisting noncancer pain: a biopsychosocial perspective. *Clin J Pain*. 2006;22(2):137-46.
59. Dictionnaire VIDAL® 2005. 81^e Ed. Paris : Editions du Vidal. 2005.
60. QUENEAU P. Prescriptions et ventes des antalgiques en France. Analyse à partir de données concernant les années 1998 à 2004. Comité d'organisation des états généraux de la douleur. *Le Livre Blanc de la Douleur*. 2005 : 43-55.
61. NIKLES CJ, YELLAND M, DEL MAR C, WILKINSON D. The role of paracetamol in chronic pain : an evidence-based approach. *Am J Ther*. 2005;12(1):80-91.
62. JAWAD AS. Analgesics and osteoarthritis : are treatment guidelines reflected in clinical practice ? *Am J Ther*. 2005 ;12(1) :98-103.
63. PAVELKA K. Symptomatic treatment of osteoarthritis :paracetamol or NSAIDs ? *Int J Clin Pract Suppl*. 2004;(144):5-12.
64. BOUREAU F, SCHNEID H, ZEGHARI N et al. The IPSO study : ibuprofen, paracetamol study in osteoarthritis. A randomised comparative clinical study comparing the efficacy and safety of ibuprofen and paracetamol analgesic treatment of osteoarthritis of the knee or hip. *Ann Rheum Dis*. 2004 ;63(9) :1028-34.
65. HARATI Y, GOOCH C, SWENSON M, et al. Double-blind randomized trial of tramadol for the treatment of the pain of diabetic neuropathy. *Neurology*. 1998 ;50(6) :1842-6.
66. SINDRUP SH, ANDERSEN G, MADSEN C, et al. Tramadol relieves pain and allodynia in polyneuropathy : a randomised, double-blind, controlled trial. *Pain*. 1999 ;83(1) :85-90.
67. BOUREAU F, LEGALLICIER P, KABIR-AHMADI M. Tramadol in post-herpetic neuralgia: a randomized, double-blind, placebo-controlled trial. *Pain*. 2003;104(1-2):323-31.

-
68. HARATI Y, GOOCH C, SWENSON M, et al. Maintenance of the long-term effectiveness of tramadol in treatment of the pain of diabetic neuropathy. *J Diabetes Complications*. 2000;14(2):65-70.
69. FINNERUP NB, OTTO M, MCQUAY HJ, et al. Algorithm for neuropathic pain treatment : an evidence based proposal. *Pain*. 2005 ;118(3) :289-305.
70. Dictionnaire VIDAL® 2006. 82^e ed. Paris. Edition du Vidal 2006.
71. LA REVUE PRESCRIRE. Paracétamol + Dextropropoxyphène : retrait programmé du marché britannique. *Rev Prescrire*. 2005 ;25(259):p197
72. QUIGLEY C. Opioid switching to improve pain relief and drug tolerability. *Cochrane Database Syst Rev*. 2004 ;(3) :CD004847.
73. PEREIRA J, LAWLOR P, VIGANO A, et al. Equianalgesic dose ratios for opioids. A critical review and proposals for long-term dosing. *J Pain Symptom Manage*. 2001 ;22(2) :672-87.
74. MCQUAY HJ, TRAMER M, NYE BA, et al. A systematic review of antidepressants in neuropathic pain. *Pain*. 1996 ;68(2-3): 217-27.
75. MCQUAY HJ, CAROLL D, JADAD AR, et al. Anticonvulsant drugs for management of pain : a systematic review. *BMJ*. 1995 ;311(7012):1047-52.
76. MCQUAY HJ, CAROLL D, GLYNN CJ. Dose-response for analgesic effect of amitriptyline in chronic pain. *Anaesthesia*. 1993 ; 48(4):281-5.
77. WATSON CP. Antidepressant drugs as adjuvant analgesics. *J Pain Symptom Manag*. 1994 ;9(6):392-405.
78. RICE AS, MATON S ; POSTHERPETIC NEURALGIA STUDY GROUP. Gabapentin in postherpetic neuralgia : a randomised, double-blind, placebo controlled study. *Pain*. 2001;94(2):215-24.
79. SERPELL MG; NEUROPATHIC PAIN STUDY GROUP. Gabapentine in neuropathic pain syndromes: a randomised, double-blind, placebo-controlled trial. *Pain*. 2002;99(3):557-66.
80. LA REVUE PRESCRIRE. Prégabaline : très proche de la gabapentine. *Rev Prescrire*. 2005 ;25(262) :405-409.
81. ATTAL N. Traitements médicaux de la douleur neuropathique. In : *La douleur Neuropathique*. Chapitre 6. Institut UPSA de la Douleur. Paris. 2000 :pp125-77
82. VIBES J. Les douleurs neuropathiques. Abrégés. Paris : Ed Masson, 2002, 178p

