



Synthèse de l'Évaluation et de la Prise en Charge Pluridisciplinaire du Douloureux Chronique Non Cancéreux

Pr Julien NIZARD

Centre Fédératif Douleur Soins Support, CHU Nantes
Laboratoire Thérapeutique (EA3826), Faculté Médecine



Diagnostic lésionnel

Evaluation pluridimensionnelle

Douleur et **Qualité de Vie**

- A. Diagnostic **lésionnel**: indispensable mais non suffisant
- B. Evaluation **pluridimensionnelle**
 - 1. Evaluation et réévaluation de la **douleur**
Aiguë ou Chronique - Intensité et retentissement
Type (nociception, neuropathique)-Localisation-DI nocturne
 - 2. Evaluation de la **fonction** et activités vie quotidienne
 - 3. Evaluation de l'état **psychologique**
 - Sommeil et hygiène vie
 - Anxiété, Dépression
 - Croyances et Comportements, sentiment injustice
 - 4. Evaluation **socioprofessionnelle**
Durée Arrêt Travail, Accident du Travail, contentieux
 - 5. **Traitements** antérieurs et en cours
Efficacité et Tolérance: rapport Bénéfice/Risque



Etablissements de Santé

Douleur: indicateur qualité IPAQSS

1. Généralisation de l'évaluation: sensibilisation des soignants. 1er motif de consultation en MG
2. Etablissements de santé: critère de certification
3. Evaluation systématique à l'entrée de chaque patient, par échelle validée, avec réévaluation (PEP 12)
4. Ouverture d'une « cible douleur »
5. Modalités diverses selon le terrain et le contexte: enfant, personne âgée, personne dyscommunicante...



Pourquoi évaluer la douleur en pratique clinique?

1. Identifier de manière systématique les malades douloureux car beaucoup ne se plaignent pas
2. Améliorer la qualité de la relation soignant - soigné
3. Faciliter les prises de décisions thérapeutiques
4. Permettre à l'équipe de parler le même langage
5. Formaliser la transmission de l'information
6. Evaluer l'efficacité thérapeutique: réévaluations +

Evaluation systématique de la douleur

			M	S	N	M	S	N	M	S	N
POIDS											
TA											
Douleur EVA / EN	Poul 140	Temp 40°	J1			J2					
10											
9											
8	120	39°									
7											
6	100	38°									
5											
4	80	37°									
3											
2	60	36°									
1											
0	40	35°									
SELLES											
DIURESE											
Initiales IDE (3)											

Relais per os
souvent
Sous évalué

Transmissions
ciblées: TILT

Identifier les insuffisances thérapeutiques avec une courbe sur 24h



Préalables à l'évaluation de la douleur

- **Écouter**, croire , rassurer
- **Expliquer**: langage simple, positif
- **Anticiper**: limiter les douleurs iatrogènes
- Privilégier l'**auto-évaluation**



Evaluation de la douleur: TILT

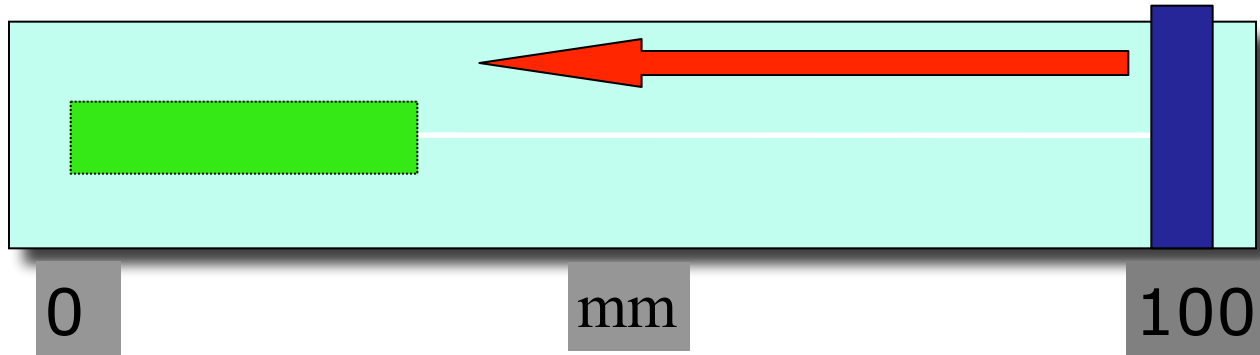
- 1. Temporalité:** Aiguë ou chronique
non cancéreuse; cancer; soins palliatifs
- 2. Intensité** douleur et retentissement
- 3. Localisations:** évaluer chacune, les prioriser
- 4. Type:** nociceptive, **neuropathique**, mixte,
SDRC, dysfonctionnelle
- 5.** Douleurs et réveil nocturnes, dérouillage matinal

