

Évaluation du patient douloureux chronique

*F. Détienne, S. Rostaing-Rigattieri, F. Boureau
Centre d'évaluation et de traitement de la douleur
Hôpital Saint-Antoine, Paris*

Prendre en charge des malades souffrant de douleurs aiguës ou chroniques implique un modèle de références précis pour hiérarchiser l'évaluation des possibles facteurs en cause, en tenant compte de leur polymorphisme et du type de malade.

Il faut clairement distinguer l'évaluation de l'intensité de la douleur qui permet d'identifier les patients à traiter de l'évaluation du malade douloureux qui est une évaluation globale, médicale et psychosociale.

Pourquoi évaluer la douleur ?

Disposer d'une méthode standardisée d'évaluation de l'intensité de la douleur et du soulagement nous paraît présenter de nombreux avantages pour la pratique quotidienne, notamment pour :

- **Mieux identifier les malades présentant une douleur.** Tous les malades n'expriment pas spontanément leur douleur. L'absence de manifestation de douleur ne signifie pas obligatoirement l'absence de douleur perçue. Il convient donc de savoir évaluer systématiquement la douleur.
- **Faciliter les prises de décision de traitements symptomatiques antalgiques.** Dans de nombreuses situations cliniques (douleurs cancéreuses, douleurs posttraumatiques...), le choix de l'analgésique doit être adapté à l'intensité de la douleur.
- **Contrôler l'efficacité des traitements mis en œuvre.** Les effets des thérapeutiques antalgiques ne suivent pas une loi du tout ou rien. Il est nécessaire de disposer de méthodes sensibles pour surveiller les effets des traitements et faciliter leur adaptation.
- **Améliorer la communication entre le malade et les soignants.** Un malade qui a appris à utiliser une méthode d'évaluation sait mieux ultérieurement communiquer sa douleur. Que le malade soit hospitalisé ou ambulatoire, les scores de douleur doivent être inscrits dans le dossier de soins ou le dossier médical, au même titre que d'autres variables (pression artérielle, température, pouls...). Ils peuvent ainsi être pris en compte par l'ensemble des intervenants et permettre des comparaisons lors des mesures successives. La réponse aux thérapeutiques antérieures ne dépend ainsi plus uniquement du souvenir du malade.
- **Améliorer la relation médecin-malade.** L'évaluation de la douleur possède également une valeur relationnelle importante pour le malade qui se sent ainsi reconnu dans sa plainte. La qualité de la relation médecin-malade se trouve améliorée si l'on montre au malade que l'on croit à sa plainte.

Objectiver un phénomène subjectif

La douleur est par définition un phénomène subjectif. Reconnaître ce fait aide à mieux comprendre pourquoi le malade est le véritable expert (ou juge) pour apprécier l'intensité de sa douleur. Les méthodologies proposées visent donc à standardiser au mieux les conditions de recueil de la description de la douleur par le malade. Le but est d'objectiver, c'est-à-dire de rendre « visible » un phénomène subjectif, qui, sans cette médiation, reste difficile à communiquer à un observateur extérieur.

Évaluer un comportement

Dans certains contextes cliniques, l'expression verbale n'est pas possible : jeune enfant, personnes âgées atteintes de troubles cognitifs... l'évaluation peut alors se fonder sur les manifestations comportementales observables. Différentes échelles sont disponibles pour ces situations où la douleur peut être facilement méconnue.

Il n'y a pas une douleur, mais des douleurs

La douleur est un phénomène non seulement subjectif mais aussi complexe, comportant de nombreuses dimensions (sensorielle, affective-émotionnelle, cognitive et comportementale). Reconnaître la complexité du phénomène permet de comprendre les différences interindividuelles et l'absence de parallélisme anatomo-clinique.

Une douleur peut s'observer dans de très nombreuses conditions cliniques. Les causes de douleurs sont multiples. On distingue les douleurs selon :

- leurs mécanismes (nociceptifs, neurogènes, idiopathiques)
- leur profil évolutif (douleurs aiguës évoluant depuis moins de 3 mois, douleurs chroniques évoluant depuis plus de 3 à 6 mois)
- leur origine maligne (cancer, sida) ou non.