-
83. MAX MB, CULNANE M, SCHAFER SC, GRACEY RH et al. Amitriptyline relieves diabetic neuropathy pain in patients with normal or depressed mood. *Neurology*. 1987;37(4):589-96.
84. WATSON CP, EVANS RJ, REED K, et al. Amitriptyline versus placebo in postherpetic neuralgia. *Neurology*. 1982;32(6):671-3.
85. KALSO E, TASMUTH T, NEUVONEN PJ. Amitriptyline effectively relieves neuropathic pain following treatment of breast cancer. *Pain*. 1996;64(2):293-302.
86. LEIJON G, BOIVIE J. Central post-stroke pain--a controlled trial of amitriptyline and carbamazepine. *Pain*. 1989;36(1):27-36.
87. MAX MB, SCHAFER SC, CULNANE M, et al. Amitriptyline, but not lorazepam, relieves postherpetic neuralgia. *Neurology*. 1988;38(9):1427-32.
88. MAX MB, LYNCH SA, MUIR J, et al. Effects of desipramine, amitriptyline, and fluoxetine on pain in diabetic neuropathy. *N Engl J Med*. 1992 7;326(19):1250-6.
89. SINDRUP SH, GRAM LF, SKJOLD T, et al. Clomipramine vs desipramine vs placebo in the treatment of diabetic neuropathy symptoms. A double-blind cross-over study. *Br J Clin Pharmacol*. 1990 Nov;30(5):683-91.
90. LANGOHR HD, STOHR M, PETRUCH E. An open and double-blind cross-over study on the efficacy of clomipramine (Anafranil) in patients with painful mono- and polyneuropathies. *Eur Neurol*. 1982;21(5):309-17.
91. SINDRUP SH, JENSEN TS. Efficacy of pharmacological treatments of neuropathic pain: an update and effect related to mechanism of drug action. *Pain*. 1999;83(3):389-400.
92. SINDRUP SH, OTTO M, FINNERUP NB, et al. Antidepressants in the treatment of neuropathic pain. *Basic Clin Pharmacol Toxicol*. 2005 ;96(6) :399-409.
93. SINDRUP SH, GRAM LF, BROSEN K, et al. The selective serotonin reuptake inhibitor paroxetine is effective in the treatment of diabetic neuropathy symptoms. *Pain*. 1990;42(2):135-44.
94. TASMUTH T, HARTEL B, KALSO E. Venlafaxine in neuropathic pain following treatment of breast cancer. *Eur J Pain*. 2002;6(1):17-24.
95. SINDRUP SH, BACH FW, MADSEN C, et al. Venlafaxine versus imipramine in painful polyneuropathy: a randomized, controlled trial. *Neurology*. 2003;60(8):1284-9.
96. ROWBOTHAM MC, GOLI V, KUNZ NR, et al. Venlafaxine extended release in the treatment of painful diabetic neuropathy: a double-blind, placebo-controlled study. *Pain*. 2004;110(3):697-706.
97. LANG E, HORD AH, DENSON D. Venlafaxine hydrochloride (Effexor) relieves thermal hyperalgesia in rats with an experimental mononeuropathy. *Pain*. 1996;68(1):151-5.

-
98. GOLDSTEIN DJ, LU Y, DETKE MJ, et al. Duloxetine vs. placebo in patients with painful diabetic neuropathy. *Pain*. 2005;116(1-2):109-18.
99. RASKIN J, PRITCHETT YL, WANG F, et al. A double-blind, randomized multicenter trial comparing duloxetine with placebo in the management of diabetic peripheral neuropathic pain. *Pain*. 2005;6(5):346-56.
100. BOMHOLT SF, MIKKELSEN JD, BLACKBUM-MUNRO G. Antinociceptive effects of the antidepressants amitriptyline, duloxetine, mirtazapine and citalopram in animal models of acute, persistent and neuropathic pain. *Neuropharmacology*. 2005;48(2):252-63.
101. TREMONT-LUKATS IW, MEGEFF C, BACKONJA MM. Anticonvulsants for neuropathic pain syndromes: mechanisms of action and place in therapy. *Drugs*. 2000;60(5):1029-52.
102. ROWBOTHAM M, HARDEN N, STACEY B, et al. Gabapentin for the treatment of postherpetic neuralgia: a randomised controlled trial. *JAMA*. 1998;280(21):1837-42.
103. BACKONJA M, BEYDOUN A, EDWARDS KR, et al. Gabapentin for the symptomatic treatment of painful neuropathy in patients with diabetes mellitus: a randomized controlled trial. *JAMA*. 1998;280(21):1831-6.
104. BACKONJA M. Use of anticonvulsants for treatment of neuropathic pain. *Neurology*. 2002;59(5 Suppl 2):S14-7.
105. BONE M, CRITCHLEY P, BUGGY DJ. Gabapentin in postamputation phantom limb pain: a randomized, double-blind, placebo-controlled, cross-over study. *Reg Anesth Pain Med*. 2002;27(5):481-6.
106. BACKONJA M, GLANZMAN RL. Gabapentin dosing for neuropathic pain : evidence from randomized, placebo-controlled clinical trials. *Clin Ther*. 2003;25(1):81-104.
107. ATTAL N, BRASSEUR L, PARKER F, et al. Effects of gabapentin on the different components of peripheral and central neuropathic pain syndromes: a pilot study. *Eur Neurol*. 1998;40(4):191-200.
108. WALLIN J, CUI JG, YAKHNITSA V et al. Gabapentin and pregabalin suppress tactile allodynia and potentiate spinal cord stimulation in a model of neuropathy. *Eur J Pain*. 2002;6(4):261-72.
109. FIELD MJ, MCCLEARY S, HUGHES J, SINGH L. Gabapentin and pregabalin, but not morphine and amitriptyline, block both static and dynamic components of mechanical allodynia induced by streptozocin in the rat. *Pain*. 1999;80(1-2):391-8.
110. NICHOLSON BD. Evaluation and treatment of central pain syndromes. *Neurology*. 2004;62(5 Suppl 2):S30-6.