Outils

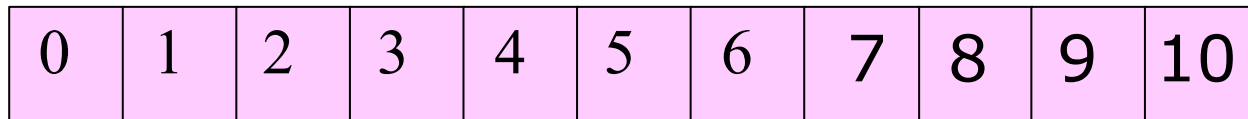
EVA

Douleur
absente

Douleur
maximale



EN



EVS

nulle faible moyenne Forte Très Forte

Echelle Visuelle Analogique (EVA)

DOULEUR
ABSENTE



10 cm

DOULEUR
MAXIMALE
IMAGINABLE



Echelle Verbale Simple (EVS)

Echelle Numérique (EN)

Simple, faciles à manier

- **Echelle Verbale Simple (EVS)**: 5 items : douleur
0 = absente, faible, modérée, intense, très intense

- **Echelle Numérique (EN)**

La plus utilisée en pratique clinique +++

« A combien cotez-vous votre douleur,
entre 0 (aucune douleur),
et 10 (douleur **maximale imaginable**) ? »

Echelle Verbale Simple (EVS)

Quel est le niveau de votre douleur au moment présent ?

- | | | |
|---|--------------------------|-------|
| 0 | pas de douleur | /___/ |
| 1 | faible | /___/ |
| 2 | modérée | /___/ |
| 3 | intense | /___/ |
| 4 | extrêmement intense/___/ | |

Echelle Numérique (EN)

En utilisant l'échelle ci-dessous (zéro = pas de douleur, 10 = douleur maximum imaginable).

☞ Entourez le chiffre qui correspond le plus à l'intensité de votre douleur

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
----------	----------	----------	----------	----------	----------	----------	----------	----------	----------	-----------

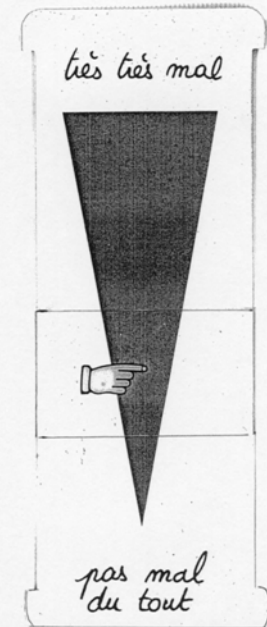
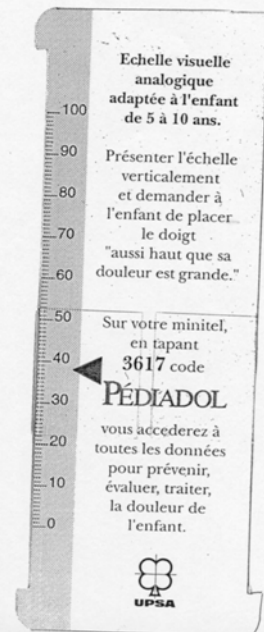
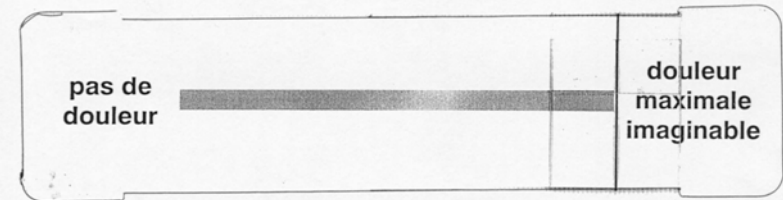
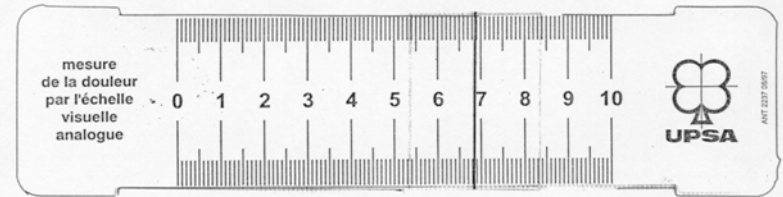
Pas de douleur