La mesure de l'intensité de la douleur constitue un des éléments de la démarche médicale usuelle comportant un entretien, un examen clinique, des examens complémentaires (voir encadré d-dessous). Sans se substituer à la démarche médicale, l'évaluation de l'intensité de la douleur constitue à elle seule un signal (un drapeau rouge) qui doit alerter l'équipe médicale et soignante pour faciliter les prises de décision. Dans les formes rebelles ou chroniques, la mesure de l'intensité de la douleur doit être complétée par d'autres mesures standardisées : schéma de la douleur, niveaux d'incapacité, d'anxiété ou de dépression, retentissement sur la qualité de vie qui sont rappelées dans les recommandations de l'Agence nationale d'accréditation et d'évaluation en santé (ANAES) sur l'évaluation du malade douloureux chronique.

La consultation avec le malade douloureux chronique

Que le médecin exerce seul ou au sein d'une équipe pluridisciplinaire et quelle que soit sa spécialité, il lui faudra savoir élargir son évaluation à un ensemble de facteurs somatiques et psychosociaux.

La relation avec le malade douloureux

Le premier contact avec un douloureux chronique peut être délicat du fait de l'agressivité du patient, des sentiments de frustration et de mise en échec qui se dégagent du discours du patient. La relation est toujours facilitée lorsque le thérapeute montre clairement au patient qu'il croit à sa douleur et qu'il fait preuve d'empathie. Croire à la douleur ne signifie pas accepter toutes les conceptions du malade sur son état ou sur la nature de la douleur : il faudra savoir expliquer que les causes ne sont pas univoques et faire partager un modèle de représentation du problème posé qui pourra rendre légitime la démarche thérapeutique.

Dans tous les cas, la consultation avec le malade douloureux chronique ne peut se concevoir dans une atmosphère d'urgence : il faudra savoir être disponible pour écouter et créer le climat de confiance indispensable à une relation de qualité.

Évaluation somatique

Par définition, le douloureux chronique a déjà consulté de nombreux médecins, et l'entretien s'attachera à retracer l'historique de cette douleur, en précisant les investigations réalisées, les explications données, les traitements proposés avec leurs effets. L'origine organique a pu ne pas avoir été suffisamment précisée, et il faudra redresser le diagnostic lésionnel. Existe-t-il une origine somatique persistante ? Des éléments somatiques nouveaux sont-ils venus s'ajouter au tableau initial, venant le compliquer ou le modifier ? Un état douloureux persistant favorise l'apparition de douleurs surajoutées, liées à des positions vicieuses, à des attitudes d'évitement.

Il faut clairement souligner la place irremplaçable qu'il faut accorder à la description clinique de la douleur : les circonstances de début, le rythme évolutif, la topographie, la qualité, les facteurs d'aggravation ou de soulagement ainsi que les données de l'examen clinique, qui permettront dans la majorité des cas de définir un cadre précis à la douleur et d'établir aussi précisément que possible le ou les mécanismes physiopathologiques de la douleur.

Les malades ont généralement déjà bénéficié de nombreuses investigations complémentaires. Elles peuvent suffire à expliquer la composante somatique de la douleur ou paraître insuffisantes, notamment lorsque la plainte douloureuse n'est pas concordante avec les lésions identifiées, qui, de ce fait, semblent sans rapport avec la symptomatologie décrite ou mineures. Cette éventualité fréquente illustre une notion classique : l'absence de parallélisme anatomoclinique qu'il faut garder à l'esprit. À l'inverse, la persistance et la résistance de la douleur amènent souvent à une succession d'examen complémentaires cherchant à trouver une lésion « en rapport ». Dans une grande majorité des cas, cette attitude n'est pas justifiée en matière de douleur chronique. En revanche, le suivi clinique doit respecter des règles précises : ce n'est qu'en cas d'apparition de signes nouveaux ou de franche modification de la symptomatologie que de nouvelles explorations sont licites. Il faut que l'attitude du somaticien sache contenir la « demande d'examen », qui pour beaucoup de ces malades est une manière de demander de l'aide ou de chercher à comprendre.

C'est aussi lors de l'évaluation initiale que l'on fera un inventaire le plus exhaustif possible de tous les traitements suivis jusque-là : doses utilisées ? effets bénéfiques (même partiels et transitoires) ? effets secondaires ? motifs d'arrêt ? Les principales causes d'échec apparent des divers traitements analgésiques doivent être connues. Le comportement vis-à-vis du médicament est un point important à préciser. Il s'agit d'évaluer le mode de prise (au coup par coup ?), la quantité précise des médicaments utilisés à titre antalgique (il s'agit parfois de tranquillisants), le risque toxique encouru. On peut parfois découvrir que les doses prises sont insuffisantes du fait d'une appréhension non raisonnée du patient ou conclure à une automédication excessive et mettre l'accent sur des prises compulsives de médicaments, alors même que leur inefficacité est reconnue. Rarement, mais non exceptionnellement, on peut repérer certaines attitudes toxicomaniaques, avec recherche plus ou moins explicite d'effets secondaires dysphoriques. Le degré de contrôle psychologique lors des accès de douleur est à préciser. Ces comportements doivent tous être appréciés, car ils figureront parmi les nombreux critères permettant de juger de l'efficacité des traitements et des conseils proposés.