-
111. CARACENI A, ZECCA E, BONEZZI C, ARCURI E et al. Gabapentin for neuropathic cancer pain: a randomized controlled trial from the Gabapentin Cancer Pain Study Group. *J Clin Oncol.* 2004;22(14):2909-17.
112. BENNETT MI, SIMPSON KH. Gabapentin in the treatment of neuropathic pain. *Palliat Med.* 2004;18(1):5-11.
113. WIFFEN PJ, MCQUAY HJ, EDWARDS JE, MOORE RA. Gabapentin for acute and chronic pain. *Cochrane Database Syst Rev.* 2005;(3):CD005452.
114. LESSER H, SHARMA U, LAMOREAUX L, et al. Pregabalin relieves symptoms of painful diabetic neuropathy: a randomized controlled trial. *Neurology.* 2004;63(11):2104-10.
115. ROSENSTOCK J, TUCHMAN M, LAMOREAUX L, et al. Pregabalin for the treatment of painful diabetic peripheral neuropathy: a double-blind, placebo-controlled trial. *Pain.* 2004;110(3):628-38.
116. FRAMPTON JE, SCOTT LJ. Pregabalin: in the treatment of painful diabetic peripheral neuropathy. *Drugs.* 2004;64(24):2813-20; discussion 2821.
117. DWORKIN RH, CORBIN AE, YOUNG JP Jr et al. Pregabalin for the treatment of postherpetic neuralgia: a randomized, placebo-controlled trial. *Neurology.* 2003;60(8):1274-83.
118. FRAMPTON JE, FOSTER RH. Pregabalin: in the treatment of postherpetic neuralgia. *Drugs.* 2005;65(1):111-8; discussion 119-20.
119. SABATOWSKI R, GALVEZ R, CHERRY DA et al. Pregabalin reduces pain and improves sleep and mood disturbances in patients with post-herpetic neuralgia: results of a randomised, placebo-controlled clinical trial. *Pain.* 2004;109(1-2):26-35.
120. RICHTER RW, PORTENOY R, SHARMA U et al. Relief of painful diabetic peripheral neuropathy with pregabalin: a randomized, placebo-controlled trial. *J Pain.* 2005;6(4):253-60.
121. GILRON I, WATSON CP, CAHILL CM, et al. Neuropathic pain: a practical guide for the clinician. *CMAJ.* 2006 ;175(3):265-75.
122. AGENCE NATIONALE D'ACCREDITATION ET D'EVALUATION EN SANTE. Manuel d'accréditation des établissements de santé. Paris : ANAES. 2004 :131p.
123. AGENCE NATIONALE D'ACCREDITATION ET D'EVALUATION EN SANTE. Accreditation Manual for Health Care Organisations. Paris. ANAES. 1999;108p.
124. COLLEGE NATIONAL DES MEDECINS DE LA DOULEUR. Recommandations relatives à l'organisation de la lutte contre la douleur (CLUD) dans les établissements publics et privés participant au service public hospitalier. CNMD. Paris. 1998.

125. LOTHON-DEMERLIAC C., LAURENT-BEQ A., MAREC P. Evaluation du Plan Triennal de Lutte contre la Douleur. Société française de Santé Publique. Vandoeuvre-lès-Nancy. 2001. 17p.

126. MINISTERE DE L'EMPLOI ET DE LA SOLIDARITE – MINISTERE DELEGUE A LA SANTE. Programme de Lutte contre la Douleur 2002-2005. Paris. 2002 : 36p.

127. MINISTERE DE LA SANTE, DE LA FAMILLE ET DES PERSONNES. Guide d'Orientation : organiser la lutte contre la douleur dans les établissements de santé. Direction de l'Hospitalisation et de l'Organisation des Soins (DHOS). Paris. 34p.

128. MINISTERE DE LA SANTE ET DES SOLIDARITES. Plan d'amélioration de la prise en charge de la douleur 2006-2010. Paris. 2006 :36p.

ANNEXES

ANNEXE 1. LA DOULEUR CHRONIQUE EN PRATIQUE CHEZ L'ADULTE.