Douleur
maximum
imaginable

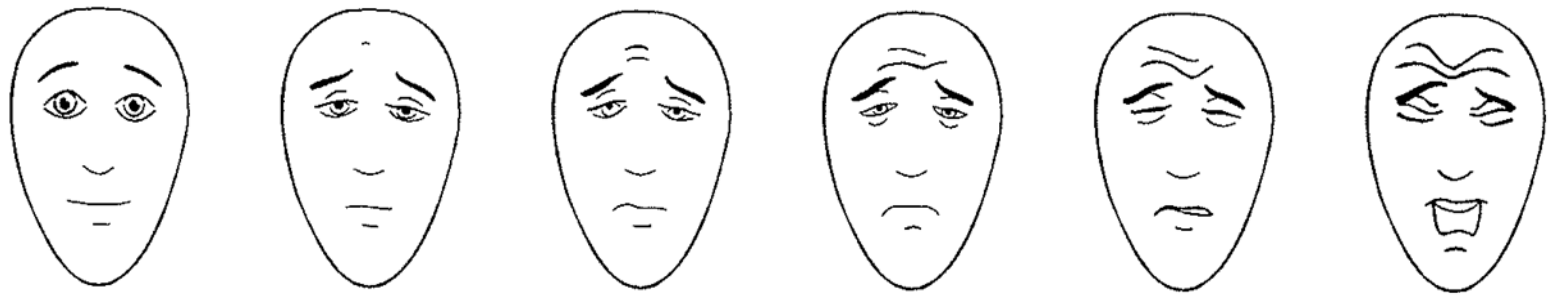
EVA

AUTO-EVALUATION

Pédiadol



Échelle des visages (enfant > 4 ans)



« Montre-moi le visage qui a autant mal que toi en ce moment »

Caractéristiques métrologiques des Echelles d'auto-évaluation

	Passation	Validité contenu	Validité/référence	Fidélité test / retest	Sensibilité changement
EVA	5'		OUI	OUI	OUI
EN	5'		OUI	OUI	OUI
EVS	5'		OUI		OUI

Intérêt

- Simplicité, reproductibilité, sensibilité,
Facilitent la transmission de l'information
- **Evolution du patient sous traitement +++**



Limites d'utilisation de ces échelles

- EVA et EN mal comprises par 10 à 20% patients
 - Non utilisables si troubles de conscience ou troubles cognitifs sévères: échelles hétéro-évaluation:
Doloplus°, DEGR°, ECPA
 - Pas de comparaisons entre les patients (évaluation subjective)
 - **Insuffisante en douleur chronique +++**
- Associer les échelles qualité vie: fonction, psy, socioprofessionnel



Profil de l'intensité douloureuse

1. Douleur lors de la consultation

- Présenter l'outil
- Vérifier la compréhension par le patient

2. Période de 24h à 15 j : « intervalle »

- Douleur maximale (circonstances...)
- Douleur minimale (bons moments)
- Douleur moyenne ++
- Courbe d'EN possible



