

Société Scientifique de Médecine Générale



Recommandations de Bonne Pratique

LA DOULEUR CHRONIQUE

Auteurs

Michel VANHALEWYN et Françoise CEREXHE

Validée en octobre 2004

SSMG 2004

Il y a ce que m'apprend l'objectivité de la science ...

Oui, et ...

... Il y a ce que me dit le patient qui souffre ...

(ETHICA CLINICA 2001 n° 14, formation des soignants)

TABLE DES MATIÈRES

1. Introduction	p. 8
1.1 Importance du problème	8
1.2 Questions posées et objectifs	8
1.3 Épidémiologie	8
1.4 Étiologie	9
2. Définitions	p. 9
2.1 Une définition générale de la douleur	9
2.2 Douleur "aiguë" et douleur "chronique"	9
2.3 Le syndrome de douleur chronique	10
2.4 Le syndrome de douleur chronique en soins palliatifs	11
3. Différents types de douleur: une classification physiopathologique	p. 12
3.1 La douleur "physiologique"	12
3.2 La douleur "inflammatoire"	12
3.3 La douleur "neuropathique"	13
4. Démarche clinique	p. 13
4.1 Anamnèse	13
4.2 Examen clinique	14
4.2.1 Observation du patient et de son environnement	14
4.2.2 Examen physique	14
4.3 Examens complémentaires	14
5. Évaluation de la douleur	p. 14
5.1 L'utilisation d'échelles d'évaluation de la douleur	14
5.2 Les types d'échelles d'évaluation de la douleur	15
5.2.1 Les outils d'auto évaluation	15
5.2.2 Les outils d'hétéro évaluation	15
5.3 Conclusion	16
6. Traitement	p. 16
6.1 Redéfinition du problème	16
6.2 Démarche psychologique	17
6.3 Réadaptation physique	17
6.4 L'éducation du patient et des proches	17
6.5 Traitement médicamenteux	17
6.5.1 Les paliers de l'OMS	18
6.5.2 Les médicaments adjuvants	24

7. La radiothérapie et les techniques anesthésiques	26
7.1 La radiothérapie antalgique	26
7.2 Les techniques anesthésiques	26
8. Traitements alternatifs ou complémentaires	27
8.1 L'acupuncture	27
8.2 La mésothérapie	27
8.3 La relaxation	27
8.4 Le toucher	27
8.5 L'hypnose	27
8.6 L'électrostimulation transcutanée (TENS)	27
9. Approche interdisciplinaire	p. 28
9.1 Importance et plus-value de l'interdisciplinarité	28
9.2 Partenaires de soins	28
9.3 Les centres de la douleur	29
TABLEAU DE SYNTHÈSE	p. 31
CONCLUSION	p. 31
BIBLIOGRAPHIE	p. 33
ANNEXES	p. 38

AVANT-PROPOS

Un peu partout dans le monde se développent des recommandations de bonne pratique visant à améliorer la qualité des soins, à réduire le recours à des interventions inutiles, inefficaces voire nuisibles, à optimiser les thérapeutiques avec un maximum de chance de bénéfice et avec un minimum de risque de nuisance, le tout à un coût acceptable. Des études récentes ont montré que l'adoption de recommandations de bonne pratique pouvait changer et améliorer la santé. Elles ne représentent cependant qu'un seul des éléments contribuant à une bonne décision médicale, laquelle tient également compte des préférences et des valeurs exprimées par les patients, des valeurs et expériences liées aux cliniciens ainsi que des moyens financiers disponibles.

La portée de recommandations de bonne pratique devrait pouvoir se mesurer en termes de modification d'un taux de survie ou de paramètres qualifiant la qualité de vie.

Une recommandation ou un "guideline" propose une ligne de conduite basée soit sur de longues études randomisées établissant un niveau d'évidence scientifique (Evidence based Medicine), soit sur un accord professionnel fort. Chaque RBP repose sur la meilleure évidence scientifique disponible au moment de sa rédaction.

Nous nous référons dans nos RBP sur une échelle basée sur 3 niveaux de preuve, marqués par ordre décroissant d'importance par les trois premières lettres de l'alphabet :

EVIDENCE BASED MEDICINE : NIVEAUX DE PREUVES ADOPTÉS PAR LA SSMG :

- Niveau A = – au moins 2 RCT : études randomisées et contrôlées (randomised controlled trials)
 - méta-analyse(s)
 - synthèses méthodiques de RCT
- Niveau B = – conférences de consensus
 - guides de pratique
 - une seule RCT
 - études autres que RCT
- Niveau C = – opinion(s) d'experts

Il est dès lors possible que ces recommandations impliquent de la part du médecin une remise en question de certaines de ses pratiques dont l'efficacité n'a pas été prouvée scientifiquement. Que le médecin soit réceptif, une nouvelle réflexion est toujours source d'enrichissement et ce n'est que lentement qu'elle fera son chemin.

Il va de soi que le médecin demeure seul face à son patient, impliqué dans une relation privilégiée et enfermé dans un dialogue singulier. Il lui appartient dès lors de décider, en harmonie avec son patient, de l'attitude la plus adéquate à adopter. Il est justifié que cette attitude puisse différer d'un patient à l'autre, qu'elle soit adaptée en fonction de la personne à soigner.

AUTEURS, ÉDITEUR RESPONSABLE

Les **auteurs** de la présente recommandation de bonne pratique sur la douleur chronique sont :

- Michel VANHALEWYN, médecin généraliste à Schaerbeek
- Françoise CEREXHE, infirmière, docteur en Santé Publique, CUMG UCL

Les **experts** contactés sont :

- Renée SEBAG-LANOE, chef de service en gériatrie à Villejuif (Paris)
- Léon PLAGHKI et Bernard le POLAIN, spécialistes de la douleur à la Clinique Universitaire Saint Luc UCL

Nous les remercions pour leur aide constructive. Leur expertise et leur soutien scientifique permanent ont permis la finalisation de ce travail.

Le **groupe de travail** des recommandations de bonne pratique de la SSMG qui a supervisé la présente recommandation est composé des membres suivants : les docteurs Geneviève BRUWIER, Pierre CHEVALIER, Daniel DURAY, Jeannine GAILLY, Yves GUEUNING, Bob GERARD, Catherine MAGNETTE, Dominique PAULUS, Bruno TIMMERMANS, Anne VAN WELDE.

Le **groupe de validation** des recommandations de bonne pratique est composé de Drs Mieke VAN DRIEL (UZ Gent), Jos VAN BRAET (WVUH), Roland WEEMAES (UHAK), Dominique PESTIAUX (CUMG UCL), Guy BEUKEN (SSMG).

Trois GLEMS en région francophone [Dodécagroupe de Visé (responsable Dr Geneviève BRUWIER), Dodécagroupe Anderlecht Jacques Mannes (responsables Drs Sandrine DECKERS et Anne VANDEVYVER), Glem 149 (responsable Dr Jean-Marc FERON)] **et trois LOKS en région néerlandophone** l'ont testée quant à la faisabilité sur le terrain en médecine générale.

L'**éditeur responsable** est la Société Scientifique de Médecine Générale, dont le siège social est situé au 8, rue de Suisse à 1060 Bruxelles.

COMMANDITAIRE

La Recommandation de Bonne Pratique a pu être réalisée grâce au soutien du Ministère des Affaires Sociales, de la Santé Publique, de la Sécurité de la Chaîne Alimentaire et de l'Environnement.

RÉSUMÉ POUR LA PRATIQUE

1. La prévalence de la douleur chronique dans la population générale varie entre 25 et 40 % selon les sources, la définition du terme chronique et la sévérité de la douleur.
2. La douleur est dite chronique lorsque, de manière persistante ou récurrente, elle se prolonge au delà de 6 mois. (WHO 1992)
3. La douleur chronique est souvent associée à une pathologie dont la guérison ne peut être acquise. L'impact sur la qualité de vie du patient et de ses proches varie très fort en fonction du contexte.
4. Le syndrome de douleur chronique est caractérisé par une douleur persistante associée une régression significative de la capacité fonctionnelle et relationnelle, un recours excessif à des médicaments et procédures médicales, un trouble de l'humeur, un sentiment de révolte et de revendication ou au contraire de résignation et d'impuissance.
5. Le maintien de l'approche médicale traditionnelle, efficace pour traiter la douleur aiguë, peut devenir contre-productive dans le contexte de la douleur chronique.
6. Une identification précoce de ce syndrome sur base d'une anamnèse structurée par le médecin généraliste améliore l'accès aux soins les plus appropriés dont il doit rester le médiateur privilégié.
7. L'approche médicale traditionnelle de la douleur chronique (mise au point diagnostique, thérapeutique médicamenteuse, intervention chirurgicale, etc.) doit, sauf exception et en fonction du stade évolutif, s'accompagner d'interventions de nature psychologique et sociale.
8. La rééducation fonctionnelle, visant entre autres le reconditionnement physique, a une place primordiale dans le processus thérapeutique.
9. L'effet bénéfique à court et à long terme du traitement cognitivo-comportemental multimodal a été rapporté dans de nombreuses études internationales.
10. L'usage de l'échelle de l'OMS a rendu de grands services, mais des questions se posent sur l'efficacité de l'anal-gésie en se basant uniquement sur cette référence.
11. L'accréditation de l'usage des opiacés dans la douleur chronique bénéficie de recommandations publiées ces dernières années.
12. Le recours à un centre spécialisé en évaluation et traitement de la douleur chronique (Clinique de la Douleur) peut s'avérer utile lorsque la douleur chronique apparaît complexe, résistante à une traitement médical conventionnel ou est dominée par des facteurs psychosociaux. Le caractère interdisciplinaire de la collaboration avec le médecin généraliste doit être souligné.

1. Introduction

1.1 IMPORTANCE DU PROBLÈME

Ces dernières années, par une meilleure prise de conscience du corps médical associée au développement des neurosciences et des sciences humaines, le domaine de l'algologie a connu des progrès évidents.

Ces sciences ont entraîné une prise en considération plus grande de la personne qui souffre, avec une meilleure compréhension des différents facteurs et des traitements possibles. Ceux-ci influenceront aussi l'avenir du patient et l'évolution de son phénomène douloureux. Progrès significatifs jusqu'à devenir prioritaires en Santé Publique vu l'évolution de la durée de vie et le concept de santé globale (physique, mentale et sociale).

L'approche de la douleur chronique, fondamentalement différente de la douleur aiguë, demande une modification de l'attitude des soignants qui permettra un accompagnement des patients plus adapté à leurs difficultés.

1.2 QUESTIONS POSÉES ET OBJECTIFS

Cette RBP est d'abord destinée aux médecins généralistes mais aussi aux autres soignants de 1^{re} ligne.

Elle aborde essentiellement quatre questions :

- Que signifient les notions de "douleur chronique" et de "syndrome de douleur chronique" et quel impact dans la pratique du médecin généraliste ?
- En quoi les connaissances nouvelles dans le domaine des neurosciences améliorent-elles aujourd'hui la compréhension du patient qui a mal ?
- Quelle place accorder à la thérapeutique médicamenteuse et quels progrès sont à retenir dans ce domaine ?
- Quelles autres approches thérapeutiques peuvent soulager les patients qui présentent un syndrome de douleur chronique en particulier l'apport d'un travail interdisciplinaire ?

Elle a pour objectif d'aider à modifier les pratiques :

- Reconnaître et comprendre le syndrome de douleur chronique et l'aborder dans une autre optique que la douleur aiguë
- Réduire les conséquences du vécu douloureux et des modifications comportementales au niveau personnel, familial et social
- Aider le patient à prendre conscience de ces modifications et renforcer ses capacités à adopter une attitude active sur plan cognitif et physique
- Aborder le traitement en tenant compte de tous les aspects psychosociaux
- Choisir les analgésiques les mieux adaptés et ne pas exclure les opiacés en tenant compte de certaines règles bien établies
- Envisager des thérapeutiques alternatives non médicamenteuses
- Insister sur le bénéfice de l'interdisciplinarité

1.3 ÉPIDÉMIOLOGIE

Une enquête d'opinion a été réalisée en Belgique entre septembre 1998 et novembre 1999 chez 2400 personnes représentatives de la population belge, interrogées par courrier (PLAGHKI 2001).

À la question « Souffrez-vous ou avez-vous souffert personnellement de douleurs chroniques (définies comme récidivantes depuis plus de 6 mois) ? », la réponse est oui pour 38 %, non pour 60 % et il y a 2 % sans réponse.

Ces données rejoignent celles d'une récente revue de la littérature (HARSTALL 2003) qui estime une prévalence moyenne pondérée de 35.5 % dans les pays industrialisés. Dans cette même revue, les auteurs retiennent une prévalence de douleur moyenne pondérée dans la population générale de 11 % pour les formes sévères de douleur chronique, quelle que soit la définition de la sévérité en termes d'intensité, d'interférence avec les activités journalières ou d'incapacité.

Par ailleurs, l'étude de Crook (1984) reprise par Sebag-Lanoë (2003) parle d'une prévalence croissante de la douleur chez les hommes et chez les femmes âgés (25 % chez les personnes de plus de 60 ans, 40 % chez celles de plus de 80 ans).

Brochet (2002) retient une prévalence des douleurs chroniques de 30 % chez des personnes de plus de 65 ans tout en y distinguant les douleurs persistantes des douleurs temporaires dont la fréquence semble stable avec l'âge.

1.4 ÉTIOLOGIE

La douleur chronique est souvent associée à une pathologie dont la guérison peut ne pas être acquise. L'impact sur la qualité de vie varie très fort en fonction du contexte.

La chronicité peut être liée :

- au caractère permanent et évolutif de l'affection
- aux interférences émotionnelles, cognitives et relationnelles
- à la difficulté de la reconnaissance et de l'écoute de ces autres dimensions
- à l'inefficacité des thérapeutiques administrées

Les affections qui sont à l'origine de douleurs chroniques sont multiples et ne seront pas développées ici parce qu'elles ont chacune leur propre cadre de référence :

- affections du système locomoteur (arthrose, arthrite, lombalgies)
- céphalées et migraines
- fibromyalgie
- algoneurodystrophie et causalgie : deux formes de syndromes douloureux régionaux complexes (voir 3.3)
- pathologie neurologique périphérique (polynévrite) ou centrale (sclérose en plaques, maladie de Parkinson, syndrome thalamique après accident vasculaire cérébral, ...)
- douleur cancéreuse
- douleur viscérale (ex. colon spastique, douleur pelvienne, vulvodynie)
- douleurs post-chirurgicales (PERKINS 2000)

2. Définitions

2.1 UNE DÉFINITION GÉNÉRALE DE LA DOULEUR

L'IASP (International Association for the Study of Pain) définit la douleur comme «une expérience sensorielle et émotionnelle désagréable associée ou non à des lésions réelles ou potentielles, ou décrites en des termes évoquant de telles lésions» (IASP 1994).

Cette définition évoque deux caractéristiques importantes de la douleur. Premièrement, la douleur est une expérience subjective multidimensionnelle, à la fois sensorielle et émotionnelle. Deuxièmement, elle accepte la possibilité d'une dissociation complète entre l'intensité de la perception douloureuse et la gravité d'une lésion.