LA DOULEUR CHRONIQUE EN PRATIQUE CHEZ L'ADULTE

Principes généraux de prise en charge de la douleur chronique.

1. Définir le type de douleur
Douleur par excès de nociception et/ou douleur neuropathique.
2. Evaluer : www.anaes.fr et www.oncolor.org
 - l'intensité :
 - Evaluation **Visuelle Analogique**
 - Echelle **Numérique**
 - Echelle **Verbale Simple**
 - DOLOPLUS 2**
 - Echelle **Comportemental de la Personne Agée**
 - le type de douleur :
 - Questionnaire **Douleur Saint Antoine**
 - Questionnaire **DN4** (Tableau D)
 - le retentissement émotionnel :
 - Echelle **HAD**
 - le retentissement sur le comportement :
 - Profil **Comportemental Douloureux**
 - Questionnaire **Concis sur les Douleurs**
3. Traiter :
 - par **voie orale** tant que l'état du patient le permet,
 - à **intervalles réguliers** et non « à la demande »,
 - en respectant l'**échelle O.M.S.** à 3 niveaux pour la composante nociceptive,
 - en respectant les **règles d'équianalgie** pour passer d'un palier 2 à un palier 3,
 - en **discutant de façon raisonnée** l'utilisation des morphiniques après échec des autres paliers pour les douleurs chroniques non cancéreuses,
 - avec possibilité, en cas de douleur intense cancéreuse, d'utiliser d'emblée les opioïdes forts,
 - en **anticipant** les accès douloureux ou provoqués,
 - en **réévaluant** régulièrement la douleur selon la durée d'action de l'antalgique et l'intensité de la douleur,
 - en repérant une éventuelle **composante neuropathique**,
 - en évaluant systématiquement les **effets indésirables** : il faut les prévenir et les corriger,
 - en utilisant la **coanalgie** autant que possible : psychothérapie, médicaments, kinésithérapie, chirurgie,....,
 - en privilégiant le **travail en équipe**
 - en faisant appel, en cas de problème, à l'équipe de la **consultation douleur** de votre hôpital :
 - **CHRU NANCY Fédération de Soins de Support (03.83.8)5.49.53**
 - **CHR Thionville Hôpital BEAUREGARD 03.82.55.88.24**
 - **CHR Metz BONSECOURS 03.87.55.38.86**

Outil en cours d'évaluation approuvé par les CLUDS du CHRU de NANCY et du CHR de METZ-THONVILLE ; dernières modification réalisées le 18/01/2006



ANNEXE 2. LES RECOMMANDATIONS DE LIMOGES (1999).

- 1 - Il n'existe pas de recommandations sur l'utilisation de la morphine en rhumatologie.
- 2 - Le but n'est pas d'inciter à une utilisation imprudente de la morphine mais d'aider le clinicien à son bon usage quand il a décidé d'y recourir.
- 3 - La morphine n'est qu'une des possibilités, mais est une possibilité du traitement de la douleur non cancéreuse en rhumatologie.

Sélection des patients et évaluation initiale

- 4 - Pourront être traités par la morphine : les patients douloureux chroniques, non ou insuffisamment soulagés par les thérapeutiques usuelles de la pathologie antérieurement définie (dégénérative, inflammatoire...)
- 5 - L'évaluation initiale comprendra :
 - la synthèse de l'histoire de la maladie et des thérapeutiques entreprises,
 - un avis psychiatrique spécialisé dans le cas de pathologies mal définies, de sujet très jeune, d'abus médicamenteux, de suspicion de troubles psychiatriques,
 - une évaluation de la douleur et de son retentissement (échelles et indices appropriés).

- 6 - Ne seront pas traités par la morphine : les patients dont les symptômes ne sont pas médicalement expliqués (douleurs idiopathiques) ou atteints de troubles caractériels sévères ou psychosociaux prédominants.

Mise en route pratique du traitement

- 7 - Une information sera donnée au patient et à ses autres médecins sur les buts, les modalités et les effets indésirables du traitement.
- 8 - Les buts du traitement seront définis conjointement par le patient et son médecin, qui prendra la responsabilité de la prescription de morphine.
- 9 - Une surveillance rapprochée, au minimum à J14 et J28, sera instituée pour apprécier les effets indésirables et l'efficacité de la morphine jusqu'à obtention d'une posologie optimale.
- 10 - La dose initiale préconisée se situera entre 10 et 30 mg de sulfate de morphine à libération prolongée, administrée par voie orale, en tenant compte du terrain. Les posologies faibles seront instituées chez les sujets âgés, insuffisants rénaux ou hépatiques.
- 11 - Un ajustement posologique se fera par paliers (lors de chaque consultation prévue) en augmentant de 50% la dose journalière.
- 12 - Un complément antalgique sera prescrit dans le cas de douleurs fluctuantes (paracétamol...).
- 13 - Une prévention de la constipation sera réalisée systématiquement à l'instauration du traitement (mesures hygiéno-diététiques et laxatifs).