Grille HAS

Entretien semi structuré
avec le patient douloureux chronique

- Ancienneté de la douleur; mode de début
- **Profil évolutif** du syndrome douloureux
- Antécédents et pathologies associées
- Description de la douleur actuelle
- **Contextes familial, psychosocial, médico-légal**
- Facteurs **cognitifs** et **comportementaux**
- **Traitements antérieurs et actuels**: efficacité/tolérance
- Analyse **demande et** motivation: contrat de soins



Echelles d'Evaluation de la Douleur Unidimensionnelles et Multidimensionnelles

1- Echelles unidimensionnelles d'auto-évaluation

- EVS: Echelle Verbale Simple
- EN: Echelle numérique
- EVA: Echelle Visuelle Analogiques
- Échelle des visages

2- Echelles multidimensionnelles d'auto-évaluation: HAS

- HAS +++ (QDSA)
- Mac Gill Pain Questionnaire, Brief Pain Inventory (BPI)

3- Echelles comportementales d'hétéro-évaluation

- Envahissement du langage par la plainte (cancérologie)
- Jeune enfant (Barrier-Amiel-Tison, CHEOPS, DEGR)
- Personne âgée (ECPA, DOLOPLUS 2, ALGOPLUS)
- Polyhandicapé (San Salvador pour l'enfant)

Echelles de retentissement douleur QVie

1. Douleur: TILT

2. Fonction/ Handicap +++

- EN: Activités de la Vie Quotidienne (AVQ)
- Activités instrumentales de la vie quotidienne (IADL)
- Périmètre de marche; Temps passé au lit

3. Psychisme

- Sommeil (EN)
- Anxiété et Dépression: Hamilton, Beck
- Croyances, comportements douloureux

4. Socio-familial et professionnel



Echelles d'hétéro-évaluation

Si EVA et EN mal comprises ou impossibles

- Troubles de conscience
- Enfant < 4 ans
- Personne âgée, troubles cognitifs



Algoplus

Échelle d'évaluation comportementale

- de la douleur aiguë
- chez la personne âgée
- présentant des troubles de la communication verbale

Evaluation de la douleur

Echelle d'évaluation comportementale
de la **douleur aiguë** chez la personne âgée
présentant des troubles
de la communication verbale

Identification du patient

Date de l'évaluation de la douleur	/...../.....	/...../.....	/...../.....	/...../.....	/...../.....	/...../.....						
Heure	h	h	h	h	h	h						
	OUI	NON	OUI	NON	OUI	NON	OUI	NON	OUI	NON	OUI	NON
1 • Visage												
Froncement des sourcils, grimaces, crispation, mâchoires serrées, visage figé.												
2 • Regard												
Regard inattentif, fixe, lointain ou suppliant, pleurs, yeux fermés.												
3 • Plaintes												
« Aie », « Ouille », « J'ai mal », gémissements, cris.												
4 • Corps												
Retrait ou protection d'une zone, refus de mobilisation, attitudes figées.												
5 • Comportements												
Agitation ou agressivité, agrippement.												
Total OUI	■ /5		■ /5		■ /5		■ /5		■ /5		■ /5	
Professionnel de santé ayant réalisé l'évaluation	☐ Médecin ☐ IDE ☐ AS ☐ Autre Paraphe		☐ Médecin ☐ IDE ☐ AS ☐ Autre Paraphe		☐ Médecin ☐ IDE ☐ AS ☐ Autre Paraphe		☐ Médecin ☐ IDE ☐ AS ☐ Autre Paraphe		☐ Médecin ☐ IDE ☐ AS ☐ Autre Paraphe		☐ Médecin ☐ IDE ☐ AS ☐ Autre Paraphe	

→ Cotation < 1 min
dans 85% des cas

→ Score seuil ≥ 2



Doloplus 2

- Plus spécifique de la personne âgée
- Validée dans douleur chronique
- 3 groupes d'items reflètent les différents retentissements de la douleur
 - Somatique
 - Psychomoteur
 - Psychosocial