2.2 DOULEUR "AIGÜE" ET DOULEUR "CHRONIQUE"

Jusqu'il y a peu de temps, la distinction entre douleur "aiguë" et douleur "chronique" était uniquement basée sur la durée du symptôme. Certains définissaient la douleur chronique comme celle qui persiste au-delà de la période d'évolution habituelle d'une maladie "aiguë" ou «au-delà du temps raisonnable pour la guérison d'une lésion» (BONICA 1987). L'OMS (Organisation Mondiale de la Santé) propose de manière pragmatique de reconnaître la douleur comme "chronique" lorsqu'elle dure plus de 6 mois (WHO 1992).

Cependant, aujourd'hui ces deux types de douleur se différencient par un certain nombre de mécanismes physiopathologiques qui sous-tendent et caractérisent cliniquement le déroulement temporel des transformations neurobiologiques du système nociceptif lorsqu'il est activé par un stimulus nocif intense et prolongé.

Ces transformations sont habituellement réversibles, mais elles persistent lorsque les facteurs étiologiques ne peuvent être écartés ou maîtrisés ou lorsque ces transformations sont elles-mêmes devenues irréversibles.

2.3 LE SYNDROME DE DOULEUR CHRONIQUE

La persistance de cet état pathologique du système nociceptif, appelé “douleur chronique”, va, selon la gravité et le contexte psychosocial dans lequel il s’est installé, induire des modifications comportementales qui seront plus ou moins adaptées. Les patients qui ne parviennent pas à s’adapter à cet état vont présenter des comportements inappropriés caractérisés par un ensemble de symptômes et de signes appelé “syndrome de douleur chronique”.

Ce syndrome est aujourd’hui reconnu comme une entité nosologique spécifique avec des caractéristiques différentes de celles de la douleur aiguë dans un contexte fréquent de poly pathologies. Il interfère sur la qualité de vie des personnes atteintes. Il fait appel à une refonte du modèle biomédical en modèle biopsychosocial pour une approche de la médecine holistique (MASQUELIER 1999) dans le domaine de la douleur chronique.

Le modèle en trois stades proposé par Gatchel et Weisberg (2000) permet de mieux comprendre l’évolution de la douleur aiguë au syndrome de douleur chronique.

Le premier stade (Stade 1) est associé à des réactions émotionnelles telles que la peur, l’anxiété et l’inquiétude, conséquences de la perception de douleur durant la phase aiguë. La douleur est en principe liée à un dommage corporel. **La concordance entre la sévérité des lésions et les émotions sous-jacentes représente un facteur pronostic important.** Si la situation persiste au-delà d’un certain temps (2 à 4 mois), elle peut évoluer vers un **second stade (Stade 2)** caractérisé par un répertoire plus large de réactions comportementales inappropriées telles que impuissance, dépression, colère, détresse et somatisation. La forme que prennent ces réactions comportementales inappropriées **dépend essentiellement des caractéristiques préexistantes de la personnalité de l’individu et des conditions de son milieu** (aspects socio-économiques et culturels) (GATCHEL 2000).

Ainsi, chez une personne présentant une problématique dépressive préexistante et qui est confrontée avec de sérieux problèmes financiers par la perte de son travail du fait de la douleur persistante et de l’incapacité qui en résulte, la symptomatologie dépressive risque d’être exacerbée durant ce stade. De manière similaire, une personne présentant un comportement hypochondriaque et qui du fait de son incapacité bénéficie d’avantages secondaires, aura une probabilité nettement plus grande, de majorer ses symptômes et de présenter un comportement de somatisation. Ces deux exemples ne peuvent absolument pas inciter à croire qu’il existe un trait de personnalité qui prédisposerait certains individus (pain-prone personality). En effet, la relation entre les réactions comportementales inappropriées et les traits de personnalité sont **non spécifiques**. Ceci n’est pas en contradiction avec la relation décrite entre dépression et douleur persistante. Certains patients, mais pas tous, développent une dépression secondaire à une douleur persistante. Pour d’autres, la dépression est le syndrome primaire qui s’exprime secondairement par des symptômes de douleur chronique. Le second stade consiste donc en une exacerbation inadaptée de traits de personnalité préexistants dans une tentative de faire face à ou d’apprendre à vivre avec (“to cope with”) la douleur persistante.

Si ces réactions comportementales inappropriées ne sont pas résolues, le patient évolue vers le **troisième stade (Stade 3)** qui peut être vu comme la résignation ou l’adoption d’un “**rôle de malade**” (“**sick role**”). Ce rôle va lui permettre d’évincer les responsabilités normales et les obligations sociales auxquelles il ne peut plus faire face. Au cours de ce stade, la relation entre les composantes neurobiologiques du syndrome de douleur chronique et les manifestations comportementales devient de moins en moins précise.

Au contraire, les variables cliniques et para cliniques (électrophysiologie et imagerie radiologique) ne sont pas seulement de pauvres indicateurs d’un état douloureux chronique : ils ont une très faible valeur prédictive pour le développement d’un syndrome de douleur chronique (GATCHEL 1995). Ces faits ne doivent pas inciter à négliger les données cliniques mais doivent mettre en garde contre l’idée qu’une meilleure compréhension des mécanismes biologiques est la condition *sine qua non* pour assurer une prise en charge effective de la douleur chronique. Les compensations diverses, y compris financières, sont autant de facteurs de démotivation à une réintégration sociale.

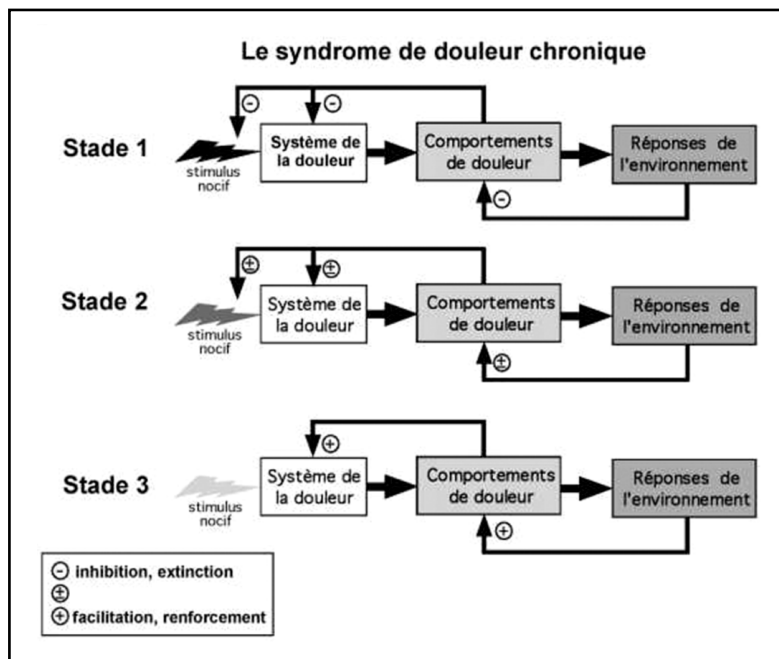
Un autre obstacle important au retour à un rôle normal, et qui s’installe souvent de manière insidieuse durant ce troisième stade, est le syndrome de déconditionnement (NIELENS 1994). Il se manifeste par une diminution de la capacité physique (force musculaire, mobilité articulaire et endurance cardiovasculaire à l’effort) liée au manque d’usage. Il devient un co-facteur de morbidité. Son interaction avec les manifestations comportementales est complexe dans la mesure où ce syndrome va invariablement accroître l’incapacité fonctionnelle et générer ou amplifier les affects négatifs. Il s’exprime spécialement en absence de pathologie manifeste et constitue un syndrome dont les caractéristiques spécifiques commencent à se profiler.

La prise en charge de ces patients est radicalement opposée à la thérapeutique proposée dans la douleur aiguë. Ce contraste et la complexité de la problématique bio psychosociale posée par ces malades et leurs proches, **justifie une approche sur un autre modèle que le modèle biomédical traditionnel**. (FERRARI 2000).

En résumé,

- la **douleur chronique**, est une douleur dont le concept est basé uniquement sur la notion de durée.
- le **“syndrome de douleur chronique”** peut-être défini 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 (dépression, anhédonie, alexythymie, ...)
 - 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 (AMERICAN SOCIETY OF ANESTHESIOLOGISTS 1997).

Les individus qui présentent un syndrome de douleur chronique répondent mal aux approches thérapeutiques médicamenteuses isolées. Une identification précoce et précise par le médecin généraliste améliore l’accès aux soins les plus appropriés dont il reste le médiateur privilégié.



D'après Léon PLAGHKI (2004)

2.4 LE SYNDROME DE DOULEUR CHRONIQUE EN SOINS PALLIATIFS

Dans le cadre des soins palliatifs c'est-à-dire relatifs à l'accompagnement des patients en fin de vie, Cicely Saunders (SAUNDERS 1993), définit elle, ce syndrome comme le **“concept de douleur totale”** qu'elle avait déjà introduit en 1967 lors de la naissance des hospices. Celui-ci permet d'approcher ces différentes dimensions chez le patient qui souffre ainsi que chez ses proches en termes de qualité de vie et prise en charge globale.

3. Différents types de douleur : une classification physiopathologique

En pratique, on distingue trois types de douleurs : la douleur physiologique, inflammatoire et neuropathique.

3.1 LA DOULEUR "PHYSIOLOGIQUE"

La fonction biologique du système nociceptif est de préserver l'intégrité corporelle. Il a un rôle d'alarme. Sa réponse est immédiate, prévisible, reproductible et modulée par des contrôles descendants.

L'organisme est équipé d'une grande variété de **nocicepteurs c'est-à-dire des récepteurs sensoriels capables d'encoder certains stimulus nocifs** (*nocere* = nuire) et de l'informer (nociception) d'une menace réelle ou potentielle pour son intégrité corporelle ; Ces nocicepteurs primaires sont **omniprésents** et peuvent constituer entre 60 % à 95 % du contingent des fibres afférentes dans un nerf périphérique.

Ces fibres afférentes nociceptives sont de fin calibre et classées en deux groupes :

- les nocicepteurs A delta, faiblement myélinisés, ont un calibre de ± 4 micromètres et sont caractérisés par une vitesse de conduction relativement rapide (± 10 m/s) myélinisés
- les nocicepteurs C amyéliniques ont un calibre de ± 1 micromètre et une vitesse de conduction très lente (± 1 m/s).

Les fibres A bêta myélinisés de gros calibre ont une vitesse de conduction très rapide (± 70 m/s) et transmettent une information essentiellement d'ordre tactile.

L'activation brève et sélective des nocicepteurs A delta évoque typiquement une sensation de piqure très localisée (encore appelée "douleur rapide" ou "douleur épicritique") tandis que l'activation brève et sélective des nocicepteurs C évoque une sensation de brûlure diffuse (encore appelée "douleur lente" ou "protopathique") s'étendant bien au delà des limites spatiotemporelles du stimulus nociceptif. La plupart de ces nocicepteurs sont polymodaux c'est-à-dire capables d'encoder des stimuli nocifs mécaniques, thermiques et chimiques.

La transmission dans ce système nociceptif est soumise à un contrôle étroit par des réseaux propriospinaux mais surtout supraspinaux. Ce contrôle supraspinal est exercé par l'intermédiaire de faisceaux descendants dans le quadrant postéro-latéral de la moelle. Pour illustrer l'importance de ces contrôles descendants, rappelons que le rapport entre le nombre de fibres descendantes et ascendantes est supérieur à 1000.

3.2 LA DOULEUR "INFLAMMATOIRE"

La persistance du stimulus nocif et la réaction inflammatoire qu'il déclenche vont profondément modifier les caractéristiques opératoires de ce système nociceptif "physiologique" en créant un état de sensibilisation. Cet état est caractérisé par les signes cliniques suivants :

1. **Allodynie** : douleur induite par un stimulus qui normalement ne provoque pas de douleur. L'allodynie implique un changement dans la qualité d'une sensation qu'elle soit tactile, thermique ou autre. Il y a donc perte de la spécificité dans une modalité sensorielle donnée : la réponse normale au stimulus n'était pas une sensation de douleur, mais la réponse actuelle l'est. On peut distinguer différentes formes d'allodynie : mécanique, statique (ex. en réponse à une pression tactile douce) ou dynamique (ex. en réponse à un léger frottement), ou thermique (ex. au chaud et au froid). Ces différentes formes peuvent se présenter isolément ou de manière concomitante.
2. **Hyperalgésie primaire** : une amplification de la réponse à un stimulus qui normalement évoque une douleur, lorsque ce stimulus est appliqué dans une région lésée. Alors que l'allodynie implique des situations où le stimulus et la réponse appartiennent à deux modalités sensorielles différentes, l'hyperalgésie implique que stimulus et réponse restent dans la même modalité sensorielle.
3. **Hyperalgésie secondaire** : une amplification de la réponse à un stimulus qui normalement évoque une douleur, lorsque ce stimulus est appliqué dans une région éloignée de la lésion. Elle s'étend "en nappe d'huile" autour de la région de l'hyperalgésie primaire.
4. **Hyperalgésie par sommation temporelle** : un stimulus nociceptif bref (ex. piqure) mais répété (typiquement 2/s) induit une amplification progressive de la réponse qui se prolonge bien au-delà de la durée de stimulation.
5. **Douleur spontanée** : douleur en absence de stimulation.

Cette transformation du système nociceptif se réalise à travers une série de mécanismes périphériques et centraux de sensibilisation (potentialisation, désinhibition, plasticité de la connectivité neuronale, ...) plus ou moins réversibles avec des constantes de temps pouvant aller de quelques minutes à plusieurs mois.

Au niveau périphérique, l'activation des nocicepteurs est facilitée par l'intervention de substances "algogènes" libérées par le tissu lésé (ex. K^+ , H^+ , ...), par les cellules inflammatoires (ex. leucotriènes, bradykinine, prostaglandine, ...) et par les nocicepteurs eux-mêmes (Substance P, CGRP (Calcitonine Gene Related Peptide), glutamate, ...).

Au niveau central, le récepteur NMDA (N-méthyl-D-Aspartate) semble jouer un rôle clef dans le phénomène de sensibilisation. Les mécanismes de signalisation intracellulaire peuvent en outre activer au niveau du noyau cellulaire des gènes "précoces" (p. ex. proto-oncogènes) dont la conséquence sera une transformation phénotypique durable du neurone de transmission. La finalité biologique de ces transformations est de promouvoir la guérison en engageant l'individu à des comportements de protection de la région lésée.

Au cours des dix dernières années, la recherche s'est focalisée entre autres sur les moyens de prévenir ou de contrôler ces transformations.

3.3 LA DOULEUR "NEUROPATHIQUE"

Lorsque le système nociceptif, périphérique ou central, fait lui-même l'objet d'une agression, d'autres phénomènes pathologiques vont se manifester. Ils apparaissent souvent avec une latence de plusieurs semaines (voire des mois) par rapport à la lésion initiale. Ils sont groupés sous l'entité "douleur neuropathique". Ces douleurs neuropathiques sont le plus souvent décrites comme des sensations de brûlures associées ou non à des phénomènes paroxystiques, ressenties comme des décharges électriques ou des éclairs douloureux (PRICE 2000).

Elles sont fréquemment associées à des perturbations du système neurovégétatif, en particulier sympathique, responsables de troubles vasomoteurs et trophiques cutanées. Le **syndrome douloureux régional complexe** (SDRC) est un exemple de ce type de pathologie. Selon l'absence ou la mise en évidence d'une lésion nerveuse traumatique, on distingue le type I (anciennement **algoneurodystrophie**) et le type II (anciennement **causalgie**).

Les dysfonctionnements qui résultent des transformations neuropathiques du système nociceptif n'ont pas de finalité biologique évidente.