Évaluation et suivi du traitement

- 14 - À chaque visite, on recherchera des signes orientant vers un mésusage, un abus ou une dépendance physique.
- 15 - Toute augmentation trop rapide des doses doit faire reconsidérer l'indication du traitement.
- 16 - En cas de décision d'arrêt, on diminuera progressivement et on recherchera les signes de sevrage.

ANNEXE 3. LES ECHELLES D'AUTOEVALUATION DE L'INTENSITE DOULOUREUSE.

FIGURE 1. ECHELLE VISUELLE ANALOGIQUE

Nous vous proposons d'utiliser une sorte de thermomètre de la douleur qui permet de mesurer l'intensité de la douleur.

Une extrémité correspond à la douleur maximale imaginable

Plus le trait est proche de cette extrémité, plus la douleur est importante

L'autre extrémité correspond à pas de douleur

Plus le trait est proche de cette extrémité, moins la douleur est importante

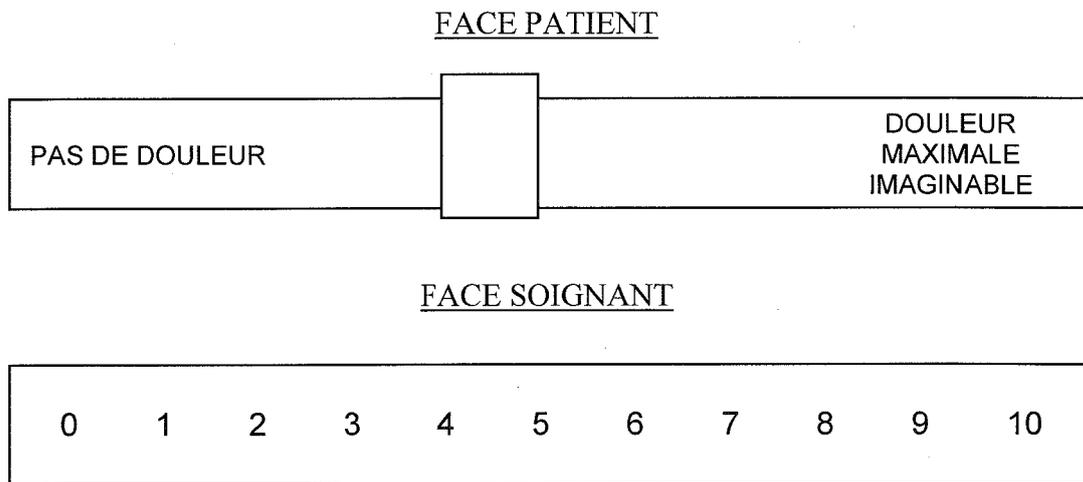


FIGURE 2. ÉCHELLE NUMÉRIQUE

Entourez ci-dessous la note de 0 à 10 qui décrit le mieux l'importance de votre douleur pour chacun des 3 types de douleur. La note 0 correspond à « pas de douleur ». La note 10 correspond à la « douleur maximale imaginable »

PAS DE DOULEUR	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	DOULEUR MAXIMALE IMAGINABLE
----------------------	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	----	-----------------------------------

FIGURE 3. ÉCHELLE VERBALE SIMPLE

Pour préciser l'importance de votre douleur, répondez en entourant la réponse correcte :

0	1	2	3	4
absente	faible	modérée	intense	extrêmement intense

ANNEXE 4. ECHELLE D'HETEROEVALUATION DOLOPLUS 2.

Nom : Prénom : Service :	EVALUATION COMPORTEMENTALE DE LA DOULEUR CHEZ LA PERSONNE AGEE Echelle Doloplus-2®
--	--

OBSERVATION COMPORTEMENTALE		Dates			
A. RETENTISSEMENT SOMATIQUE					
1. Plaintes somatiques	<ul style="list-style-type: none"> • Pas de plainte • Plaintes uniquement à la sollicitation • Plaintes spontanées occasionnelles • Plaintes spontanées continues 	0	0	0	0
		1	1	1	1
		2	2	2	2
		3	3	3	3
2. Positions antalgiques au repos	<ul style="list-style-type: none"> • Pas de position antalgique • Le sujet évite certaines positions de façon occasionnelle • Position antalgique permanente et efficace • Position antalgique permanente inefficace 	0	0	0	0
		1	1	1	1
		2	2	2	2
		3	3	3	3
3. Protection des zones douloureuses	<ul style="list-style-type: none"> • Pas de protection • Protection à la sollicitation n'empêchant pas la poursuite de l'examen ou des soins • Protection à la sollicitation empêchant tout examen ou les soins • Protection au repos, en l'absence de toute sollicitation.. 	0	0	0	0
		1	1	1	1
		2	2	2	2
		3	3	3	3
4. Mimique	<ul style="list-style-type: none"> • Mimique habituelle • Mimique semblant exprimer la douleur à la sollicitation . • Mimique semblant exprimer la douleur en l'absence de toute sollicitation..... • Mimique inexpressive en permanence et de manière inhabituelle 	0	0	0	0
		1	1	1	1
		2	2	2	2
		3	3	3	3
5. Sommeil	<ul style="list-style-type: none"> • Sommeil habituel..... • Difficultés d'endormissement • Réveils fréquents (agitation motrice) • Insomnie avec retentissement sur les phases d'éveil..... 	0	0	0	0
		1	1	1	1
		2	2	2	2
		3	3	3	3