NOM :		Prénom :		Service :		DATES			
Observation Comportementale									
RETENTISSEMENT SOMATIQUE									
1 • Plaintes somatiques	• pas de plainte	0	0	0	0				
	• plaintes uniquement à la sollicitation	1	1	1	1				
	• plaintes spontanées occasionnelles	2	2	2	2				
	• plaintes spontanées continues	3	3	3	3				
2 • Positions antalgiques au repos	• pas de position antalgique	0	0	0	0				
	• le sujet évite certaines positions de façon occasionnelle	1	1	1	1				
	• position antalgique permanente et efficace	2	2	2	2				
	• position antalgique permanente inefficace	3	3	3	3				
3 • Protection de zones douloureuses	• pas de protection	0	0	0	0				
	• protection à la sollicitation n'empêchant pas la poursuite de l'examen ou des soins	1	1	1	1				
	• protection à la sollicitation empêchant tout examen ou soins	2	2	2	2				
	• protection au repos, en l'absence de toute sollicitation	3	3	3	3				
4 • Mimique	• mimique habituelle	0	0	0	0				
	• mimique semblant exprimer la douleur à la sollicitation	1	1	1	1				
	• mimique semblant exprimer la douleur en l'absence de toute sollicitation	2	2	2	2				
	• mimique inexpressive en permanence et de manière inhabituelle (atone, figée, regard vide)	3	3	3	3				
5 • Sommeil	• sommeil habituel	0	0	0	0				
	• difficultés d'endormissement	1	1	1	1				
	• réveils fréquents (agitation motrice)	2	2	2	2				
	• insomnie avec retentissement sur les phases d'éveil	3	3	3	3				
RETENTISSEMENT PSYCHOMOTEUR									
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 diminue ses mouvements)	2	2	2	2				
	• mouvement impossible, toute mobilisation entraînant une opposition	3	3	3	3				
RETENTISSEMENT PSYCHOSOCIAL									
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 différents 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 et itératif	1	1	1	1				
	• troubles du comportement à la sollicitation et permanent	2	2	2	2				
	• troubles du comportement permanent (en dehors de toute sollicitation)	3	3	3	3				
COPYRIGHT						Valeur - seuil > 4/30			
						SCORE			



Objectifs de Qualité de Vie et Contrat de Soins

- Participation **active et centrale** du patient
- **Objectifs**
 - **personnalisés ++**
 - **pragmatiques ++**
 - de **qualité de vie**

Faire **mieux** avec ses douleurs
- **Contrat de soins et alliance thérapeutique**
- **A faire VALIDER par le patient**



Contrat de soins

Mobiliser les ressources du patient

- Dynamique de **changement** +++
- Mobiliser les **ressources du patient**
- **Valoriser** les efforts, **féliciter** ++



Objectifs de **Qualité de Vie** Personnalisés

« **Echéancier** à 1 mois »

- Diminution de la **douleur** (2 points sur 10)
et rationalisation du traitement (opioïdes, somnifères)
- **Fonctionnels**
 - marcher d'avantage: chercher mes enfants à l'école
 - passer moins de temps au lit: 16h au lieu de 20h
- **Psychologiques**
 - travailler mon hygiène du sommeil
 - m'autoriser à consulter un psychiatre
 - engager un travail de couple
- **Socio-professionnels**
 - activités socialisantes: débiter activité associative
 - avancer sur mon projet professionnel d'ici 6 mois



Genèse et Entretien des Syndromes Douloureux Chroniques

FACTEURS FAVORISANTS

- Génétiques et lésionnels (10%!!)
- Carences affectives précoces (mère++)
- Traumatismes physiques et psychiques
- Hyperactivité antérieure, addictions

FACTEURS DECLENCHANTS

- Réels ou symboliques
- Traumatisme, divorce, licenciement, deuil...