En pratique, les douleurs inflammatoires et neuropathiques peuvent coexister et sont fréquemment intriquées.

Des modèles animaux peuvent fournir la preuve que des modifications du même type se produisent dans la douleur chronique. Par contre, on ignore la raison pour laquelle ces changements se produisent chez certains patients et pour certaines lésions et pas pour d'autres (WALL 1991).

4. Démarche clinique

La première consultation avec un malade douloureux chronique demande du temps. L'évaluation peut se répartir sur plusieurs consultations (ANAES 1999).

4.1 ANAMNÈSE

La douleur est ce que le patient dit qu'elle est et non pas ce que les autres croient qu'elle devrait être. Son écoute attentive représente la première et indispensable démarche qui donne une plus-value aux résultats attendus de la consultation médicale (DI BLASI 2001).

La mise en échec du traitement antalgique et éventuellement étiologique doit être reconnue (BAULON 2002) et oblige à repenser l'évaluation médicale et celle des autres disciplines (infirmière, kinésithérapeute, ...) et intervenants à domicile (aide familiale).

Quelques questions seront posées et consignées :

- mode de début et profil d'évolution (durée)
- traitements antérieurs et pathologies associées

- description : topographie, types de sensations, paresthésies, retentissements (anxiété, dépression, troubles du sommeil, troubles de l'appétit, vécu de la sexualité, diminution de la mobilité, ...)
- **composante cognitive** (compréhension et interprétation)
- **composante comportementale** (expression et communication)
- **contexte familial** (répercussions sur le vécu relationnel, ...)
- **contexte social** (atmosphère au travail, incapacité éventuelle de travail, modification du réseau relationnel, ...)
- répercussions économiques et financières
- contexte médico-légal (indemnités)

Des informations indispensables seront également apportées par les proches et les autres intervenants (infirmière, kinésithérapeute, psychologue, clinique de la douleur, ...).

4.2 EXAMEN CLINIQUE

4.2.1 Observation du patient et de son environnement

- expression du visage et langage : type, rythme, ...
- position antalgique
- attitudes de défense
- mobilité
- comportement de l'entourage

4.2.2 Examen physique complet et systématique, mais orienté en fonction des symptômes

- examen musculo-squelettique (contractures et rétractions)
- examen neurologique (déficits moteurs, troubles de la sensibilité)
- signes de perturbation du système nerveux autonome (modification de couleur de la peau, absence de pilosité, œdèmes...)
- **en évitant les mobilisations douloureuses**
- étant particulièrement attentif à chaque site douloureux et à la protection par le malade de zones douloureuses

4.3. EXAMENS COMPLÉMENTAIRES

Ils seront réalisés uniquement en fonction de l'étiologie et du bénéfice qu'ils peuvent apporter au patient.

5. Évaluation de la douleur

La démarche d'évaluation (BOUREAU 2001) répond à diverses questions.

5.1. L'UTILISATION D'ÉCHELLES D'ÉVALUATION DE LA DOULEUR (ANAES 1999)

permet au patient

- d'exprimer l'intensité de sa douleur et d'être entendu « le plus précisément possible »
- d'apprécier l'efficacité et l'adaptation des traitements prescrits
- d'inscrire la douleur dans un cadre fixe qui puisse servir de référence dans le temps

permet au soignant

- d'utiliser un outil de communication avec le patient même si celui-ci ne peut plus s'exprimer verbalement (personnes démentes ou avec perturbations de l'état de conscience...)

- de mieux comprendre les événements qui peuvent être associés à une augmentation ou d'une diminution de la douleur
- d'avoir un instrument de liaison qui favorise l'interdisciplinarité
- d'être cohérent dans le choix des analgésiques

5.2 LES TYPES D'ÉCHELLES D'ÉVALUATION DE LA DOULEUR (VILLARD 2002)

Dans la pratique quotidienne, il peut être très intéressant pour la personne soignante comme celle soignée d'utiliser des outils d'évaluation. En effet, il faut essayer de permettre au patient, **quel que soit l'outil de mesure utilisé**, de mieux quantifier l'intensité de sa douleur ! Ce qui est important alors est la démarche que le praticien et le malade font pour tenter ensemble d'objectiver la plainte chronique douloureuse.

L'utilisation de certaines échelles a montré une efficacité dans des situations spécifiques mais pas en médecine générale (**EBM niveau C**).

On distingue habituellement les outils d'auto évaluation et d'hétéro évaluation.

5.2.1. Les outils d'autoévaluation

• Le schéma corporel

Outil élémentaire qui permet au patient de localiser la ou les zones douloureuses du corps et si on y ajoute un code choisi (traits hachurés, en gras, couleurs...), de donner une notion d'intensité à la douleur perçue dans un contexte topographique.

• L'échelle visuelle analogique (EVA) — cf. annexe n° 1

Le patient situe l'intensité de sa douleur sur une ligne horizontale (habituellement 10cm) de couleur neutre à l'aide d'un curseur, entre l'extrême gauche (pas de douleur) et l'extrême droite (douleur maximale imaginable). Au verso, la ligne est graduée et permet au soignant de noter un score, habituellement en millimètres, correspondant à l'intensité de la douleur perçue par le patient¹. Il faut prendre garde de **ne pas vouloir rechercher un consensus entre le score du malade et celui éventuel qu'un soignant aurait personnellement attribué au patient**. Cet outil ne permet aucune comparaison interindividuelle car le score obtenu ne vaut que pour la personne qui s'est évaluée.

• L'échelle numérique (EN)

L'intérêt de cette échelle (SEBAG-LANOË 2002)² est que le concept en est **beaucoup moins abstrait** (référence à une note comme à l'école !). Le patient situe sa douleur sur une ligne horizontale graduée de 0 à 10. La cote 0 représente « l'absence de douleur » et la cote 10 représente « la douleur maximale imaginable ». Cette évaluation peut également se faire oralement. Elle est par ailleurs **moins sensible car elle ne propose que onze degrés possibles de douleur (de 0 à 10)**.

• L'échelle verbale simple (EVS)

Le **patient choisit dans une liste de mots** celui qui décrit le mieux sa douleur : douleur absente, légère, modérée, forte, intolérable. À préconiser en dernière intention vu son manque de sensibilité. Néanmoins, elle reste la plus simple à comprendre, donnant au patient une évaluation plus concrète par les adjectifs utilisés qui ne doivent pas ici non plus, comporter de connotations émotionnelles.

5.2.2 Les outils d'hétéro évaluation

L'échelle Doloplus 2 (WARY 1999)³, — **cf. annexe n° 2** — comme outil de mesure de la douleur chez la personne âgée en institution avec problème de communication verbale. Elle est utilisée aussi pour le domicile.

D'autres questionnaires (questionnaire de la douleur McGill, également validé, questionnaire de l'Hôpital Saint-Antoine, ...), existent mais ils sont peu adaptés à la pratique de la médecine générale.

1. Il est conseillé de ne pas donner le chiffre au patient afin de ne pas altérer la grande sensibilité de l'échelle. Elle peut cependant sembler abstraite pour des personnes plus âgées qui ne voient pas toujours un lien avec leur douleur et "un trait". Par ailleurs, c'est le chiffre correspondant à la quantification de sa douleur qui doit servir de base autant pour communiquer dans l'équipe que pour le choix de l'analgésique.

2. SEBAG-LANOË, R, p 205 pour commentaires. Ceci concerne souvent des patients âgés par exemple.

3. WARY B., ET AL., p 222. Cette validation a nécessité 4 années de travail par une étude multicentrique auprès de 510 patients âgés de plus de 65 ans (82,5 ans en moyenne) répartis en 15 sites gériatriques francophones (14 français et un suisse). En 2000, a débuté la validation en anglais, espagnol, néerlandais et allemand.

5.3 CONCLUSION

Deux questions se posent au sujet de l'utilisation de ces échelles d'évaluation.

La faisabilité : il n'est pas difficile de consacrer un peu de temps et d'attention aux échelles unidimensionnelles et elles ont donc toute leur place en médecine générale.

L'efficacité : il est difficile d'apporter une preuve en termes d'amélioration ou de contrôle des symptômes. Il ne faut donc pas transformer ces outils en simples objets techniques mais les reconnaître comme autant de repères qui permettent d'approcher la souffrance totale de celui qui les exprime.

L'utilisation d'échelles d'évaluation est validée dans la pratique pour évaluer la douleur mais n'est pas reconnue dans la littérature comme outil pour améliorer l'accompagnement du patient douloureux (**EBM niveau C**).

6. Traitement

6.1 REDÉFINITION DU PROBLÈME

Si nous acceptons ce modèle du **syndrome de douleur chronique**, il est important d'en discuter brièvement les implications sur le plan de la **prévention** et de la **prise en charge thérapeutique**. Ainsi, pourrait-on prédire sur base de facteurs de personnalité ou de contraintes psychosociales ou de leur conjonction, les patients douloureux à risque élevé de développer un syndrome de douleur chronique. Plusieurs études prospectives récentes (GATCHEL 1995, Von POPPEL 1998) apportent des arguments en faveur de cette hypothèse. De même, peut-on prédire sur base d'un entretien structuré la réponse à une prise en charge thérapeutique de la douleur chronique. Ici également des études prospectives semblent confirmer cette possibilité (GATCHEL 1999, SCHADE 1999). Sur le plan de la prise en charge elle-même, il ressort du modèle que **l'approche médicale traditionnelle de la douleur chronique (mise au point diagnostique, thérapeutique médicamenteuse, intervention chirurgicale, etc.) doit, sauf exception et en fonction de l'évolution à travers les trois stades, progressivement s'accompagner d'interventions de nature psychologique (par exemple thérapie cognitivo-comportementale) et sociale.**

Le maintien de l'approche médicale traditionnelle, conçue et efficace pour traiter la douleur aiguë, peut devenir contre-productive voir carrément néfaste dans le contexte de la douleur chronique.

Par contre, l'effet bénéfique à court et à long terme du traitement cognitivo-comportemental multimodal a été rapporté dans de nombreuses études internationales (MORLEY 1999) (**EBM niveau A**).

Finalement, et pour les raisons évoquées plus haut, la rééducation fonctionnelle, visant entre autres le reconditionnement physique, a une place primordiale dans la prise en charge de la douleur chronique.

La première étape chez un patient qui souffre de douleur chronique est d'accepter avec lui la nature chronique du problème. Il faut pouvoir reconnaître ensemble que passer d'un traitement à l'autre et d'un médecin à l'autre est inefficace et continuera à être futile. La communication avec le patient et la thérapeutique est orientée sur un autre modèle que dans une affection aiguë (GILDENBERG 1985).

Changer de paradigme de soins. Introduire la notion de durée (ALLAZ 2003). (EBM niveau C)

La complexité de l'accompagnement implique d'avoir une vision multidimensionnelle et d'envisager la plainte douloureuse dans un contexte plus large.

Ceci entraîne un certain nombre de recommandations préalables (EBM niveau C) :

- 1) Aborder les mythes et les fausses croyances liées à la douleur (douleur rédemptrice) et traitement (inefficacité).
- 2) Expliquer les objectifs et les modalités de l'accompagnement.
- 3) Instaurer un contrat thérapeutique en visant une mobilisation et une réadaptation physique progressives (GUSTAFFSON 2002).

.

6.2 DÉMARCHE PSYCHOLOGIQUE

Les patients, qui bénéficient d'un programme psychologique en plus du traitement médical, diminuent leur utilisation des soins de santé. De plus, un programme d'intervention psychologique augmente l'efficacité du traitement médical (PETERS 2000).

Cette démarche inclut éventuellement des **techniques comportementales et cognitives** appliquées surtout dans les "pain clinics" anglo-saxonnes (MC CRACKEN 2002). Celles-ci envisagent la douleur chronique selon un modèle biopsychosocial où le cognitif ne peut se concevoir sans l'émotionnel (relaxation, pensées automatiques, ...). Le malade est amené à être actif, à s'interroger sur son fonctionnement habituel, pour découvrir les attitudes qui pourraient renforcer ou réduire son comportement douloureux inadapté.

Cela peut permettre aux patients de mieux s'adapter à leur phénomène douloureux (cope with their pain). Il en existe de plusieurs types, mais visent toutes à modifier les croyances, les peurs et les attitudes.

Les conclusions d'une méta analyse (MORLEY 1999) permettent de mettre en évidence que **ces approches sont plus efficaces qu'une attitude passive (EBM niveau A)**.

6.3 RÉADAPTATION PHYSIQUE

Les différentes recommandations existantes aux Etats-Unis (AMERICAN GERIATRICS SOCIETY 2002) (SANDERS 1999) conseillent un **programme d'activité physique** individualisé ou en groupe (**EBM niveau A**).

La thérapie physique vise à retrouver une meilleure qualité de vie grâce à la mobilisation active comprenant des programmes de marche, des exercices qui améliorent la souplesse et l'endurance (MARCUS 2000).

Une méta analyse de la Cochrane (BUSH 2004) confirme le bénéfice de l'exercice aérobique dans le cas de la fibromyalgie (**EBM niveau A**).

Les concepts physiologiques se centrent sur le cycle vicieux de la douleur et de la tension musculaire. La caractéristique principale des programmes basés sur le modèle physiologique est l'implémentation de techniques de relaxation dans le but de réduire la réactivité musculaire excessive dans les muscles impliqués. Dans les programmes de traitements non médicaux pour les patients souffrant de fibromyalgie, les patients sont encouragés à être physiquement actifs.

Dans une étude de suivi sur une durée de 6 à 8 ans (MENSHOEL 2001), les patients qui ont suivi un programme d'exercices ou un programme d'éducation du patient ont réalisé une adaptation par rapport à leur vie quotidienne en terme de diminution des activités ménagères à la maison, du temps de travail, d'utilisation d'aide et d'assistance d'autres membres de la famille, ainsi qu'une augmentation du temps consacré à l'activité physique régulière (**EBM niveau B**). De nombreuses techniques de **physiothérapie** se sont développées pour aborder le traitement de la douleur chronique mais il n'existe actuellement pas de consensus sur les indications spécifiques de ces méthodes (CARROLL 2003).

Une revue de la littérature effectuée en 2001 (HERBERT 2001) ne peut apporter la preuve de l'utilité des massages et de l'électrothérapie **en douleur chronique**, mais confirme l'efficacité des programmes de réadaptation physique (**EBM niveau B**).

6.4. L'ÉDUCATION DU PATIENT ET DES PROCHES

L'accompagnement reconnaît la compétence propre du patient face à son traitement négocié et qui l'aide à affronter sa maladie dans un contexte de partenariat, ex. régularité horaire, accompagnement, ... (COLLIGNON 2001) (**EBM niveau B**).

6.5 TRAITEMENT MÉDICAMENTEUX

Rappelons que le traitement de la douleur aiguë est le plus souvent étiologique et la thérapeutique médicamenteuse est le plus souvent efficace pour traiter le symptôme. Lorsque la douleur devient chronique, cette même approche peut rester pertinente. Par contre, **si la douleur s'inscrit dans un cadre de syndrome de douleur chronique, une approche médicamenteuse isolée des différentes dimensions déjà décrites doit être remise en question**.