(suite)

ANNEXE 4. SUITE

Nom : Prénom : Service :	EVALUATION COMPORTEMENTALE DE LA DOULEUR CHEZ LA PERSONNE AGEE Echelle Doloplus-2® (suite)
--	--

OBSERVATION COMPORTEMENTALE		Dates			
B. RETENTISSEMENT PSYCHO-MOTEUR					
6. Toilette et/ou habillage	• Possibilités habituelles inchangées	0	0	0	0
	• Possibilités habituelles peu diminuées (précautionneux mais complet)	1	1	1	1
	• Possibilités habituelles très diminuées, toilette et/ou habillage étant difficiles et partiels.....	2	2	2	2
	• Toilette et/ou habillage impossibles, le malade exprimant son opposition à toute tentative	3	3	3	3
7. Mouvements	• Possibilités habituelles inchangées	0	0	0	0
	• Possibilités habituelles actives limitées (le malade évite certains mouvements, diminue son périmètre de marche, ...)	1	1	1	1
	• Possibilités habituelles actives et passives limitées (même aidé, le malade évite ses mouvements)	2	2	2	2
	• Mouvements impossibles, toute mobilisation entraînant une opposition.....	3	3	3	3
C. RETENTISSEMENT PSYCHO-SOCIAL					
8. Communication	• Inchangée	0	0	0	0
	• Intensifiée (la personne attire l'attention de manière inhabituelle).....	1	1	1	1
	• Diminuée (la personne s'isole).....	2	2	2	2
	• Absence ou refus de toute communication.....	3	3	3	3
9. Vie sociale	• Participation habituelle aux différentes activités (repas, animations, ateliers thérapeutiques).....	0	0	0	0
	• Participation aux différentes activités uniquement à la sollicitation.....	1	1	1	1
	• Refus partiel de participation aux différentes activités....	2	2	2	2
	• Refus de toute vie sociale.....	3	3	3	3
10. Troubles du comportement	• Comportement habituel.....	0	0	0	0
	• Troubles du comportement à la sollicitation itératifs.....	1	1	1	1
	• Troubles du comportement à la sollicitation permanents	2	2	2	2
	• Troubles du comportement permanents (en dehors de toute sollicitation)	3	3	3	3
(1) SCORE					

ANNEXE 5. ECHELLE COMPORTEMENTALE DE LA PERSONNE AGEE OU ECPA.

Nom : Prénom : Service : Date :	SCORE TOTAL (sur 32) :
--	------------------------

I OBSERVATION AVANT LES SOINS

1° Expression du visage : REGARD et MIMIQUE

- 0 : Visage détendu
- 1 : Visage soucieux
- 2 : Le sujet grimace de temps en temps
- 3 : Regard effrayé et/ou visage crispé
- 4 : Expression complètement figée

2° POSITION SPONTANEE au repos

(recherche d'une attitude ou d'une position antalgique)

- 0 : Aucune position antalgique
- 1 : Le sujet évite une position
- 2 : Le sujet choisit une position antalgique
- 3 : Le sujet recherche sans succès une position antalgique
- 4 : Le sujet reste immobile comme cloué par la douleur

* : se référer aux jours précédents

** : ou prostration

N.B. : les états végétatifs correspondent à des patients ne pouvant être évalués par cette échelle

3° MOUVEMENTS (ou MOBILITE) du patient (hors et/ou dans le lit)

- 0 : Le sujet bouge ou ne bouge pas comme d'habitude*
- 1 : Le sujet bouge comme d'habitude* mais évite certains mouvements
- 2 : Lenteur, rareté des mouvements contrairement à son habitude*
- 3 : Immobilité contrairement à son habitude*
- 4 : Rareté des mouvements** ou forte agitation, contrairement à son habitude*

4° RELATION A AUTRUI

Il s'agit de tout type de relation quel qu'en soit le type : regard, geste, expression ...

