

**Rédacteur(s)**

- ✓ Dr François JEDRYKA - PH CETD
- ✓ Laure SEGURA - IDE Coordinatrice du CLuD

Valideur(s)

- ✓ Pr Eric VIEL - chef de service CETD et Président du CLuD

1. Introduction

La douleur est définie par l'Association Internationale pour l'Etude de la Douleur (IASP) comme :

"Une expérience sensorielle et émotionnelle désagréable associée à une lésion tissulaire réelle ou potentielle ou décrite en ces termes".

Cette définition associe donc à la dimension sensorielle de la douleur des dimensions affectives, psychologiques et émotionnelles qui lui sont propres.

La douleur est donc une **expérience subjective, difficile à qualifier et quantifier car basée sur le ressenti propre d'une personne.**

L'expression d'une plainte douloureuse ne doit jamais être minimisée par des professionnels de santé car ils risquent alors d'en sous-évaluer le retentissement sur la vie du patient.

L'entretien avec un patient douloureux chronique a donc deux objectifs simultanés :

- **Faire un diagnostic précis de l'origine de la douleur**
- **Evaluer son retentissement physique, émotionnel ou fonctionnel sur la vie quotidienne du patient**



La distinction entre douleur aiguë et douleur chronique est très importante car les approches sont très différentes

a) La douleur aiguë

La douleur aiguë est un **signal d'alarme** qui protège l'organisme.

C'est un symptôme souvent utile dont il faudra rapidement déterminer l'origine et la nature afin de mettre en œuvre le traitement adapté à la suppression de la cause (si possible) et à la disparition complète de la douleur. Comme dans toute douleur, une composante affective intervient sous la forme de manifestations anxieuses.

Le traitement rapide et adapté de la douleur aiguë diminue le risque d'évolution vers un syndrome douloureux chronique. Il s'agit d'une urgence thérapeutique tant pour des raisons éthiques que pronostiques.

b) Douleur chronique :

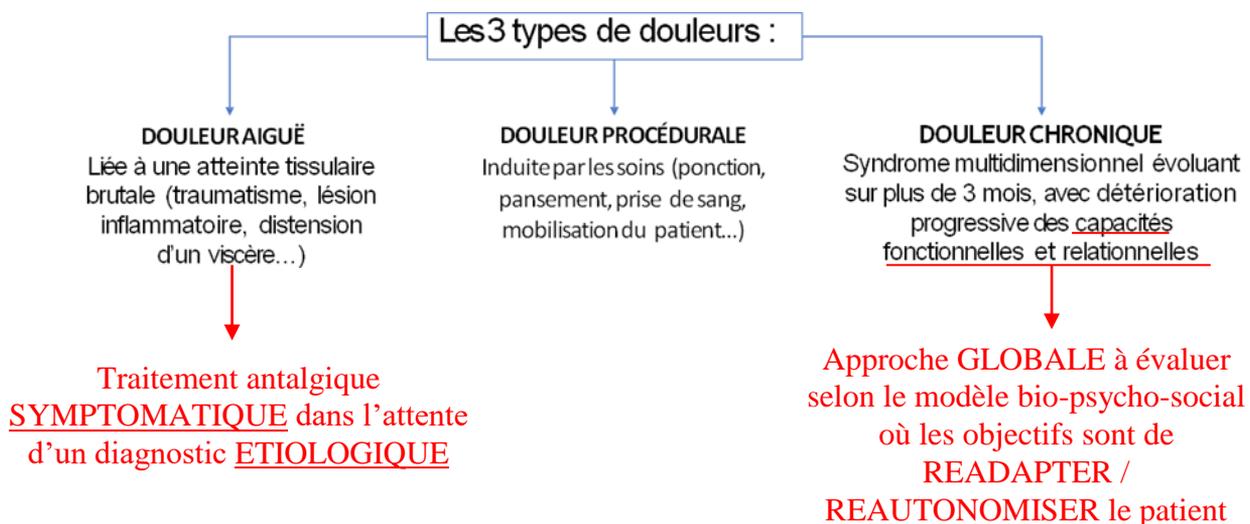
La douleur est chronique si sa durée est supérieure à 3 mois.

Ce n'est plus un symptôme mais un **syndrome**, plurifactoriel et complexe, associant des manifestations physiques mais également psychiques, comportementales et sociales

La douleur a perdu sa valeur protectrice pour devenir destructrice de la santé.

Cette évolution s'explique par des modifications structurelles du système nerveux central induites par une stimulation douloureuse prolongée (mémoire de la douleur). La douleur n'est plus contrôlée et d'ailleurs plus contrôlable par les seuls médicaments, elle envahit progressivement tout l'univers psychologique, affectif, cognitif et social du patient (c'est la maladie douloureuse chronique).

Le choix d'une stratégie thérapeutique devant une douleur chronique nécessite toujours une évaluation minutieuse de la situation, souvent un avis pluridisciplinaire et ne relève donc pas de l'urgence.



c) Douleur aiguë et chronique intriquée :

Il existe des tableaux douloureux associant une problématique de douleur aiguë et de douleur chronique

Il s'agit essentiellement des douleurs cancéreuses dont l'intensité, les conditions de survenue se rapprochent plus de douleurs aiguës persistantes. Elles peuvent être associées à des séquelles de lésions anciennes responsables de douleurs plutôt chroniques. L'apparition, de par l'évolution de la maladie, de nouvelles douleurs est à prendre en compte comme des douleurs aiguës. Les maladies inflammatoires sévères et chroniques peuvent également être responsables de tableaux associant douleur aiguë et chronique.