En fonction des mécanismes physiopathologiques, le traitement de la douleur peut se situer à différents niveaux :

- blocage ou diminution de la sensibilité des récepteurs nociceptifs (inhibiteurs de la synthèse des prostaglandines)
- modification de la transmission spinale et action sur les voies descendantes inhibitrices (antidépresseurs tricycliques)
- activation des récepteurs opioïdes au niveau du système nerveux central

Les études cliniques concernant le traitement de la douleur chronique sont confrontées à plusieurs difficultés :

- La plupart sont effectuées dans le cadre de la douleur aiguë (postopératoire par exemple) ou ne concerne qu'une période courte (4 à 8 semaines). Actuellement, pour être valide, on estime qu'une étude sur les médicaments antalgiques en douleur chronique doit au moins couvrir une période de 3 mois.
- Il y a une grande variabilité des réponses individuelle aux antalgiques.

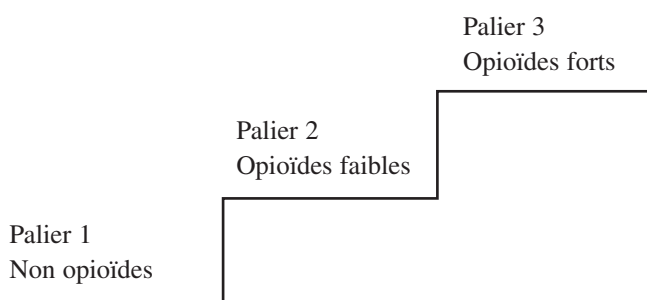
Quelques règles de base pour l'administration d'un traitement antalgique

- l'administration d'un antalgique est préférable à horaire régulier
- les effets pharmacologiques des substances utilisées doivent être maîtrisés
- les associations sont parfois très utiles mais demandent de vérifier les interactions médicamenteuses
- la voie orale ou éventuellement transcutanée (patch) sont à privilégier
- certains effets secondaires doivent être prévenus de manière systématique (constipation pour certains opiacés par exemple)

Ces règles sont issues de la pratique et d'avis d'experts mais ne sont pas démontrées dans des études cliniques (**EBM niveau C**).

6.5.1 Les paliers de l'OMS

L'échelle subdivisée en 3 paliers a permis d'établir une adaptation progressive du traitement médicamenteux. La gradation de la puissance analgésique a été proposée par l'OMS pour favoriser une utilisation plus rationnelle des analgésiques. Elle ne repose sur aucune base scientifique.



Certaines douleurs chroniques pourront être traitées selon l'échelle de l'OMS, mais elle n'a certainement pas pour but de servir de canevas pour toute douleur : ex. les céphalées qui ne répondent pas aux opiacés. Des questions se posent sur l'efficacité de l'analgesie en se basant uniquement sur cette référence (JADDAD 1996) (**EBM niveau C**).

Quelques principes d'utilisation (**EBM Niveau C**)

- 1) La progression du palier 1 vers le palier 3 doit se faire graduellement
- 2) L'association du palier 1 et du palier 2 ou 3 est logique.
- 3) Tenir compte de la compétition possible des récepteurs en cas d'association du palier 2 et du palier 3.
- 4) S'assurer de l'administration correcte d'un médicament avant de passer au palier supérieur (dose adéquate et horaire régulier).
- 5) Les formes d'administration « retard » sont préférées pour la douleur chronique.

Palier 1 : non opioïdes

• Aminophenols

Paracétamol

Antalgique – antipyrétique – **pas anti-inflammatoire**

C'est l'analgésique le plus utilisé en fonction du peu d'effets secondaires aux doses thérapeutiques.

Le paracétamol devrait être le premier médicament à envisager dans la douleur légère ou modérée d'origine musculo-squelettique (**EBM Niveau A**).

Posologie

500 mg à 1 g, 3 à 4 x/24 h

L'administration de doses d'1 gr par prise permet d'obtenir des pics sériques plus élevés nécessaires au passage de la barrière hémato encéphalique. Une efficacité à cette dose n'a été prouvée qu'en cas de douleur aiguë post-opératoire.

Mode d'action

Des articles récents de la littérature permettent d'ouvrir une nouvelle voie de recherche, celle des COX 3 en particulier intracérébrales qui pourraient expliquer l'action du paracétamol. (WARNER 2002). Il n'y a **pas encore de répercussion clinique démontrée**.

Métabolite actif de la phénacétine. Il a une bonne biodisponibilité par voie orale (70 à 90 %), dépendant de la dose.

Pharmacologie

Sa demi-vie est de deux heures à deux heures et demi.

Sa métabolisation par voie hépatique conduit à la formation de plusieurs métabolites dont un est toxique pour le foie. **Il faut être prudent lorsque les réserves en glutathion sont faibles : affections hépatiques chroniques, alcoolisme et dénutrition.**

Il est éliminé par voie rénale, principalement sous forme de métabolite.

Les effets secondaires possibles sont essentiellement de type cutané (érythème, urticaire, prurit).

Toxicité

Dose toxique : entre 7,5 et 10 gr/24 h

Une prise unique de 10 à 15 gr peut provoquer une nécrose hépatique. Mais il n'y a pas d'évidence de toxicité hépatique aux doses thérapeutiques, même en cas d'induction enzymatique (RUMACK 2002).

• *Salicylés*

Acide acétyl salicylique

Antalgique – antipyrétique – anti-inflammatoire

Posologie

500 mg à 1 gr, 3 à 4 x/24 h

Antiagrégant : < 1 gr

Antalgique et antipyrétique : de 1 à 3 gr

Anti-inflammatoire : > 3 gr

Mode d'action

Comme la plupart des anti-inflammatoires classiques, l'acide acétyl salicylique inhibe à la fois la cyclo-oxygénase2, enzyme intervenant dans la production de prostaglandines principalement dans les états inflammatoires et la cyclo-oxygénase1 nécessaire à la production de prostaglandines protégeant la muqueuse gastro-intestinale (risque de toxicité).

Contre-indications

Elle est contre-indiquée en cas d'hypersensibilité à l'aspirine (asthme), d'ulcère gastro-duodéal évolutif et de risque hémorragique.

Ses doses doivent être réduites en cas d'insuffisance hépatique ou rénale.

Toxicité : En cas de surdosage, apparition de bourdonnements d'oreilles et éventuellement d'acidose métabolique avec évolution grave.

• *Dérivés pyrazolés*

Métamizole sodique : son utilisation en douleur chronique pose le problème de sa toxicité potentielle (agranulocytose). Cependant, en deuxième intention, ce médicament peut avoir sa place compte tenu des toxicités comparées des autres produit. Le metamizole est un antipyrétique majeur, antalgique et antispasmodique.

• *Nefopam*

Le nefopam est un analgésique original, d'action centrale, qui n'a pas d'action anti-inflammatoire de même qu'aucune action sur les récepteurs opioïdes. Il possède des propriétés anticholinergiques qui expliquent ces effets secondaires (nausées, vomissements, tachycardie) et agit probablement sur les voies sérotoninergiques inhibitrices de la douleur.

Doses : 30 à 60 mg, 3 x/24 h

Palier 2: opioïdes faibles

Ce sont des analgésiques à action centrale de type morphinique.

Remarque sur les récepteurs morphiniques

Les opioïdes agissent sur le système de contrôle de la douleur étant donné leur profonde similitude de forme avec les endomorphines que l'on qualifie de morphines naturelles. Les récepteurs aux endomorphines étant aussi appelés récepteurs "opioïdes", c'est-à-dire récepteurs aux substances opiacées et à leurs dérivés.

Les principales endomorphines sont les endorphines, les enképhalines et les dynorphines. Les récepteurs sont de cinq types: mu, delta, éta, sigma et kappa. Ces récepteurs sont localisés au niveau de structures anatomiques spinales et supra spinales impliquées dans le contrôle du message nociceptif: corne postérieure de la moelle, tronc cérébral, thalamus et système limbique. **Les récepteurs mu semblent les plus impliqués dans la genèse de l'analgésie.** Les interactions ligands récepteurs, que ce soit pour les opioïdes mineurs ou majeurs, aboutissent à une inhibition de la libération de la substance P et donc de la transmission de l'influx nociceptif.

1) Agonistes purs des récepteurs mu

Il n'y a pas d'effet plafond (induisent la totalité de l'action du récepteur)

morphine

fentanyl

hydromorphone

oxycodone

méthadone

2) Agonistes partiels des récepteurs mu

Il existe un effet «plafond»: au-delà d'une certaine dose (qui peut être très élevée pour la buprénorphine), on n'obtient pas d'augmentation d'activité et même une possible inversion de l'effet thérapeutique
buprénorphine

3) Agonistes-antagonistes. Ils sont agonistes des récepteurs delta et kappa, ils sont antagonistes des récepteurs mu et neutralisent l'action de la morphine.

pentazocine: peu intéressant dans la pratique

• **Codéine (phosphate de codéine ou tartate de dihydrocodéine)**

Alcaloïde dérivé de la morphine (action antalgique 5 à 10 fois plus faible)

Posologie

Antitussif: 10 mg/4 h

Antalgique: 30 mg à 60 mg/4 h

Dose maximale 60 mg/4 h soit 360 mg/jour

Début d'action après absorption par voie orale: 10 à 30 minutes

Temps de demi-vie: 3 à 4 heures

Pharmacologie

Métabolisation hépatique et excrétion urinaire

Effets secondaires:

Dépression du centre respiratoire (moins que la morphine)

Constipation

Possibilité d'allergie

Le facteur de conversion de la codéine vers la morphine est de 1/10

Codéine 360 mg = 36 mg de morphine

Elle est le plus souvent associée au paracétamol

L'association paracétamol – codéine a fait l'objet de nombreuses études en double aveugle en comparaison avec un placebo ou avec le paracétamol seul à la dose de 1 gr ou avec le tramadol. Ces études ont été le plus souvent réalisées en cas de douleurs aiguës; il existe cependant 2 études effectuées en cas de douleur chronique.

Une première étude compare l'efficacité et la tolérance de l'association paracétamol 500 mg et codéine 30 mg avec 50 mg de tramadol (RAUCK 1994).

Une autre compare tramadol 50 mg et l'association paracétamol 300mg et codéine 30 mg (MULLER 1998).

Dans les 2 cas l'efficacité est comparable et la tolérance meilleure dans le groupe paracétamol-codéine.

- ***Dextropropoxyphène***

Posologie

150 mg toutes les 12 heures (1 comprimé 2 x/jour)

Pharmacologie

Agoniste des récepteurs mu

Demi-vie longue : 9 à 15 heures

Lors de surdosage ou d'intoxication, l'effet dépresseur sur le centre respiratoire connu pour les morphiniques et aisément contrecarré par la naloxone est doublé d'une toxicité cardiaque (troubles du rythme suivi de mort) (BERGERON 2002).

L'association dextropropoxyphène – paracétamol en vente libre en Grande-Bretagne est responsable de nombreux suicides (MARPLES IL 2003).

Un syndrome de sevrage est possible après utilisation prolongée.

Il est potentiellement dangereux même aux doses thérapeutiques.

- ***Tramadol***

Posologie

50 à 100 mg, 4 x/jour

Dose maximum : 400 mg par jour

Pharmacologie

Agoniste des récepteurs mu mais possède aussi une action sur les voies noradrénergiques et sérotoninergiques

Effets secondaires

Sédation, nausées, dépression respiratoire, et constipation.

Confusion, vertiges et hallucinations peuvent survenir

Le risque de dépendance existe mais reste faible, en partie grâce à son action monoaminergique. Le sevrage aura une composante opioïde classique et dans 10 à 15 % des cas une composante différente liée à l'activité noradrénergique : agitation, attaque de panique, paresthésies des extrémités (SENAY 2003).

La survenue d'un syndrome sérotoninergique a été décrite en cas d'association du tramadol avec un SSRI ou un antidépresseur tricyclique. Des hallucinations (visuelles et auditives) ont également été rapportées (MEDICINES CONTROL AGENCY 1996).

Un ajustement de la dose s'impose chez les patients de plus de 75 ans et en cas d'insuffisance hépatique et rénale (DESMEULES 2000).

Le facteur de conversion avec la morphine est de 1/5 (40 mg de morphine = 200 mg de tramadol).

Dans une méta analyse récente de la Cochrane, son efficacité peut être reconnue dans le traitement des douleurs neuropathiques (DUHMKE 2004) (**EBM niveau A**).

- ***Tilidine***

Posologie

100 à 600 mg/jour (100 mg = 40 gouttes : dose maximale par prise)

Pharmacologie

Agoniste des récepteurs mu

Métabolisée au niveau du foie par déméthylation en nor-tilidine qui est le principe actif (la tilidine est une pro-drogue).

Effets secondaires

Comparables aux autres agonistes mu.

Depuis 1986, elle était proposée comme traitement de la douleur chronique entraînant moins de risque de dépendance que la morphine. (JASINSKI 1986) (**EBM niveau C**).

La tilidine est le plus souvent associée à de la naloxone, antagoniste pur de la morphine. La faible dose de naloxone est aux doses thérapeutiques de tilidine immédiatement métabolisée par le foie. Il existe actuellement une forme retard (50, 100 et 150 mg) de cette association utilisable en douleur chronique. Le bénéfice de cette nouvelle forme a été documenté dans une étude randomisée comparant tilidine et tilidine retard après chirurgie de revascularisation myocardique (CEGLA TH 2003) (**EBM niveau B**).

• **Buprénorphine**

Agoniste **partiel** au niveau des récepteurs mu

Bien absorbée par la muqueuse buccale, elle est utilisée par voie sublinguale en comprimés de 0,2 mg. Elle est actuellement disponible en dispositif transdermique de 35, 52,5 et 70 microgr/h.

La métabolisation par le foie demande une surveillance particulière chez les patients présentant un trouble de la fonction hépatique.

La dose la plus faible est l'équivalent de 30 à 60 mg de morphine orale par 24 h.

Son efficacité analgésique est reconnue entraînant moins d'effets secondaires que les opioïdes forts (SITTL R 2003). Les plus fréquents sont nausées, prurit et vertiges (**EBM niveau B**)

Palier 3: opioïdes forts

Rappel des notions de dépendance et tolérance

La tolérance est la diminution des effets produits par la même dose d'une substance nécessitant une augmentation des doses pour obtenir les mêmes effets.

En ce qui concerne l'usage chronique d'opiacés, la majorité des patients sont stabilisés après une période de titration.

La dépendance physique est liée à l'apparition de symptômes physiques lors de l'élimination des effets d'une substance. Elle est très fréquente dès que l'utilisation est chronique.

La dépendance psychique (toxicomanie) est rare pour autant que la sélection soit adéquate.

L'importance de ce risque est peu documentée et devra être évaluée par des études cliniques (CHRISTO 2004) (**EBM niveau C**).

Opiïdes et douleur chronique

L'accréditation de l'usage des opioïdes dans la douleur chronique est en augmentation constante suite à la prise de conscience d'un possible amélioration de la qualité de vie chez ces patients.

Des recommandations ont été publiées ces dernières années concernant l'utilisation des opioïdes dans la douleur chronique non cancéreuse (GOUCKE 2001) (THE PAIN SOCIETY UK 2003) (KALSO 2003).