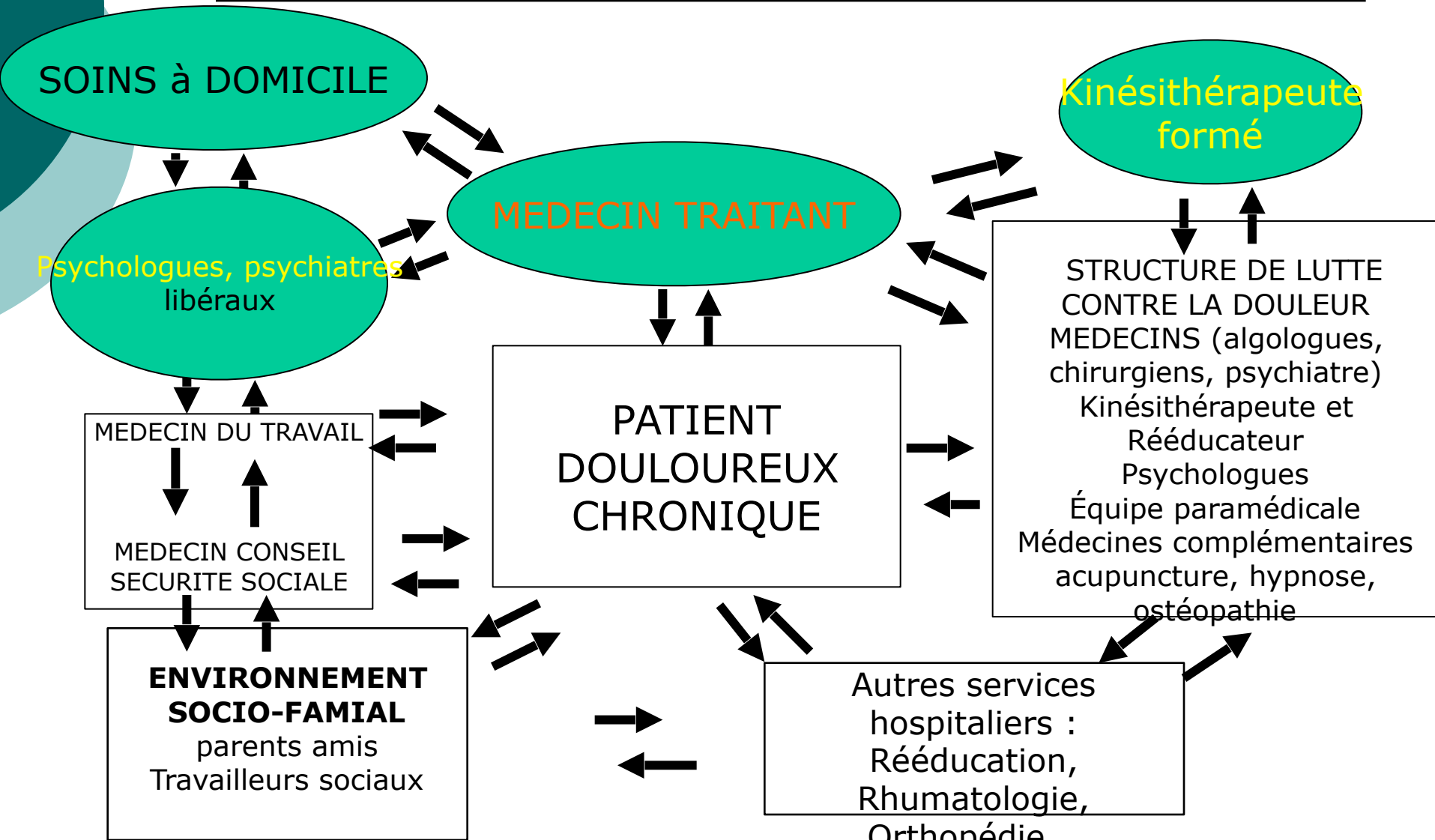


FACTEURS ENTRETEN

« Faites vous-même votre malheur »

- **Iatrogénie**: médicaments, examens, chirurgie...
- **Déconditionnement à l'effort**
- **Comorbidité psychologique**
 - Troubles du Sommeil,
 - Anxiété - catastrophisme
 - Dépression, évitement - croyances-comportements
- **Facteurs psychosociaux**
 - Isolement
 - Insatisfaction au travail, arrêt de travail prolongé
 - Contentieux, demande de compensation