Si d'autres avis de spécialistes somaticiens étaient nécessaires à une meilleure compréhension de la situation, ils devraient être pris avec le souci de maintenir une prise en charge unifiée, qui constitue l'un des avantages apportés par un centre pluridisciplinaire de traitement de la douleur du fait de l'unité de lieu et de temps.

En pratique, il est essentiel de savoir identifier une douleur neurogène, actuellement appelée douleur neuropathique. Ces douleurs sont secondaires à une lésion des voies nerveuses périphériques ou centrales ; elles doivent être distinguées des douleurs d'origine nociceptive. Elles ont des caractéristiques sémiologiques particulières qui facilitent leur diagnostic. Les principales causes de douleurs neurogènes sont celles liées à une amputation (membre fantôme), les sections de nerf, la douleur postzostérienne, la paraplégie...

Évaluation psychosociale

L'évaluation psychosociale incombe à tout médecin confronté aux patients souffrant de douleur chronique, cancéreuse ou non. Dans certains cas, la collaboration avec le psychiatre ou le psychologue devient souhaitable. La difficulté est alors de faire accepter la démarche au malade. Ce recours à un avis spécialisé ne doit pas être compris par le malade comme l'interprétation d'une douleur imaginaire. La possibilité d'orienter vers le psychiatre est un bon marqueur du fonctionnement en équipe (ou en réseau). Cette orientation est facilitée lorsque le psychiatre est présenté comme un praticien qui connaît bien certains médicaments antalgiques (psychotropes) ou qui maîtrise un certain nombre de techniques de contrôle de la douleur (relaxation, hypnose...), cela pour des patients réticents, qui sont le plus souvent ceux ayant des problèmes psychologiques. Cette démarche thérapeutique sera d'autant plus efficace qu'elle sera présentée tôt dans la consultation initiale (et non après échec des traitements proposés) et comme une procédure systématique d'évaluation de la douleur chronique.

Composante affective-émotionnelle

L'évaluation de la composante affective-émotionnelle comprend l'évaluation systématique de l'humeur. Le recours à des questionnaires d'auto-évaluation ou d'hétéro-évaluation de la dépression apporte une aide certaine. La dépression est fréquente (30 à 50 % des cas) dans les pathologies douloureuses persistantes non cancéreuses examinées dans les centres de traitement de la douleur. Cette composante peut expliquer la résistance aux autres thérapeutiques et influencer sur le comportement douloureux.

L'existence de troubles de la personnalité peut contribuer à la pérennisation de la douleur. Il faut en tenir compte lorsqu'on définit le « programme thérapeutique ». Un avis psychiatrique sera alors d'autant plus indispensable, tant au plan diagnostique que thérapeutique. Le rôle du psychiatre est de replacer l'histoire de la plainte douloureuse dans la biographie du patient et d'établir des liens chronologiques avec des événements de vie. Il aidera à faire comprendre comment un symptôme – initialement somatique – a pu devenir chez ce malade un comportement servant de communication avec sa famille, son milieu socioprofessionnel, le corps médical ou le système des assurances. Ces facteurs peuvent expliquer la persistance de la douleur et l'échec des thérapeutiques.

Composante cognitive

Elle précise la façon dont le patient se représente d'une part sa douleur et d'autre part les causes à l'origine de ce symptôme. L'enquête doit s'attacher à relever dans la biographie du malade les événements générateurs de douleurs et la manière dont le patient a pu les expérimenter, personnellement ou à travers son entourage : leur durée, leur sensibilité au traitement, l'appréhension qu'elles ont pu engendrer vis-à-vis de la maladie.