Les repères EBM (niveau B) proposés sont les suivants :

- 1) La prise en charge de leur affection initiale doit être optimale, indépendamment de celle-ci la préoccupation du symptôme douloureux est primordiale.
- 2) L'usage d'opioïdes ne sera envisagé que si les autres analgésiques ont été essayés, en particulier en cas de douleur neuropathique et après un délai raisonnable.
- 3) Les patients doivent bénéficier d'une évaluation complète, en ce qui concerne leur histoire, l'examen clinique et les éventuels examens complémentaires. L'évaluation des facteurs psychosociaux est extrêmement importante de même que leurs croyances et leurs attentes en ce qui concerne le traitement par les opiacés.
- 4) Les autres thérapeutiques adéquates doivent être maintenues (exemple : antidépresseurs et antiépileptiques).
- 5) Les antécédents psychiatriques et d'abus d'alcool ou de médicaments demandent une évaluation et une observation en particulier interdisciplinaire.
- 6) Le traitement doit faire partie d'une stratégie globale incluant tous les autres facteurs de réadaptation.
- 7) La responsabilité de la prescription et de la délivrance devrait être réservée à un seul praticien connaissant les conditions psychosociales du patient.
- 8) Une collaboration étroite est indispensable entre soins de première ligne (primary care) et services spécialisés.
- 9) Un plan de traitement doit être établi de manière précise en fixant les objectifs et en évaluant les résultats déterminés par un calendrier. Les critères envisagés sont : l'analgésie, la capacité fonctionnelle, le sommeil, l'humeur, les effets secondaires et le risque d'usage abusif.
- 10) Le traitement ne devrait pas être envisagé à vie.

• **Morphine**

Voies d'administration

- a) Solution orale (ou sirop) (chlorhydrate de morphine)
peu utilisé depuis la mise sur le marché des comprimés à libération immédiate
- b) Comprimés à libération immédiate (sulfate de morphine)
1/2 comprimé à 10 mg, soit 5 mg, représente une dose utile pour la titration, en remplacement du sirop de morphine, qui est moins facile à manipuler
- c) Comprimés retard (sulfate de morphine)

Pour débiter un traitement

On commence généralement par 5 mg de morphine/4 heures en solution orale

Ou par 10 mg de morphine/12 heures en co retard

Il faut d'emblée (EBM niveau C) :

- 1) Informer le patient et ses proches du rôle de la morphine et oser aborder les mythes et les fausses croyances qui lui sont liés (elle provoque la mort, elle est réservée aux derniers jours, on en devient vite dépendant, ...).
- 2) Lutter contre la constipation parce qu'elle est systématique et qu'elle va persister. Par contre, les nausées et vomissements sont souvent temporaires.
- 3) Prévenir le patient et ses proches du risque de somnolence (habituelle en début de traitement) et de rétention urinaire surtout en association avec des anticholinergiques ainsi que de la possibilité d'effets toxiques qui nécessiteront un ajustement des doses.
- 4) Être attentif à la survenue de ces effets toxiques de surdosage (confusion, hallucinations, myoclonies, hyperalgie) et réévaluer régulièrement la situation si nécessaire avec le concours de la famille et des autres soignants.

• *Fentanyl*

Ex. : système transdermique à libération prolongée (72 heures)

Patchs de 25 microgrammes/h – 50 microgrammes/h – 75 microgrammes/h – 100 microgrammes/h

Utile

- quand un traitement per os est impossible
- pour améliorer le confort du patient (moins de prises de médicaments)

Mais

- mode d'administration moins souple
- effet plus lent que la morphine, même à libération retardée. Il faut donc
- prendre en considération la pharmacocinétique chez un patient dont le poids est inférieur à 45 kilos

25 microgr de fentanyl = 60 à 90 mgr de M+ per os

Des études ont été réalisées pour évaluer l'efficacité et les effets secondaires du fentanyl (JEAL 1997) et les comparer à la morphine orale (AHMEDZAI 1997). La durée d'action et la délivrance continue sont des avantages en terme de contrôle de la douleur. Du point de vue des effets secondaires, il y aurait moins de constipation mais il faut relever les problèmes d'intolérance locale et les variations d'absorption en cas de fièvre ou de sudation (**EBM niveau B**).

• *Hydromorphone*

Actuellement disponible sous forme de capsules à libération prolongée.

Utilisé à la dose de 4, 8, 16 et 24 mg deux fois par jour.

1 mg d'hydromorphone per os = 5 à 10 mg de morphine per os (REISINE T 1996).

Son usage est validé dans la littérature sur base d'une méta analyse (3 RCTs mais de qualité inégale) (QUIGLEY 2003). L'efficacité et les effets secondaires sont comparables aux autres agonistes des récepteurs mu (**EBM niveau A**).

• *Méthadone*

Agoniste pure des récepteurs mu et également agoniste des récepteurs delta et kappa.

Antagoniste des récepteurs NMDA, ce qui explique son efficacité dans les douleurs réfractaires, en particulier neuropathiques.

Sa demi-vie est longue (de 10 à 75 heures, avec une moyenne de 20 heures), imprévisible et variable suivant les individus. Ceci augmente considérablement le risque d'effets secondaires (NICHOLSON 2004).

Ces deux notions sont importantes pour la titration et expliquent **la difficulté de la surveillance adéquate du traitement** par méthadone en médecine ambulatoire.

La rotation des opioïdes

Les possibilités d'alterner leur emploi permettent d'améliorer le confort des patients dans un certain nombre de situations difficiles. Cette alternance constitue ce qu'on appelle la rotation des opioïdes.

Le concept s'est développé en lien avec différents éléments :

- 1) L'apparition d'opioïdes forts, différents de la morphine : fentanyl, hydromorphone, méthadone, oxycodone.
- 2) La toxicité potentielle, chez certains individus, de certains morphiniques et pas d'autres : absence d'intolérance croisée.

3) La réponse insuffisante de certains patients à un traitement morphinique par ailleurs bien conduit. Il peut s'agir dans ce cas de douleurs neuropathiques, mais aussi de douleurs réfractaires à la morphine. Elle peut apporter un bénéfice en douleur chronique. Cette affirmation a été validée par une méta-analyse de la Cochrane (QUIGLEY 2004). (EBM niveau A)

Le cannabis

Une revue de 34 études randomisées, double aveugle avec placebo a été publiée en 2004 dans le domaine de la douleur chronique. L'efficacité et les effets secondaires sont comparables aux autres substances psycho actives utilisées. Ces premières expériences d'utilisation des cannabinoïdes ouvrent à des études plus étendues et plus détaillées (NOTCUTT 2004) (EBM niveau A).

6.5.2 Les médicaments adjuvants

Il s'agit de médicaments qui ont un effet favorable sur la douleur alors que la fonction première est autre. Nous en proposons quelques uns, en fonction de leur intérêt potentiel dans la douleur chronique.

Les AINS

Les anti-inflammatoires sont très souvent utilisés dans les douleurs chroniques provoquées par les pathologies rhumatismales, en particulier l'arthrose dégénérative.

Ils sont en effet analgésiques en partie grâce à leur effet anti-inflammatoire.

Ils peuvent être considérés quand ils sont pris isolément comme des substances qui appartiennent au palier 1.

Leur action sur la douleur a été comparée au paracétamol et aux associations du paracétamol avec les autres substances du palier 2 (codéine). Ils n'ont pas démontré d'effet supérieur au paracétamol. (WIENECKE 2004) (**EBM niveau A**).

Cinq ans après l'introduction des AINS cox-2 sélectifs rofécoxib et célécoxib, les arguments font toujours défaut pour justifier une modification des recommandations pour le traitement de l'arthrose. Il n'y a pas de preuve suffisante de la diminution du risque de toxicité gastro-intestinale sévère et la toxicité cardio-vasculaire incite à la prudence (VAN DRIEL 2003).

Pour l'ensemble des AINS

Effets secondaires majeurs:

1) Le risque hémorragique gastro-intestinal : l'utilisation d'anti H2 ou IPP serait envisagée en cas de dyspepsie ou de traitement indispensable malgré des antécédents ulcéreux (WOLFE 1999).

Cela n'a cependant pas été prouvé (**EBM niveau C**).

2) La rétention hydrique et son effet sur la fonction rénale et cardiaque

3) La toxicité hépatique, neurologique, hématologique ou dermatologique est décrite, de même qu'un broncho-spasme possible

4) Ne pas oublier l'interaction avec les anticoagulants oraux

Précautions indispensables:

1) Envisager tout facteur de co-morbidité avant de prescrire un AINS.

2) Les interactions médicamenteuses ne peuvent être négligées.

3) Une utilisation prolongée des AINS doit être de préférence évitée.

4) Il n'y a pas de preuve de la supériorité clinique de l'un par rapport à l'autre.

Les anxiolytiques

Le risque de dépendance, reconnu pour les benzodiazépines avec syndrome de sevrage, doit être pris en considération pour une affection chronique.

L'efficacité des **myorelaxants** n'a pas été clairement démontrée dans la littérature.

Le **clonazepam** est utile en cas de douleur neuropathique, mais l'attention est attirée sur le risque de son utilisation en usage prolongé, en particulier dépression et atteinte hépatique. (HARKINS 1991) (**EBM niveau B**).

Les antidépresseurs

L'association de la douleur chronique à une symptomatologie dépressive est particulièrement fréquente. La prévalence de dépression est plus élevée dans des cohortes de patients souffrant de douleur ainsi que de douleur dans des cohortes de patients souffrant de dépression (BAIR 2003).

Une méta analyse publiée dans la revue « Pain » a confirmé l'efficacité des antidépresseurs sur base de 39 études cliniques randomisées en double aveugle comparés au placebo (ONGHENA 1992) **(EBM niveau A)**.

C'est pour les tricycliques, en particulier l'amitriptyline que l'expérience clinique est la plus documentée, avec une dose de départ de 25 mg per os.

Plusieurs études randomisées contrôlées avec placebo ont mis en évidence le bénéfice des antidépresseurs tricycliques dans la douleur de la neuropathie diabétique et dans la névralgie post-zostérienne. **L'effet antalgique apparaît plus rapidement que l'effet antidépresseur, il est donc souhaitable d'initier le traitement avec des doses peu importantes et de les augmenter en cas de réponse insuffisante.**

Les effets secondaires des dérivés de l'imipramine sont principalement l'effet anticholinergique, l'effet adrénolytique (hypotension orthostatique) et les effets centraux (sommolence et parfois symptômes confusionnels).

Pour les nouveaux antidépresseurs (paroxétine, ...), les études sont peu nombreuses à l'heure actuelle. Une revue de la littérature ne permet pas de conclure à une efficacité comparable à celle des tricycliques. De nouvelles études randomisées seraient nécessaires pour déterminer leur intérêt dans certains types de types de douleur.

En particulier la venlafaxine semble pouvoir bénéficier de son effet sur la recapture de la noradrénaline (ANSARI 2000).

Les antiépileptiques

Ce sont des médicaments à visée antiépileptique qui se sont avérées efficaces en particulier dans le cas de douleurs neuropathiques qui répondent mal ou insuffisamment à la morphine.

Leur action est vraisemblablement liée au blocage de canaux sodiques au niveau de la membrane cellulaire des neurones transmetteurs.

Une revue systématique de la littérature a été publiée par la Cochrane et reprend les études publiées sur leur utilité en douleur chronique sans permettre un classement des différentes molécules (WIFFEN 2002) **(EBM niveau A)**.

1. **Clonazepam** : benzodiazépine utilisée depuis longtemps dans cette indication ; elle est disponible en gouttes et en comprimés.

Le conditionnement en gouttes permet une augmentation progressive des doses et une adaptation individuelle de la posologie.

Les effets secondaires classiques des benzodiazépines (voir anxiolytiques) doivent être pris en compte.

2. **Carbamazépine** : elle a été démontrée efficace dans la névralgie du trijumeau de même que dans la neuropathie diabétique. Les effets secondaires les plus fréquents sont des effets gastro-intestinaux et anticholinergiques. Des réactions allergiques sont fréquentes et parfois graves. Anémie aplastique, leucopénie et thrombopénie peuvent aussi survenir. C'est un inducteur enzymatique. De plus, il faut signaler des perturbations au niveau du système nerveux central (sédation, ataxie, ou effet paradoxal avec excitation).

3. **Lamotrigine** : c'est un des plus récents et son efficacité dans certaines formes de douleurs neurogènes (trijumeau, amputation, ...) l'a fait reconnaître comme une substance de choix dans ce type d'affections douloureuses (DI VADDI 1998). Elle peut cependant être responsable de réactions allergiques et de réactions cutanées sévères (ex. syndrome de Steven-Johnson).

4. **Gabapentine** : le mécanisme par lequel elle agit est de type gabaergique. Les effets secondaires sont du même type que ceux de la carbamazépine, mais apparaissent moins fréquemment et permettent de l'utiliser couramment dans cette indication.

Pour tous les antiépileptiques, il est recommandé de pratiquer une augmentation progressive des doses de la substance utilisée.

Les traitements topiques

La Capsaïcine peut avoir un effet analgésique en cas de douleur chronique en particulier neuropathique. Une méta analyse permet, en conclusion, de la proposer en complément ou en cas d'effets secondaires d'autres thérapeutiques (MASON. 2004) (**EBM niveau A**). Il est difficile de s'en procurer en pharmacie et de la préparer de manière adéquate.

Les AINS à usage topique ont été évalués dans deux méta analyses. Leur efficacité est supérieure au placebo dans les douleurs chroniques de l'appareil locomoteur et sans effet secondaire significatif (ni local, ni systémique). Les études sont malheureusement réalisées sur une période courte (généralement 2 semaines).

Il n'y a pas d'argument pour affirmer qu'une molécule soit supérieure à une autre (LIN 2004) (MASON 2004) (**EBM niveau A**).

7. La radiothérapie et les techniques anesthésiques

7.1. LA RADIOTHÉRAPIE ANTALGIQUE

Elle est la plus utilisée dans des douleurs d'origine **cancéreuse**, en particulier en cas de métastases osseuses ou d'envahissement péri médullaire. Dans les affections **bénignes**, elle peut être associée à d'autres traitements en fonction de la pathologie causale. En douleur chronique, l'indication est rarement retenue dans la littérature. Des recommandations ont été publiées afin de :

- 1) Bien limiter son usage (échec des autres thérapeutiques).
- 2) Informer le patient sur tous les effets secondaires possibles du traitement.
- 3) Obtenir un consentement éclairé.

(SEEGENSCHMIEDT 2002) (**EBM niveau C**)

7.2 LES TECHNIQUES ANESTHÉSQUES

Il existe différentes techniques. La plupart des techniques s'adressent à des patients suivis dans le cadre multidisciplinaire des centres de la douleur.

La stimulation cordonale postérieure (spinal cord stimulation) est documentée dans la littérature médicale. Elle peut apporter un soulagement à des patients souffrant de douleur neuropathique réfractaire aux autres traitements.

Une revue de la Cochrane en 2004 permet de reconnaître son efficacité en cas de syndrome régional douloureux complexe type 1 (algodystrophie) et de douleur persistante après chirurgie lombaire (MAILIS-GAGNON 2004) (**EBM niveau A**).

8. Traitements alternatifs ou complémentaires

Divers soutiens et traitements « alternatifs » existent même si études et preuves d'efficacité font défaut. (SINDHU 1996). La question de leur bénéfice est cependant posée dans la littérature récente (BERNAM 2003), insistant sur la qualité de la communication avec le patient et entre les différents prestataires de soins. Le bien-être et la sécurité du patient sont des éléments importants à considérer de même que la prise en compte de ses préférences (EBM niveau C).

8.1 L'ACUPUNCTURE

Les indications courantes prises en considération sont soit les douleurs nociceptives correspondant à des points douloureux profonds ou musculaires, soit les douleurs neuropathiques ; dans ce cas, il semble que la technique fasse intervenir les contrôles descendants (neurophysiologie).

Une méta analyse de la Cochrane dans la polyarthrite rhumatoïde ne démontre pas de bénéfice ni au niveau de la douleur, ni au niveau des symptômes articulaires (CASIMIRO 2004) (EBM niveau A).