Réseau interdisciplinaire de prise en charge du douloureux chronique



Prise en charge médicale

le premier traitement est étiologique

I. Antalgiques

- Hors cancer et SP, les paliers 3 doivent être évités sauf exception (et sur durées courtes, avec contrat de soins, prescripteur unique):
d'où palier 1 et/ou 2
- les AINS peuvent être utiles en traitements courts, PAS au long cours (maximum: 10j/mois)
- Association LP et LI en inter-doses
- Augmentation progressive: TITRATION ++
- Dose minimale efficace ++; constipation
- paracétamol potentialise les opioïdes

Prise en charge médicale

II. Co-analgésiques

Systématiques dans DI. neuropathiques+++

1. Anti-dépresseurs

-si non déprimé: Tricycliques doses moyennes (amitriptyline: 30 à 75 mg), IRSNA (duloxetine, venlafaxine, minalcipran)

- si déprimé: Doses efficaces +++: IRSNA

2. Antiépileptiques de 2ème génération

- pregabaline (Lyrica), gabapentine (Neurontin)
- lamotrigine (Lamictal): douleurs centrales
- topiramate (Epitomax): céphalées), carbamazepine (Tégréto) si trijumeau

Prise en charge médicale

3. Si efficacité incomplète: ATD ET AE

4. **Traitements locaux (patch) dans douleur neuropathique localisée** avec allodynie

- lidocaïne: Versatis sur allodynie localisée
- capsaïcine: Qutenza ++: après médication (uniquement en HDJ en centre de la douleur)

Autres co-analgésiques (en Structure Lutte Douleur)

5. Autres traitements (en centre douleur)

- Inhibiteurs NMDA: ketamine
- Agonistes dopaminergiques (pramipexole)

Techniques algologiques invasives

Uniquement en cas douleurs réfractaires

Toujours au sein prise en charge pluridisciplinaire

1. **Infiltrations**: corticoïde local +/- anesthésique rachis, tendinopathies, syndromes canaux...

2. **Anesthésie Loco-Régionale**: SDRC +

3. **Pompes intrathécales**: morphine, baclofène

4. **Neurochirurgie fonctionnelle**

- Neurostimulation: médullaire, occipitale, ou corticale
- Chirurgie interruption: thermolésion (trijumeau, rhizolyse), DREZotomie (lésions plexus brachial)



Prise en charge Fonctionnelle

I. Symptomatique: Toujours possible, mais insuffisante !!

- Massages
- Physiothérapie au chaud/froid
- TENS +++; orthèses (corset, canne...)
- Acupuncture, ostéopathie

II. Rééducation active +++: pas à la phase aiguë!

- Réentraînement à l'effort ++++++

Activités en endurance (marche, vélo, natation)

2 à 3 heures par semaine (tranches de 20')

- Ergothérapie-Hygiène rachis, tendineuse



Prise en charge psychologique

I. Techniques psychocorporelle

- Relaxation (céphalées ++)
- Hypnose, sophrologie, méditation en pleine conscience

II. Psychothérapies: individualisées

- Thérapies Cognitivo-Comportementales (TCC)
- Thérapies brèves et stratégiques
- Psychothérapie conventionnelle



Prise en charge Socioprofessionnelle

en lien avec médecin du travail

I. Prise en charge socio-familiale

- Favoriser activités hors soins/plaisir
- Éclairer et impliquer la famille

II. Prise en charge professionnelle

- Dossier **MDPH**: obtention RQTH
- Adaptations **qualitatives** du poste
- Adaptations **quantitatives**: Temps partiel, (thérapeutique ou non)
- **Formation** professionnelle
- Le plus rarement possible: invalidité (catégorie 1 ou 2), voire Allocation Adulte Handicapé (AAH)



Les clefs du devenir du douloureux chronique

I. Contrat et alliance thérapeutique

Objectifs non exclusivement centrés sur la douleur

- Amélioration de la fonction, de la qualité de vie
- Diminution des médicaments (dépendogènes ++)
- Poursuite travail et/ou activités

II. Personnalisation du traitement +++

III. Niveau de soins approprié +++

IV. Autonomisation- Coping; appropriation traitements

V. Responsabilisation (« Empowerment »)