- 0 : Même type de contact que d'habitude*
- 1 : Contact plus difficile à établir que d'habitude*
- 2 : Evite la relation contrairement à l'habitude*
- 3 : Absence de tout contact contrairement à l'habitude*
- 4 : Indifférence totale contrairement à l'habitude*

II OBSERVATION PENDANT LES SOINS

5° Anticipation ANXIEUSE aux soins

- 0 : Le sujet ne montre pas d'anxiété
- 1 : Angoisse du regard, impression de peur
- 2 : Sujet agité
- 3 : Sujet agressif
- 4 : Cris, soupirs, gémissements

6° Réactions pendant la MOBILISATION

- 0 : Le sujet se laisse mobiliser ou se mobilise sans y accorder une importance particulière
- 1 : Le sujet a un regard attentif et semble craindre la mobilisation ou les soins
- 2 : Le sujet retient de la main ou guide les gestes lors de la mobilisation ou des soins
- 3 : Le sujet adopte une position antalgique lors de la mobilisation ou des soins
- 4 : Le sujet s'oppose à la mobilisation ou aux soins

7° Réactions pendant les SOINS des ZONES DOULOUREUSES

- 0 : Aucune réaction pendant les soins
- 1 : Réaction pendant les soins, sans plus
- 2 : Réaction au TOUCHER des zones douloureuses
- 3 : Réaction à l'EFFLEUREMENT des zones douloureuses
- 4 : L'approche des zones est impossible

8° PLAINTES exprimées PENDANT les soins

- 0 : Le sujet ne se plaint pas
- 1 : Le sujet se plaint si le soignant s'adresse à lui
- 2 : Le sujet se plaint en présence du soignant
- 3 : Le sujet gémit ou pleure silencieusement dès qu'on le soigne
- 4 : Le sujet crie ou se plaint violemment dès qu'on le soigne

ANNEXE 7. QUESTIONNAIRE DOULEUR SAINT ANTOINE VERSION COURTE.

Vous trouverez ci-dessous une liste de mots pour décrire une douleur. Pour préciser le type de douleur que vous ressentez habituellement (depuis les 8 derniers jours), répondez en mettant une croix pour la réponse correcte.

	0 ABSENT NON	1 FAIBLE UN PEU	2 MODERE MODEREMENT	3 FORT BEAUCOUP	4 EXTREMEMENT FORT ETREMEMENT
Élancements					
Pénétrante					
Décharges électriques					
Coups de poignard					
En étau					
Tiraillement					
Brûlure					
Fourmillements					
Lourdeur					
Épuisante					
Angoissante					
Obsédante					
Insupportable					
Énervante					
Exaspérante					
Déprimante					

ANNEXE 8. QUESTIONNAIRE DN4.

Pour estimer la probabilité d'une douleur neuropathique (score >4/10)

Répondre à chaque item des 4 questions ci-dessous par OUI = 1 point ou NON = 0 point.

Score du patient : /10

INTERROGATOIRE DU PATIENT		
QUESTION 1 : la douleur présente-t-elle une ou plusieurs des caractéristiques suivantes?		
	OUI	NON
Brûlure		
Sensation de froid douloureux		
Décharges électriques		
QUESTION 2 : la douleur est-elle associée dans la même région à un ou plusieurs des symptômes suivants ?		
Fourmillements		
Picotements		
Engourdissement		
Démangeaisons		
EXAMEN DU PATIENT		
QUESTION 3 : la douleur est-elle localisée dans un territoire ou l'examen met en évidence ?		
Hypoesthésie au tact		
Hypoesthésie à la piqûre		
QUESTION 4 : la douleur est-elle provoquée ou augmentée par :		
Le frottement		

ANNEXE 9. ECHELLE HOSPITAL ANXIETY AND DEPRESSION.

Les médecins savent que les émotions jouent un rôle important dans la plupart des maladies. Si votre médecin est au courant des émotions que vous éprouvez, il pourra mieux vous aider. Ce questionnaire a été conçu de façon à permettre à votre médecin de se familiariser avec ce que vous éprouvez vous-même sur le plan émotif.

Ne faites pas attention aux chiffres et aux lettres imprimés à gauche du questionnaire.

Lisez chaque série de questions et soulignez la réponse qui exprime le mieux ce que vous avez éprouvé au cours de la semaine qui vient de s'écouler.

Ne vous attardez pas sur la réponse à faire, votre réaction immédiate à chaque question fournira probablement une meilleure indication de ce que vous éprouvez, qu'une réponse longuement méditée.

Je me sens tendu ou énervé :

- la plupart du temps
- souvent
- de temps en temps
- jamais

	3	
	2	
	1	
	0	

Je prends plaisir aux mêmes choses qu'autrefois :

- oui, tout autant
- pas autant
- un peu seulement
- presque plus

	0	
	1	
	2	
	3	

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

- oui, très nettement
- oui, mais ce n'est pas grave
- un peu, mais cela ne m'inquiète pas
- pas du tout

	3	
	2	
	1	
	0	

Je ris facilement et vois le bon côté des choses :

- autant que par le passé
- plus autant qu'avant
- vraiment moins qu'avant
- plus du tout

	0	
	1	
	2	
	3	

Je me fais du souci :

- très souvent
- assez souvent
- occasionnellement
- très occasionnellement

	3	
	2	
	1	
	0	

Je suis de bonne humeur :

- jamais
- rarement
- assez souvent
- la plupart du temps

	3	
	2	
	1	
	0	

Je peux rester tranquillement assis à ne rien faire et me sentir décontracté :