8.2 LA MÉSOTHÉRAPIE

C'est une technique de traitement loco-régional de la douleur qui consiste à injecter par voie intradermique ou sous-cutanée superficielle des médicaments associés à de la procaine ou xylocaïne de manière à bloquer la transmission de la douleur au niveau des fibres A delta et des fibres C. Cette technique a été décrite dans un livre publié en 1998 (PISTOR M 1998). Elle ne fait l'objet d'aucune publication scientifique probante.

8.3 LA RELAXATION

La relaxation agit avec une efficacité diverse sur la tension musculaire, contribuant ainsi à contrôler la douleur et le stress émotif, qui agit à son tour sur la tension musculaire et sur la douleur (MARCHAND 1999) (EBM niveau C).

8.4 LE TOUCHER

Le toucher répond à un besoin vital et équilibrant d'autant plus si le patient a mal. Et il entraîne divers effets positifs et ce, quel que soit le soin apporté (ABRASSARD 2002) (EBM niveau C).

8.5 L'HYPNOSE

L'hypnose en soins palliatifs 'permet une meilleure prise en charge de l'angoisse du patient et une diminution notable de la consommation des antalgiques et psychotropes (DERONZIER 2002) (EBM Niveau C).

8.6 L'ÉLECTROSTIMULATION TRANSCUTANÉE (TENS)

Une revue systématique des publications sur l'efficacité de cette technique a été effectuée dans la Cochrane Library n'a pas permis de reconnaître une efficacité à long terme. Etant donné l'utilisation importante de cette technique en cas de douleur aiguë et chronique par différents centres et professionnels de la santé, la conclusion des auteurs est de solliciter des études multicentriques randomisées de manière urgente pour répondre à cette question (CARROLL D 2003) (EBM niveau B).

9. Approche interdisciplinaire

9.1 IMPORTANCE ET PLUS-VALUE DE L'INTERDISCIPLINARITÉ

Auprès de certains patients douloureux chroniques, tout soignant peut éprouver des difficultés de nature diverse. Face à ces difficultés certains professionnels ont trouvé de l'aide en allant en discuter et réfléchir avec d'autres. C'est ainsi qu'il devient possible d'avancer, de ne plus se sentir isolé dans cette problématique et que cette démarche peut impliquer un changement de comportement (BLANCHARD 2002).

C'est savoir que la véritable équipe reste précaire car tributaire du bon vouloir de chaque professionnel et de l'aide des proches parfois partenaires problématiques de soins (WUNSCH 2002).

Dès les années 90, diverses recherches en ont fait écho. L'interdisciplinarité rencontre mieux tous les besoins du patient dont on favorise l'autonomie. Chaque soignant y trouve des avantages tenant mieux compte des spécificités de chaque discipline et la communication est d'autant meilleure qu'elle repose sur des outils professionnels communs. Les difficultés et contraintes de travailler en interdisciplinarité pour le médecin généraliste notamment deviennent une préoccupation majeure dans le domaine de la santé et sont déjà relatées depuis de nombreuses années (SPITZER 1980) (**EBM niveau C**).

9.2 PARTENAIRES DE SOINS

Les intervenants sont de 1^{re}, 2^e à 4^e ligne. Le médecin généraliste, l'infirmier et le kinésithérapeute ont un rôle prépondérant. L'avis du pharmacien est le plus souvent sollicité. Au niveau de la première ligne, les intervenants peuvent être nombreux, dans des situations très disparates, chacun⁵ y ayant un rôle spécifique au sein d'une équipe souvent informelle. La cohérence des différentes interventions est un objectif prioritaire.

Cette approche multidisciplinaire peut aider les patients souffrant de douleur chronique à adopter un contrôle autonome de leurs symptômes (COUGHLIN 2000) (**EBM niveau C**).

4. Les 1^{re} et 2^e ligne de soins.

- La 1^{re} ligne.

Elle est composée du médecin généraliste, de l'infirmière, du kinésithérapeute, du psychologue, de l'ergothérapeute et du pharmacien.

Selon les circonstances, les aides bénévoles y sont présentes ;

- les "soignants de 1^{re} ligne" sont donc choisis par le patient et ses proches ;
- ils ont une longue histoire ensemble couvrant parfois plusieurs générations notamment dans le cas du médecin appelé à juste titre "médecin de famille" ;
- ces professionnels se rendent à domicile très souvent (ce qui les distingue des 2^e et 3^e lignes) ;
- la proximité, les relations tissées, le partage d'une certaine intimité offrent de multiples bénéfices mais entraînent aussi des difficultés spécifiques ; tels le manque d'objectivité dans l'évaluation du phénomène douloureux, la peur de devoir avouer l'impuissance.

- La 2^e ligne.

Elle est composée de médecins spécialistes ou de structures spécifiques de soins et traitements. Le choix ici devrait rester dans le chef du patient mais diverses inconnues existent parfois le poussant à s'en remettre aux mains du praticien. Les CPAS et leurs diverses activités et professionnels ainsi que selon les besoins, des bénévoles et d'autres services privés d'aides constituent un large part du réseau possible de soutien.

5. Le médecin généraliste

Dans une longue histoire de colloque singulier, il est le premier concerné par l'histoire du patient douloureux. Il devrait être le premier évaluateur et utilisateur d'un outil approprié en parallèle avec un protocole concret de lutte contre la douleur. Il reste responsable de sa prescription et l'informateur professionnel notamment auprès du patient et de ses pairs. Cependant lui attribuer la fonction de coordination des soins est à discuter dans un contexte d'insuffisance de moyens et de formation sociale. Il doit être un participant actif du cahier de liaison par une formulation adaptée à l'équipe. Il est coauteur du changement de mentalité pour un réel travail en équipe. Il est responsable de sa formation continuée.

L'infirmière

Elle a pour mission d'évaluer aussi la douleur avec l'outil approprié et son traitement ainsi que de prévenir les effets secondaires. Elle ne pose pas pour autant un diagnostic médical et se doit de respecter la prescription médicale ; ce qui ne veut pas dire qu'elle ne la discute pas ou ne suggère pas et qu'elle n'a pas recours à des protocoles d'ajustement de doses comme en France par exemple où ceci est légalisé. Elle est responsable de soins techniques et d'hygiène visant à soulager le patient. Elle est responsable à son niveau, de la transmission des informations par une formulation adaptée à l'équipe, qu'elle collecte spécialement par le cahier de liaison. Elle a certainement un rôle propre essentiel dans les soins de confort (massage et toucher), la verbalisation du vécu du patient durant les soins et son éducation, la prévention des douleurs induites, le soutien des proches et leur information. Elle est responsable de sa formation continuée. Son rôle de partenaire et de relais privilégié est dans le domaine de la douleur particulièrement à mettre en évidence.

9.3 LES CENTRES DE LA DOULEUR

Le recours à des équipes s'impose lorsque la douleur chronique apparaît complexe, résistante à un traitement médical conventionnel ou dominée par des facteurs psychosociaux.

Depuis une vingtaine d'années se sont constituées des **équipes interdisciplinaires** spécialisées dans l'évaluation et le traitement de la douleur chronique. Ces équipes sont généralement formées de plusieurs médecins spécialistes (par ex. anesthésiste, neurologue, neurochirurgien, médecin de révalidation, psychiatre, ...), ainsi que de pharmacien, psychologue, infirmière, kinésithérapeute, ergothérapeute et assistant social.

En collaboration avec le médecin traitant, une évaluation détaillée et approfondie de tous les aspects de la problématique individuelle du patient constitue une étape préalable et indispensable à toute proposition thérapeutique. Cette première étape consiste généralement à aider le patient à **reformuler sa demande vers des objectifs réalistes**, parfois relativement modestes et comprend **si nécessaire, un sevrage médicamenteux**. Le nombre d'intervenants impliqués directement dans l'évaluation et le traitement sera fonction du type de problème (p. ex. l'évaluation psychiatrique n'est pas toujours nécessaire). Des réunions interdisciplinaires régulières sont indispensables pour intégrer l'information et établir un projet thérapeutique consensuel, tenant compte de fréquentes résistances au changement. Le traitement aura dans la majorité des cas, une visée réadaptative (par opposition à curative) et multimodal associant, selon les cas :

- une pharmacothérapie personnalisée ;
- un soutien psychothérapeutique (ex. interventions cognitivo-comportementales) ;
- une réactivation physique (ex. programme de kinésithérapie active, activités de loisirs adaptées) ;
- un renforcement du réseau socioprofessionnel ;
- et (dans 10 à 15 % des cas) des techniques algologiques spécialisées (ex. infiltrations, stimulation électrique médullaire, administration intrathécale de morphine).

L'efficacité des interventions thérapeutiques et les ajustements de certains aspects du traitement sont également évalués lors des réunions interdisciplinaires, et de préférence (en présence) en concertation avec le médecin traitant afin d'assurer la continuité des soins.

Le kinésithérapeute

Par des techniques de détente mais aussi de rééducation, de toucher et d'écoute du corps global, il guide le sujet douloureux.

- pour re-sentir son corps de façon paisible et agréable ;
- retrouver les repères et des limites corporelles réunifiées et sécurisantes ;
- ne pas céder à l'envahissement de tout son être par la douleur ;

Il peut être particulièrement aidant au sein de l'équipe, dans l'évaluation de la douleur à l'aide du schéma corporel notamment. Il est responsable de sa formation continuée.

Le psychologue

Il propose des techniques de relaxation ou une approche psychocomportementale. Il tente de donner du sens, de replacer le sujet dans son histoire, lui permettant de lier des événements traumatiques anciens à la souffrance morale du présent. Il peut favoriser la compréhension de la situation et augmenter la tolérance des proches et des soignants et ainsi permettre de ne plus identifier celui qui a mal, à son symptôme.

Cependant à domicile, ce professionnel est "rare" et ses prestations ne sont pas remboursées par la Sécurité Sociale. Sa présence éventuelle dans un "lieu de parole" ne serait elle pas pourtant très utile afin de verbaliser la souffrance des soignants du domicile ?.

L'ergothérapeute

Ce professionnel n'est quasi jamais appelé à domicile alors que "par une réappropriation du corps par le toucher, la production d'endorphines par exemple, peut soulager de certaines douleurs voire de souffrances". Il pourrait être un relais essentiel dans l'équipe.

Le pharmacien

Celui-ci a évidemment un rôle dans l'information et l'éducation du patient et sa famille quant à la médication. Souvent les familles "adaptent" les prises de médicaments en fréquence et régularité. Son rôle peut encore être aujourd'hui source de malentendus et sa responsabilité comme partenaire de soins est à redéfinir avec l'ensemble des intervenants.

Les CPAS, les services privés, les aides bénévoles formelles et informelles

Toute structure d'ordre social et relationnel est à encourager et doit être un autre partenaire de "soins" à inclure parfois très vite dans la prise en charge. Un des buts de leurs activités est de prévenir certainement l'épuisement des proches. Mais ici aussi se pose les questions des coûts et de la communication et doit constituer par ailleurs, une inquiétude prioritaire pour le coordinateur.

L'efficacité de l'approche interdisciplinaire pour la douleur chronique avait déjà fait l'objet de plusieurs méta analyses (FLOR1992, COHEN 1997). Les résultats peuvent être résumés comme suit (**EBM niveau A**) :

- 1) Le traitement multimodal est plus efficace que le traitement unimodal ou l'absence de traitement
- 2) Les effets de l'approche interdisciplinaire semblent persister longtemps après l'arrêt de la prise en charge. Les résultats acquis sont stables
- 3) Les patients rapportent une diminution des périodes de douleur durant et après le traitement multimodal. L'humeur est fortement améliorée et la douleur semble moins interférer avec les activités de la vie journalière

Les effets positifs du traitement multimodal ne concernent pas seulement des variables subjectives mais également des variables comportementales objectives tel que reprise du travail, diminution de la consommation de soins médicaux.

Une méta analyse plus récente de la Cochrane met en évidence ce bénéfice dans le suivi de patients souffrant de lombalgie chronique (GUZMAN 2004) (**EBM niveau A**).

D'autre part, une collaboration entre les spécialistes de la douleur et les médecins généralistes pourrait avoir des effets bénéfiques à long terme en améliorant la connaissance générale des médecins généralistes sur la gestion de la douleur chronique (BECKER 2000) (**EBM niveau C**).

Le recours relativement précoce à une équipe pluridisciplinaire spécialisée pourrait faciliter l'issue favorable d'une problématique de douleur chronique. Il permettrait de réduire les coûts médicaux (les dépenses en matière de procédures diagnostiques et de soins) ainsi que les coûts sociaux (par la reprise du travail).

TABLEAU DE SYNTHÈSE

Voici les recommandations que nous formulons avec leur niveau de preuve.

- 1) L'accompagnement d'un patient qui souffre de douleur chronique fait partie des tâches difficiles du médecin généraliste. L'écoute de toutes les dimensions du vécu, l'examen clinique attentif, l'évaluation avec les outils disponibles sont des préalables à un abord thérapeutique adéquat **(EBM niveau C)**.
- 2) Les chances de réussite d'un traitement sont fonction de la prise en considération du « syndrome de douleur chronique ». Les différentes modifications physiques, thymiques et comportementales demandent une intervention dans le domaine psychologique et un souci de reconditionnement physique **(EBM niveau A)**.
- 3) Le traitement médicamenteux de la douleur peut se situer, à différents niveaux d'analgésie. Les paliers de l'OMS permettent de les classer mais leur usage ne peut servir de canevas pour toutes les douleurs **(EBM niveau C)**.
- 4) Les analgésiques périphériques sont à utiliser en première intention. Le paracétamol utilisé de manière adéquate doit être préféré étant donné le peu d'effets secondaires aux doses thérapeutiques **(EBM niveau A)**.
- 5) Les opioïdes faibles ou forts peuvent avoir leur place dans le traitement de la douleur chronique en respectant certains repères bien codifiés **(EBM niveau B)**.
- 6) La douleur neuropathique doit être distinguée de la douleur inflammatoire par ses caractéristiques propres. Les antiépileptiques sont le traitement de choix et leur mécanisme d'action est variable. La littérature médicale ne permet pas d'envisager un classement des différentes molécules. Leur utilisation doit respecter une augmentation progressive de la posologie **(EBM niveau A)**.
- 7) Les différentes thérapeutiques alternatives n'ont pas fait la preuve d'une efficacité dans la littérature scientifique consultée. Leur bénéfice peut cependant être envisagé en terme de dialogue et de communication avec le patient. **(EBM niveau C)**.
- 8) Les différents facteurs somatiques, psychosociaux et comportementaux justifient le plus souvent une approche interdisciplinaire **(EBM niveau A)**.

CONCLUSION

L'accompagnement de patients souffrant de douleur chronique est une situation fréquente en médecine générale. Le syndrome de douleur chronique modifie notre approche traditionnelle de la compréhension du système de la douleur. Cette évolution durant les 20 dernières années s'accompagne de connaissances nouvelles aussi bien dans le domaine neurophysiologique que comportemental. L'approche de cette pathologie dans la pratique du médecin généraliste demande un regard nouveau qui permet de considérer autrement le rapport entre cause et conséquences des symptômes. Elle est multidimensionnelle et s'ouvre spontanément à l'approche interdisciplinaire.