On découvrira souvent :

- Le désarroi qu'ont pu générer des avis successifs discordants.
- L'incertitude résiduelle après des examens complémentaires dont le résultat a été qualifié de négatif, laissant entendre que l'origine de la douleur restait mystérieuse puisque non visualisée.
- La croyance dans le fait que toute douleur persistante témoigne d'un processus pathologique évolutif susceptible de s'empirer (par exemple, le lombalgique chronique craint l'évolution vers la paralysie des membres inférieurs et le fauteuil roulant).
- L'incompréhension que peut engendrer un « abandon » dans la prise en charge, inévitable si le thérapeute et le patient se fixent un objectif curatif radical.
- Une croyance exagérée dans l'origine somatique exclusive, renforcée par des envois maladroits vers le psychiatre, vécus comme la preuve qu'on ne croit pas à sa douleur.

Les arrière-pensées, les interprétations erronées doivent être exprimées, clarifiées, car elles alimentent souvent l'angoisse du patient. La reformulation de la situation aidera le patient à adopter un comportement plus adapté vis-à-vis de sa douleur.

Composante comportementale

L'impact de la douleur sur le comportement fournit de nombreux indices pour apprécier l'intensité de la douleur. Dans certains cas, qui sont les plus complexes, la plainte douloureuse est devenue un mode de communication privilégié avec l'entourage, conférant à la douleur une dimension relationnelle qu'il faudra également prendre en compte.

On devra répertorier les diverses manifestations motrices ou verbales témoignant de la douleur lors de l'entretien, de l'examen clinique et dans les situations statiques et dynamiques : mimiques, soupirs, attitudes antalgiques, limitation des mouvements, attitudes guindées. Ces manifestations pourront constituer l'un des critères d'évaluation du traitement. Chez le lombalgique, l'enregistrement vidéo pendant un parcours d'obstacle paraît une méthode intéressante pour évaluer les résultats thérapeutiques. Les plaintes verbales peuvent être quantifiées en fonction de l'expression spontanée ou seulement à l'interrogatoire (envahissement total du langage par les propos sur la douleur).

L'attitude de l'entourage vis-à-vis de ces manifestations de douleur a tout intérêt à être connue : attitude de rejet, de sollicitude ou d'attention exagérée. Certaines de ces réactions peuvent être un facteur d'entretien du douloureux dans son handicap : la mise en évidence de certaines séquences de cercles vicieux doit être expliquée à l'ensemble du cercle familial et pourra faire l'objet de traitements spécifiques.

Objectifs à atteindre

L'évaluation ne saurait être complète sans avoir précisé la demande du patient. Dans les cas les plus complexes, celle-ci ne peut être explicitée, et une des premières mesures thérapeutiques sera de fixer conjointement avec le patient des objectifs raisonnables de prise en charge. Devant une demande de type « tout ou rien », avec recherche de soulagement total et définitif, il faut reformuler ces attentes vers un autre objectif plus réaliste : savoir faire avec la douleur, reprendre des activités.

Conclusion

Le diagnostic correct du mécanisme physiopathologique de la douleur (excès de nociception, neurogène, entretenue par le sympathique, musculaire) est capital pour orienter les traitements symptomatiques appropriés. Parallèlement à la démarche étiologique somatique, on ne peut valablement appréhender un malade douloureux chronique sans prendre en compte certaines variables individuelles, tels les niveaux d'anxiété, la dépression, la personnalité, les facteurs de renforcement (bénéfices secondaires), susceptibles d'amplifier ou de maintenir le patient douloureux dans la chronicité. Que le médecin exerce seul ou au sein d'une équipe pluridisciplinaire, pour mieux comprendre et mieux traiter une douleur chronique, il lui faudra savoir analyser les divers facteurs psychosociaux susceptibles de participer de façon interactive à toute douleur chronique. Cette approche doit être nuancée, car la présence d'une symptomatologie psychopathologique ne permet pas d'exclure pour autant un éventuel mécanisme physique sous-jacent. L'intérêt d'une telle approche de la douleur chronique est de conduire à des propositions thérapeutiques intégrées dans un programme thérapeutique plurimodal.

01 03 2002

Références

1. **Boureau F.** – Pratique du traitement de la douleur, Doin, Paris, 1988.
2. **Boureau F.** – Contrôler votre douleur, Payot, Paris, 1986.
3. Évaluation et suivi de la douleur chronique chez l'adulte en médecine ambulatoire (hors cancer et sida), ANAES, février 1999.
4. **Turk D. C., Melzack R.** – The Handbook of Pain Assessment, Guildford Press, New York, 1992.
5. **Wall P. D., Melzack R.** – Textbook of Pain, Churchill Livingstone, New York, 1989.