- oui, quoi qu'il arrive
- oui, en général
- rarement
- jamais

	0	
	1	
	2	
	3	

J'ai l'impression de fonctionner au ralenti :

- presque toujours
- très souvent
- parfois
- jamais

	3	
	2	
	1	
	0	

J'éprouve des sensations de peur et j'ai l'estomac noué :

- jamais
- parfois
- assez souvent
- très souvent

0
1
2
3

Je ne m'intéresse plus à mon apparence :

- plus du tout
- je n'y accorde pas autant d'attention que je le devrais
- il se peut que je n'y fasse plus autant attention
- j'y prête autant d'attention que par le passé

3
2
1
0

J'ai la bougeotte et n'arrive pas à tenir en place :

- oui, c'est tout à fait le cas
- un peu
- pas tellement
- pas du tout

3
2
1
0

Je me réjouis d'avance à l'idée de faire certaines choses :

- autant qu'auparavant
- un peu moins qu'avant
- bien moins qu'avant
- presque jamais

0
1
2
3

J'éprouve des sensations soudaines de panique :

- vraiment très souvent
- assez souvent
- pas très souvent
- jamais

3
2
1
0

Je peux prendre plaisir à un bon livre ou à une bonne émission radio ou de télévision :

- souvent
- parfois
- rarement
- très rarement

0
1
2
3

D

A

ANNEXE 10. QUESTIONNAIRE CONCIS SUR LES DOULEURS (extrait).

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

A) Activité générale

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Ne gêne pas					Gêne complètement					

B) Humeur

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Ne gêne pas					Gêne complètement					

C) Capacité à marcher

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Ne gêne pas					Gêne complètement					

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

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Ne gêne pas					Gêne complètement					

E) Relations avec les autres

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Ne gêne pas					Gêne complètement					

F) Sommeil

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Ne gêne pas					Gêne complètement					

G) Goût de vivre

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Ne gêne pas					Gêne complètement					

VU

NANCY, le 24 août 2006	NANCY, le 25 septembre 2006
Le Président de Thèse	Le Doyen de la Faculté de Médecine
Professeur G. BARROCHE	Professeur P. NETTER

AUTORISE À SOUTENIR ET À IMPRIMER LA THÈSE

NANCY, le 2 octobre 2006

LE PRÉSIDENT DE L'UNIVERSITÉ DE NANCY 1

Professeur J.P. FINANCE

RESUME DE LA THESE

La douleur chronique de l'adulte est une maladie complexe qui nécessite une parfaite compréhension de son aspect multidimensionnel et du modèle biopsychosocial dans lequel elle s'intègre pour envisager une prise en charge optimale et adaptée.

Cette dernière est dépendante de l'intérêt que lui porte le médecin, mais aussi de ses connaissances acquises au cours de sa formation théorique et pratique, qui semble être insuffisante, comme le montre de récentes enquêtes et notamment celle réalisée en 2006 par Isabelle PIFFER auprès de 108 internes en médecine et résidents de trois centres hospitaliers lorrains. Les résultats de cette étude sont regroupés dans son travail de thèse de docteur en médecine générale, intitulé "Enquête d'évaluation de la formation et des connaissances des internes en médecine sur la prise en charge de la douleur chronique chez l'adulte."

C'est pour tenter de faire face à ces difficultés qu'un outil d'aide à la prise en charge de la douleur chronique a été proposé aux médecins en formation rencontrés. Cet outil a pour objectif d'apporter des réponses pratiques, rapidement disponibles "au lit du malade", pour faciliter et améliorer l'évaluation et le traitement de la douleur. Ce dépliant au format poche intéresse chaque prescripteur, quelque soit sa spécialité médicale. Il regroupe les référentiels professionnels et les dernières recommandations nécessaires à la prise en charge de la douleur par excès de nociception et de la douleur neuropathique. Aux outils de diagnostic et d'évaluation de ces deux types de douleur s'ajoutent de manière synthétique et didactique les thérapeutiques envisageables, sans méconnaître les données indispensables à la manipulation des opioïdes et les effets indésirables pouvant survenir avec les antalgiques des trois paliers de l'Organisation Mondiale de la Santé, les antidépresseurs et les antiépileptiques.

Ce projet s'inscrit dans les actions de lutte contre la douleur menées depuis 1998 par les différents Ministères de la Santé français. C'est pourquoi, il a été approuvé par les Comités de Lutte contre la Douleur ou CLUD de trois établissements de soins, dont l'une des missions principale est l'organisation de la formation et de l'information à la prise en charge de la douleur du personnel.

TITRE EN ANGLAIS

Use of a practice tool to help the management of the chronic pain in adult patient.

THESE : MEDECINE GENERALE – ANNEE 2006

MOTS CLEFS

Evaluation douleur. Douleur - - Thérapeutique. Maladie chronique

INTITULE ET ADRESSE DE L'U.F.R.

Faculté de Médecine de Nancy

9, avenue de la Forêt de Haye

54505 VANDOEUVRE LES NANCY