BIBLIOGRAPHIE

- ABRASSARD JL, "Plaidoyer pour le toucher", <http://www.psychic-healing.com/touch/conf.html>, 10/2002.
- ALLAZ AF; Le messager boiteux : approche pratique des douleurs chroniques, ED. Médecine et Hygiène, département livre, Genève, 2003 – p 105.
- AHMEDZAI S et coll, Transdermal fentanyl versus sustained-release oral morphine in cancer pain : preference, efficacy, and quality of life, *J Pain Symptom Manage* 1997 ; 13 : 254-261.
- AMERICAN GERIATRICS SOCIETY, The management of persistent pain in older persons. *J Am Geriatr Soc*, 2002, 50 : S205-24.
- AMERICAN MEDICAL DIRECTORS ASSOCIATION, Chronic pain management in the long-term care setting. Columbia (MD) : American Medical Directors Association ; 1999. 39 p.
- AMERICAN SOCIETY OF ANESTHESIOLOGISTS adapté de Task Force on Pain Management, Chronic Pain Section. Practice guidelines for chronic pain management. *Anesthesiology*, 86 ; 995-1004, 1997.
- ANAES, Évaluation et suivi de la douleur chronique en médecine ambulatoire, texte des recommandations, ANAES, Service des Communications et Diffusion, Paris, février 1999.
- ANSARI A, The efficacy of newer antidepressants in the treatment of chronic pain : a review of current literature, *Harvard Rev Psychiatry* 2000 ; 7 : 257-277.
- ARORA S., HERBERT M.E., Myth : codeine is a powerful and effective analgesic, *West J Med*, 174 : 428.
- BAIR MJ, ROBINSON RL, KATON W, KROENKE K, Depression and pain comorbidity : a literature review, *Arch Int Med* 2003 ; (20) : 2433-45.
- BAULON, A. FLORIOT, A ; "Obstacles à la reconnaissance de la douleur en gériatrie", in Sebag – Lanoé ; Wary B ; Mischlich D ; 'La douleur des femmes et des hommes âgés, ED. Masson, Paris 2002, Isbn 2-294-00796-4, pp 179186 324 p.
- BECKER N, Sjogren, P., Bech, P., Olsen, A.K., & Eriksen, J. (2000). Treatment outcome of chronic non-malignant pain patients managed in a Danish multidisciplinary pain centre compared to general practice : a randomised controlled trial. *Pain*, 84, 203-211.
- BERGERON et al., *Thérapie* 2002 ; 57 : 464-472.
- BERNAM BM, Integrative approaches to pain management : navigating new waters, *BMJ* 2003 ; 263 : 1320-.
- BLANCHARD-VIGNON O, de BLAUWE A. ; Le regard des médecins généralistes : une enquête sur la pratique et les besoins des médecins généralistes alsaciens dans le cadre de la prise en charge de la douleur chronique du sujet âgé à domicile, in Sebag-Lanoë, Wary B., Mischlich D. ; La douleur des hommes et des femmes âgés, Ed. Masson Paris, 2002, p 56.
- BOLLY C., VANHALEWYN M., Aux sources de l'instant. Manuel de soins palliatifs à domicile, Weyrich Edition, Neufchâteau, février 2002, 245 p.
- BOLLY C., VANHALEWYN M., La formation en éthique du médecin généraliste. La dynamique du "oui et..." *Ethica Clinica* 2001 ; 24 : 38-44.
- BONICAJ.J. (1987) in ANDERSSON S, BOND M, METHA M, SWERDLON M Eds, Chronic non-cancer pain, MTP Press Ltd, Lancaster, UK, 207 p.
- BOUREAU F, ROSTAING-RIGATTIERI S ; "L'évaluation du patient douloureux chronique", 2001, *Bulletin d'Éducation du Patient*, 20,2-3, pp 5-10.
- BROCHET B. ; "Épidémiologie de la douleur chez les sujets âgés", in Sebag-Lanoë, Wary B., Mischlich D. ; 'La douleur des femmes et des hommes âgés, Ed. Masson, Paris, 2002, pp95.
- BRUNELLI B, GORSON KC, The use of complementary and alternative medicines by patients with peripheral neuropathy, *J Neurol Sci*. 2004 Mar 15 ; 218 (1-2) : 59-66.
- BUSH A, SCHACHTER CL, PELOSO PM, BOMBARDIER C, Exercise for treating fibromyalgia syndrome. (Cochrane Review). The Cochrane Library, Issue 3, 2004. Chichester, UK : John Wiley & Sons, Ltd.
- CAMPBELL FA, TRAMER FR, CAROLL D, REYNOLDS DJ, MOORE RA, Mc QUAY HJ, Are cannabinoids an effective and safe treatment option in the management of pain : a qualitative systematic review *BMJ* 2001 ; 323 : 13-16.
- CARROLL D, SEERS K, Relaxation for the relief of chronic pain : a systematic review. *Journal of Advanced Nursing*, 1998 ; 27 (3) : 476-487.

- CARROLL D, MOORE RA, Mc QUAY HJ, FAIRMAN F, TRAMER M, LEIJON G, Transcutaneous electrical nerve stimulation (TENS) for chronic pain (Cochrane Review) in The Cochrane Library 2003, Issue 3. Oxford: Update Software.
- CASIMIRO L, BROSSEAU L, MILNE S, ROBINSON V, WELLS G, TUGWELL P, Acupuncture and electroacupuncture for the treatment of RA (Cochrane Review). In: The Cochrane Library, Issue 3, 2004. Chichester, UK: John Wiley & Sons, Ltd.
- CEGLA TH, WALTER F, BORCHERS A, TRENZ M, Postoperative pain therapy with tilidine and tilidine retard as an oral pain-controlled analgesia after uncomplicated myocardial revascularization, *Schmerz* 2003 ; 17 (2): 110-6.
- CEREXHE F et al. «Institutionnalisation d'un service d'auxiliaires encadrées à domicile», UCL, SOME et SC. Hospitalières, Bruxelles, rapport 2001- 134p et rapport 2004 – “phase d'expérimentation”.
- CHRISTO PJ, GRABOW TS, RAJA SN, Opioid effectiveness, addiction and depression in chronic pain, *Adv Psychosom Med.* 2004 ; 25: 123-37.
- CLARK D., “Total pain”, disciplinary power and the body in the work of Cicely Saunders, 1958-1967, in *social science & medicine*, Elsevier Science Ltd, n°49 1999, pp 727-736.
- COHEN M J M, CAMPBELL J N (eds.), *Pain Treatment Centers at a Crossroads: A practical and conceptual reappraisal*, IASP Press, Seattle, 1997.
- COLLEGE OF PHYSICIANS AND SURGEONS OF ONTARIO, Evidence-based recommendations for medical management of chronic non-malignant pain: reference guide for physicians, Toronto ; 2000.
- COLLIGNON JL, LERUTH S, Douleurs et éducation du patient, in *bulletin d'éducation du patient*, 2001, vol. 20 n° 2-3 – pp 67-69.
- COUGHLIN AM, BADURA AS, FLEISCHER TD, GUCK TP, Multidisciplinary treatment of chronic pain patients: its efficacy in changing patient locus of control, *Archives-of-Physical Medicine and Rehabilitation*, 2000, 81 (6), 739-40.
- CROOK J, RIDEOUTE E, BROWNE G, The prevalence of pain in a general population, *Pain* 1984, 18 ; 299-314.
- DERONZIER C., “L'hypnose Ericksonienne en soins palliatifs”, 2^e congrès de recherche en soins palliatifs de l'EAPC, Lyon 25/05/02.
- DESMEULES JA, A risk-benefit assessment of tramadol in the management of pain, *Eur J Pain* 2000 ; 4 Suppl A : 15-21.
- DI BLASI Z, HARKNESS E, ERNST E, GEORGIOU A, KLEIJNEN J “Influence of the context effects on health outcomes: a systematic review”, in *The Lancet*, vol. 357, march 10, 2001, pp 757-762.
- Di VADDI PP, HAMANN W, The use of lamotrigine in neuropathic pain, *Anaesthesia* 1998 ; 53 : 808-809.
- DUHLKE RM, CORNBATH DD, HOLLINGSHEAD JRF. Tramadol for neuropathic pain (Cochrane Review). In: The Cochrane Library, Issue 3, 2004. Chichester, UK: John Wiley & Sons, Ltd.
- EZZO J, BERMAN B, HADHAZY V A, JADAD A R, LAO L, SINGH B B. Is acupuncture effective for the treatment of chronic pain: a systematic review. *Pain*, 2000 ; 86 (3): 217-225.
- FERRARI R, The biopsychosocial model – a tool for rheumatologists. *Baillieres Clin Rheumatol* 2000 ; 14: 787-9.
- FLOR H, FYDRICH T, Turk D C, Efficacy of multidisciplinary pain treatment centers: a meta-analytic review, *Pain* 49 ; 221-230: 1992.
- GATCHEL RJ, POLATIN PB, MAYER TG, The dominant role of psychosocial risk factors in the development of chronic low back pain disability, *Spine* 1995, 20: 2702-2709.
- GATCHEL R.J., EPKER JT; “Psychosocial predictors of chronic pain and response to treatment” in Gatchel RJ, Turk DC, Eds *Psychosocial factors in pain: Critical perspectives*, Guilford Press, NewYork, 1999, pp 412 – 434.
- GACHEL RJ, WEISBERG JN, Personality characteristics of patients with pain, *American Psychological Association* 2000 ; Washington D.C., 310 p.
- GILDENBERG P, DEVAUL R, *The Chronic pain Patient, Evaluation and Management*, Ed Karger 1985.
- GOUCKE CR, Australian management strategies for oral opioid use in non-malignant pain, *Eur J Pain* 2001 ; 5: 99-101.
- GUSTAFSSON M, EKHOLM J, BROMAN Effects of a multiprofessional rehabilitation programme for patients with fibromyalgia syndrome, *J Rehabil Med*, 2002 ; 34 (3): 119-127.
- HARSTAL C, OSPINA M, How prevalent is chronic pain ? *Pain Clinical Updates*, IASP, XI (2), June 2003.

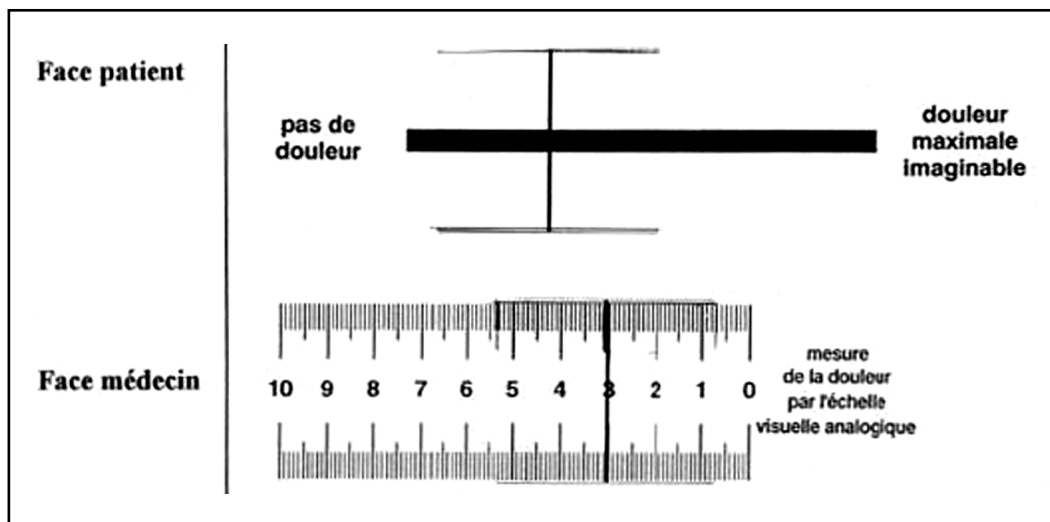
- HARKINS S, LINDFORD J, COHEN J, KRAMER T, CUEVA L, Administration of Clonazepam in the treatment of TMD and associated myofascial pain: a Double Blind Pilot Study, *Journal of Craniomandibular Disorders* 1991; 5: 179-186.
- HERBERT RD, MAHER CG, MOSELEY AM, SHERRINGTON C. Regular review: Effective physiotherapy. *BMJ* 2001; 323: 788-90.
- IASP; Classification of Chronic Pain, Second Edition, edited by E Merskey and N Bogduk, IASP Press, 1994, pp 209-214. (réédition de "Pain terms – a list with definitions and notes on usage"; 1979, 6: 249-252).
- Institut Universitaire de Gériatrie de Montréal, "Orientations pour le programme de formation à l'interdisciplinarité", Montréal, 1997.
- JADAD AR, BROWMAN GP. The WHO analgesic ladder for cancer pain management. Stepping up the quality of its evaluation.
- JAMISON RN, Raymond SA, Slawsby EA, Nedeljkovic SS, Katz NP. Opioid therapy for chronic non-cancer back pain. A randomized prospective study, *Spine* 1998; 23: 2591-600.
- JASINSKI DR, PRESTON KL, Evaluation of tilidine for morphine-like subjective effects and euphoria, *Drug Alcohol Depend* 1986; 18 (3), 273-92.
- JEAL W, BENFIELD P, Transdermal Fentanyl. A review of its pharmacological properties and therapeutic efficacy in pain control, *Drugs* 1997; 53: 109-38.
- JOVEY RD, ENNIS J, GARDNER-NIX J, GOLDMAN B, HAYS H, LYNCH M, et al. Use of opioid analgesics for the treatment of chronic noncancer pain – a consensus statement and guidelines from the Canadian Pain Society. *Pain Res Manage* 2003; 8 (Suppl A): 3A-28A.
- KALSO E, ALLAN L, DELLEMIJN P, FAURA C, ILIAS K, JENSEN T, PERROT S, PLAGHKI L, ZENZ M, Recommendations for using opioids in chronic non-cancer pain, *European Journal of Pain* 2003; 381-386.
- GUZMAN J, ESMAIL R, KARJALAINEN K, MALMIVAARA A, IRVIN E, Multidisciplinary bio-psycho-social for chronic low-back pain, *Cochrane Review*, from the Cochrane Library, Issue 3, 2004.
- LIN J et al. Efficacy of topical non-steroidal anti-inflammatory drugs in the treatment of osteoarthritis: meta-analysis of randomised controlled trials. *BMJ* 2004 329: 324-.
- LUSSIER D. Approche et évaluation multidimensionnelle de la douleur chronique chez les patients gériatriques, in *La revue de gériatrie*, tome 25, n°9, 11/00, p 681 pp 673-682.
- MAILIS-GAGNON A, FURLAN AD, SANDOVAL JA, TAYLOR R. Spinal cord stimulation for chronic pain (Cochrane Review). In: *The Cochrane Library*, Issue 3, 2004. Chichester, UK: John Wiley & Sons, Ltd.
- MARCHAND S., "A propos des traitements non pharmacologiques de la douleur", in *BEP*; vol. 18, n°3-4, 1999, p 111.
- MARCUS DAWN A., Treatment of chronic non malignant pain, *Am Fam Physician* 2000; 61: 1331-8, 1345-6.
- MARPLES IL, Co-proxamol and suicide: Co-proxamol should be restricted not banned, *BMJ* 2003; 326: 1006-8.
- MASON L, MOORE R, DERRY S, EDWARDS JE, Mc QUAY HJ, Systematic review of topical capsaicin for the treatment of chronic pain. *BMJ* 2004; 328: 991.
- MASON L, MOORE RA, EDWARDS JE, DERRY S, McQUAY HJ., Topical NSAIDs for chronic musculoskeletal pain: systematic review and meta-analysis. *BMC Musculoskelet Disord*. 2004 Aug 19; 5 (1): 28.
- MASQUELIER E, Vers une approche intégrée et interdisciplinaire pour prévenir et traiter la douleur chronique, in *Bulletin d'éducation du patient*, vol. 18, n°3,04/1999, pp 84-87.
- Mc CRACKEN LM, TURK DC, Behavioral and cognitive-behavioral treatment for chronic pain: outcome, predictors of outcome, and treatment process. *Spine* 2002, 27: 2564-2573.
- MEDICINES CONTROL AGENCY, Committee on Safety of Medicines. In focus: tramadol. *Curr Probl Pharmacovigilance* 1996; 22: 11.
- MENGSHOEL AM, HAUGEN M., Health status in fibromyalgia – A followup study. *Journal of Rheumatology* 2001; 28 (9), 2085-2089.
- MOORE A., COLINS S., CARROLL D., Mc QUAY H., EDWARDS J., Single dose paracetamol (acetaminophen), with and without codeine, for postoperative pain, *Cochrane Database Syst Rev* 2000, 2, CD 001547.
- MORLEY S., ECCLESTON C., WILLIAMS A., Systematic review and meta-analysis of randomised controlled trials of cognitive therapy and behaviour therapy for chronic pain in adults, excluding headache, 1999, in *Pain*, vol. 80, pp 1-13.