L'anxiété et les facteurs psychologiques peuvent amener à majorer l'intensité perçue par le patient. L'objectif de l'examen clinique est de déterminer si les symptômes sont NOUVEAUX (=démarche étiologique) ou IDENTIQUES (=intensité perçue, vérifier évènements de vie).

2. Classification des douleurs

- Douleur nociceptive (confère chapitre SCLU019)
- Douleur neuropathique (confère chapitre SCLU023)
- Douleur nociplastique (confère chapitre SCLU066)

Conduite d'un entretien d'évaluation de la douleur

Lors de l'évaluation d'un patient douloureux, le praticien doit s'attacher à recueillir l'ensemble des informations pertinentes sur la symptomatologie douloureuse pour guider la prise en charge et le suivi. Ainsi l'anamnèse et l'examen clinique doivent permettre d'identifier la nature de la symptomatologie douloureuse et de faire le lien avec l'existence d'une lésion parfois cicatrisée depuis longtemps. L'évaluation s'attache également à mesurer le retentissement émotionnel et le retentissement sur la qualité de vie du patient à partir d'outils spécifiques. Enfin, à l'issue de l'entretien, le praticien fait une synthèse des aspects de la douleur du patient pour adapter son suivi aux problématiques du patient.

Dans un contexte de **douleur aiguë**, l'interrogatoire et l'examen clinique initial doivent être très rapides, centrés sur l'origine de la douleur et son intensité afin d'orienter et surtout ne pas retarder la mise en place d'un traitement antalgique adapté. Une fois le patient soulagé, l'interrogatoire et l'examen clinique seront repris afin de mieux analyser la lésion responsable de la douleur et éventuellement proposer un traitement étiologique plus spécifique.

Au contraire, l'approche d'un **patient douloureux chronique** sera beaucoup plus longue et complexe. Il faudra dans un premier temps laisser le patient exprimer sa douleur selon ses propres mots qui ont souvent une valeur diagnostique irremplaçable et être attentif à des éléments de communication non verbale ainsi qu'à une éventuelle discordance entre la présentation générale, les mouvements, l'attitude du patient et la plainte douloureuse.

Lors de l'entretien il faut systématiquement rechercher les informations suivantes :

- Biographie du patient sur le plan médical (antécédents médicaux, chirurgicaux, obstétricaux, psychiatriques et familiaux).
- Circonstances de déclenchement de la douleur.
- Modalités de la prise en charge initiale.
- Description de la douleur initiale (topographie, type de douleur, intensité).
- Contexte personnel, familial, professionnel, social dans lequel la douleur est intervenue.
- Evolution du tableau douloureux, notamment en fonction des différents médicaments et prises en charge médicales. Insistons sur la nécessité d'un interrogatoire poussé à ce sujet : il ne s'agit pas uniquement de savoir quel traitement a été administré mais à quelles doses et pendant combien de temps.
- Description de la douleur actuelle (topographie, type de douleur, intensité), profil évolutif sur le nyctémère et le long terme, facteurs d'aggravation et de soulagement.
- Retentissement sur la qualité de vie, sur le sommeil, sur les activités personnelles, professionnelles
- Situation actuelle du patient sur le plan familial, professionnel et socio-économique, existence de procédures judiciaires, sociales ou administratives en cours.
- Rechercher tous les événements de la vie du patient qui pourraient avoir une place, un sens dans la douleur actuelle, en s'intéressant particulièrement aux traumatismes de tous ordres (agressions physiques ou psychiques, éventuellement à caractère sexuel, deuils,...).

Conduire l'entretien avec un patient douloureux se fonde sur une bonne compréhension des mécanismes neurophysiologiques et sur leur poids respectif dans l'architecture du phénomène douloureux. Le but de l'interrogatoire est de s'orienter sur le mécanisme lésionnel sous-jacent avant de le confirmer par l'examen clinique. L'évaluation du retentissement est nécessaire pour proposer une prise en charge personnalisée et adaptée au quotidien du patient. Cette évaluation globale du diagnostic au retentissement utilise des outils spécifiques afin de pouvoir s'adapter à n'importe quelle situation clinique. Elle s'impose à tout soignant pour le suivi du soulagement du patient ainsi que son information dans un souci d'éducation thérapeutique.

3. *Les outils d'évaluation* (confère chapitre [SCLU019](#))

L'expression de la douleur est un symptôme subjectif qui varie selon les patients, il existe des outils simples et validés qui permettent d'objectiver des changements après intervention thérapeutique.

On privilégie toujours en première intention les outils **d'auto-évaluation**. Ils permettent au patient d'exprimer sa douleur selon ses propres références. Ils facilitent le suivi car l'outil est standardisé et reproductible au cours du temps, une modification de sa cotation permet donc au praticien d'objectiver un changement dans la symptomatologie.

En cas d'impossibilité de communication, on utilise des échelles d'**hétéro-évaluation**.

Elles permettent généralement de ne pas négliger une manifestation douloureuse dans des situations complexes (coma, démence,...).

L'examineur s'appuie sur les modifications du langage corporel, du comportement et de l'attitude du patient pour objectiver indirectement l'existence de la douleur.

Enfin les échelles d'évaluation sont classées selon le nombre d'informations ou de dimensions de la douleur qu'elles évaluent.

Certaines comme l'EVA (Echelle Visuelle Analogique) ne font que quantifier l'intensité de la douleur, ce qui n'informe pas sur la qualité de celle-ci (neuropathique, nociceptive,...) et ne peut donc pas servir au diagnostic étiologique de la douleur.

D'autres, au contraire, pour orienter le praticien, mêlent des adjectifs qualificatifs de la symptomatologie douloureuse à des échelles de retentissement psychologique.

Elles sont alors qualifiées de multidimensionnelles.