- MOULIN D, IEZZI A, AMIREH R, SHARPE WK, BOYD D, MERSKEY H. Randomised trial of oral morphine for chronic non-cancer pain. *Lancet* 1996; 347: 143-7.
- MULLER FO, ODENDAAL CL, MULLER FR, RAUBENHEIMER J., MIDDLE MV, KUMMER M., Comparaison of the efficacy and tolerability of a paracetamol/codeine fixed dose combination with tramadol in patients with refractory backpain, *Arzneimittelforschung* 1998, 48, 675-679.
- NATIONAL GUIDELINES CLEARINGHOUSE, The management of persistent pain in older persons, *J Am Geriatr. Soc* 2002, 50 (6 suppl), S205-24 (126 references).
- NICHOLSON AB, Methadone for cancer pain (Cochrane Review). In: *The Cochrane Library*, Issue 3, 2004. Chichester, UK: John Wiley & Sons, Ltd.
- NIELENS H, PLAGHKI L, Perception of pain and exertion during exercise on a cycle ergometer in chronic pain patients, *The Clinical Journal of Pain* 1994; 10: 204-209.
- NOTCUTT R, PRICE M, MILLER R, NEWPORT S, PHILIPS C, SIMMONS S, SANSOM C, Initial experiences with medicinal extracts of cannabis for chronic pain, *Anaesthesia*, May 2004, Vol 59 Issue 5 Page 440.
- NURMIKKO T, NASH T, WILES J, Recent advances: Control of chronic pain, *BMJ* 1998; 314: 1438-1444.
- ONGHENA P et coll., Antidepressant induced analgesia in chronic non malignant pain: a meta-analysis of 39 placebo-controlled studies, *Pain*, 1992; 49: 205-219.
- OSPINA M, HARSHALL C, Multidisciplinary pain programs for chronic pain: evidence from systematic reviews. Edmonton: Alberta Heritage Foundation for Medical Research (AHFMR), 2003: 53.
- PAIN SOCIETY UK, "Provisional recommendations for the appropriate use of opioids in patients with chronic non-cancer related pain", Ed. The Pain Society, London, 2003 – 20 p.
- PERKINS FM, KEHLET H, Chronic pain as an outcome of surgery: a review of predictive factors. *Anesthesiology* 2000 93: 1123-1133.
- PISTOR M, Mésothérapie pratique, 1998, Ed. Masson 206 p.
- PLAGHKI L., PONCIN J., GYBELS J., Face à face avec la douleur, Vif Editions, 2001.
- PRICE D.D., MAYER D.J., MAO J., CARUSO F.S., NMDA-receptor antagonists and opioid receptor interaction as related to analgesia and tolerance, *J Pain Symptom Manage* 2000 jan, 19 (1 suppl): S7-11.
- QUIGLEY C, Opioid switching to improve pain relief and drug tolerability, *Cochrane Database Syst. Rev.* 2004, (3), CD 004847.
- QUIGLEY C, WIFFEN P, A systematic review of hydromorphone in acute and chronic pain, *Journal of Pain & Symptom Management* 2003; 25 (2): 169-178.
- RAUCK R.L., RUOFF G.E., Mc MILLEN J.I., Comparaison of tramadol and acetaminophen with codeine for long-term pain management in elderly patients, *Current Therapeutic Research*, 1994, 55, 1417-1430.
- REISINE T et PASTERNAK, "Opioid analgesics and antagonists", in "Goodman and Gilman's, the pharmacological basis of therapeutics", 9th ed. Mc Graw Hill, New York, 1996, 521-5.
- RUMACK BH. Acetaminophen hepatotoxicity: the first 35 years. *J Toxicol Clin Toxicol.* 2002; 4 (1): 3-20. RUMACK BH, Acetaminophen misconceptions, *Hepatology*; July 2004; 40: 1; pp. 10-15.
- SANDERS SH, RUCKER KS, ANDERSON KO, et al. Clinical practice guidelines for chronic non-malignant pain syndrome patients. *J Back Musculoskeletal Rehab* 1995; 5: 115-120.
- SANDERS SH, HARDEN N, BENSON SE, VICENTE PJ. Clinical practice guidelines for chronic non-malignant pain syndrome patients II: an evidence-based approach. *J Back Musculoskeletal Rehabil* 1999 Jan 1; 13:47-58. [65 references].
- SAUNDERS C., Living with dying: a guide to palliative care, Oxford University Press, 1993.
- SCHADE V, SEMMER N, MAIN CJ, HORA J, BOOS N, The impact of clinical, morphological, psychosocial and work-related factors on the outcome of lumbar discectomy, *Pain* 1999; 80: 239-249.
- Schmitt B., "De la pluridisciplinarité contrainte à l'interdisciplinarité souhaitée", in "Perspective soignante", Paris, n° 1, avril 1998.
- Scholtès, JL, Transdisciplinarité, interdisciplinarité et filières de soins, in 'Perspective soignante, Paris, n°9, décembre 2000.
- SEBAG-LANOE R, WARY B, MISCHLICH D, La douleur des femmes et des hommes âgés, Ed. Masson, 2003 – 324 p.
-

- SEEGENSCHMIEDT MH, MAKOSKI HB, MICKE O, German Cooperative Group on Radiotherapy, Consensus guidelines for radiation therapy of benign diseases: a multicenter approach in Germany. *Int J Radiat Oncol Biol Phys.* 2002 Feb 1; 52 (2): 496-513.
- SERES JL, Evaluating the complex chronic pain, *Neurosurg Clin N Am*, 2003; 14 (3): 339-52.
- SIMON LS, LIPMAN AG, JACOBS AK, CAUDILL-SLOSBERG M, GILL LH, KEEFE FJ, KERR KL, MINOR MA, SHERRY DD, VALLERAND AH, VASUDEVAN S. Pain in osteoarthritis, rheumatoid arthritis and juvenile chronic arthritis. 2nd ed. Glenview (IL): American Pain Society (APS); 2002. 179 p. (Clinical practice guideline; no. 2). [466 references].
- SINDHU F. Are non-pharmacological nursing interventions for the management of pain effective ? – A meta-analysis. *J Adv Nurs* 1996; 24: 1152-9.
- SMITH L., MOORE R., Mc QUAY H., GAVAGHAN D., Using evidence from different sources: an example using paracetamol 1000 mg plus codeine 60 mg, *BMC Medical Research Methodology*, 2001, 1: 1.
- SPITZER, ROBERTS.; Twelve questions about teams in health services, *Journal of community health* n° 6, vol.1 1980 and pp 1-5.
- STILL R, GRISSINGER N, LIKAR N, Analgesic efficacy and tolerability of transdermal buprenorphine in patients with inadequately controlled pain related to cancer and other disorders: a multicenter, randomized, double-blind, placebo-controlled trial, *Clin Ther* 2003; 25 (1): 150-68.
- VAN DRIEL M, CHEVALIER P, JANSSENS I, AINS Cox 2 sélectifs: évaluation après 5 ans, Minerva, Novembre 2003.
- Villard J-F, in SEBAG-LANOE R, WARY B, MISCHLICH D, La douleur des femmes et des hommes âgés, Ed. Masson, 2003 – p 207.
- Von POPPEL NM, KOES BW, DEVILLE W, SMID T, BOUTER LM, Risk factors for back pain incidence in industry: a prospective study, *Pain* 1998; 77: 81-86.
- WALL PD, Neuropathic pain and injured nerve: central mechanisms, *Br Med Bull* 1991; 47: 631-43.
- WARNER T., MITCHELL J., Cyclooxygenase-3 (COX-3) Filling in the gaps toward a COX continuum, *PNAS (Proceedings of the National Academy of Sciences of United States of America)* 2003; 21: 13371-13373.
- WARY B., SERBOUTI S, Doloplus 2: validation d'une échelle d'évaluation comportementale de la douleur chez la personne âgée, *Revue DOULEURS*, 2001, 2,1; pp35-38.
- WASHINGTON STATE DEPARTMENT OF LABOR AND INDUSTRIES, "Guidelines for prescription of oral opioids for injured workers with chronic, non-cancer pain", Ed. National Guideline Clearinghouse, May 1, 2000; 17 p.
- WATSON CP, BABUL N. Efficacy of oxycodone in neuropathic pain: a randomized controlled trial in postherpetic neuralgia, *Neurology*, 1998; 50: 1837-41.
- WIENECKE T, GOETSZTHE PC. Paracetamol versus nonsteroidal anti-inflammatory drugs for rheumatoid arthritis (Cochrane Review). In: *The Cochrane Library*, Issue 3, 2004. Chichester, UK: John Wiley & Sons, Ltd.
- WIFFEN P, COLLINS S, McQUAY H, CARROLL D, JADAD A, MOORE A Anticonvulsivant drugs for acute and chronic pain (Cochrane Review), In: *The Cochrane Library*, Issue 2 2002, Oxford: Update Software.
- WOLFE M, LICHTENSTEIN D, SINGH G, Gastrointestinal Toxicity of Nonsteroidal Antiinflammatory Drugs, *N Engl J Med* 1999; 340: 1889-1899.
- Wunsch G., Bauwens E., Gourbin C., Cerexhe F, Paulus D., Pestiaux D., Page H., «Prise en charge des personnes âgées en perte d'autonomie à domicile», *Cumg, Ucl*, 10/02 – pp 54-59.

ANNEXES

ANNEXE N° 1



ANAES 1999.

ANNEXE N° 2

Nom : Prénom : Service :		EVALUATION COMPORTEMENTALE DE LA DOULEUR CHEZ LA PERSONNE AGÉE Echelle Doloplus 2													
OBSERVATION COMPORTEMENTALE										Dates		Automatique			
RETENTISSEMENT SOMATIQUE															
1. Plaintes somatiques		<input checked="" type="radio"/> Pas de plainte <input type="radio"/> Plaintes uniquement à la sollicitation <input type="radio"/> Plaintes spontanées occasionnelles <input type="radio"/> Plaintes spontanées continues								0	0	0	0	0	
										1	1	1	1		
										2	2	2	2		
										3	3	3	3		
2. Positions antalgiques au repos		<input checked="" type="radio"/> Pas de position antalgique <input type="radio"/> Le sujet évite certaines positions de façon occasionnelle <input type="radio"/> Position antalgique permanente et efficace <input type="radio"/> Position antalgique permanente inefficace								0	0	0	0	0	
										1	1	1	1		
										2	2	2	2		
										3	3	3	3		
3. Protection des zones douloureuses		<input checked="" type="radio"/> Pas de protection <input type="radio"/> Protection à la sollicitation n'empêchant pas la poursuite de l'examen ou des soins <input type="radio"/> Protection à la sollicitation empêchant tout examen ou les soins <input type="radio"/> Protection au repos, en l'absence de toute sollicitation								0	0	0	0	0	
										1	1	1	1		
										2	2	2	2		
										3	3	3	3		
4. Mimique		<input checked="" type="radio"/> Mimique habituelle <input type="radio"/> Mimique semblant exprimer la douleur à la sollicitation <input type="radio"/> Mimique semblant exprimer la douleur en l'absence de toute sollicitation <input type="radio"/> Mimique inexpressive en permanence et de manière inhabituelle								0	0	0	0	0	
										1	1	1	1		
										2	2	2	2		
										3	3	3	3		
5. Sommeil		<input checked="" type="radio"/> Sommeil habituel <input type="radio"/> Difficultés d'endormissement <input type="radio"/> Réveils fréquents (agitation motrice) <input type="radio"/> Insomnie avec retentissement sur les phases d'éveil								0	0	0	0	0	
										1	1	1	1		
										2	2	2	2		
										3	3	3	3		
RETENTISSEMENT PSYCHO-MOTEUR															
6. Toilettage et/ou habillage		<input checked="" type="radio"/> Possibilités habituelles inchangées <input type="radio"/> Possibilités habituelles peu diminuées (précautionneux mais complet) <input type="radio"/> Possibilités habituelles très diminuées, toilette et/ou habillage étant difficiles et partiels <input type="radio"/> Toilettage et/ou habillage impossibles, le malade exprimant son opposition à toute tentative								0	0	0	0	0	
										1	1	1	1		
										2	2	2	2		
										3	3	3	3		
7. Mouvements		<input checked="" type="radio"/> Possibilités habituelles inchangées <input type="radio"/> Possibilités habituelles actives limitées (le malade évite certains mouvements, son périmètre de marche, ...) <input type="radio"/> Possibilités habituelles actives et passives limitées (même aidé, le malade évite ses mouvements) <input type="radio"/> Mouvements impossibles, toute mobilisation entraînant une opposition								0	0	0	0	0	
										1	1	1	1		
										2	2	2	2		
										3	3	3	3		
RETENTISSEMENT PSYCHO-SOCIAL															
8. Communication		<input checked="" type="radio"/> Inchangée <input type="radio"/> Intensifiée (la personne attire l'attention de manière inhabituelle) <input type="radio"/> Diminuée (la personne s'isole) <input type="radio"/> Absence ou refus de toute communication								0	0	0	0	0	
										1	1	1	1		
										2	2	2	2		
										3	3	3	3		
9. Vie sociale		<input checked="" type="radio"/> Participation habituelle aux différentes activités (repas, animations, ateliers thérapeutiques) <input type="radio"/> Participation aux différentes activités uniquement à la sollicitation <input type="radio"/> Refus partiel de participation aux différentes activités <input type="radio"/> Refus de toute vie sociale								0	0	0	0	0	
										1	1	1	1		
										2	2	2	2		
										3	3	3	3		
10. Troubles du comportement		<input checked="" type="radio"/> Comportement habituel <input type="radio"/> Troubles du comportement à la sollicitation itératifs <input type="radio"/> Troubles du comportement à la sollicitation permanents <input type="radio"/> Troubles du comportement permanents (en dehors de toute sollicitation)								0	0	0	0	0	
										1	1	1	1		
										2	2	2	2		
										3	3	3	3		
SCORE										Douleur si > 5					0

Site internet : www.doloplus.com.



SSMG asbl
rue de Suisse 8 • B-1060 Bruxelles
Tél. 02 533 09 80 • Fax 02 533 09 90
<http://www.ssmg.be> • E-mail: ssmg@ssmg.be