



**SOCIÉTÉ FRANÇAISE D'ÉTUDE
ET DE TRAITEMENT DE LA DOULEUR (SFETD)**

CENTRE NATIONAL DE RESSOURCES DOULEUR (CNRD)

LA DOULEUR EN QUESTIONS

**QUAND LES PROFESSIONNELS DE SANTÉ VOUS
EXPLIQUENT LA DOULEUR ET LES TRAITEMENTS**



LA DOULEUR EN QUESTIONS

**QUAND LES PROFESSIONNELS DE SANTÉ VOUS
EXPLIQUENT LA DOULEUR ET LES TRAITEMENTS**

Composition et mise en pages : Meriem Rezgui.
Couverture : Meriem Rezgui.

La douleur en questions
Quand les professionnels de santé vous expliquent la douleur et les traitements
© 2018 MED-LINE

ISBN 978-2-84678-225-8

Toute représentation ou reproduction, intégrale ou partielle, faite sans le consentement des auteurs, ou de leurs ayants droit ou ayants cause, est illicite (loi du 11 mars 1957, alinéa 1er de l'article 40). Cette représentation ou reproduction, par quelque procédé que ce soit, constituerait une contrefaçon sanctionnée par les articles 425 et suivants du Code Pénal.

SOMMAIRE

Abréviations	5
Introduction	7
Chapitre 1 : Douleur aiguë, douleur chronique et mécanismes	9
Chapitre 2 : Évaluer la douleur	19
Chapitre 3 : Médicaments de la douleur	23
Chapitre 4 : Opioides	29
Chapitre 5 : Moyens non pharmacologiques, principales approches complémentaires	35
Chapitre 6 : Effet placebo	39
Chapitre 7 : Psychologie et douleur	41
Chapitre 8 : Douleurs provoquées par les soins	47
Chapitre 9 : Douleur post-opératoire	51
Chapitre 10 : Douleur neuropathique	55
Chapitre 11 : Migraine et céphalées	59
Chapitre 12 : Douleurs oro-faciales	63
Chapitre 13 : Lombalgie chronique	69
Chapitre 14 : Douleur du cancer	73
Chapitre 15 : Douleur de l'enfant	79
Chapitre 16 : La douleur quand on ne peut pas s'exprimer	85
Chapitre 17 : Douleurs et santé mentale	95
Chapitre 18 : Douleurs en fin de vie	99
Chapitre 19 : Structures de prise en charge et professionnels de la douleur	103
Chapitre 20 : S'informer et devenir acteur de sa prise en charge	107
Chapitre 21 : Pour en savoir plus	111
Glossaire	113
Remerciements	117

ABRÉVIATIONS

AFVD	Association francophone pour vaincre les douleurs
ALR	Anesthésie loco-régionale
AMM	Autorisation de mise sur le marché d'un médicament
ARS	Agence régionale de santé
CETD	Centre d'évaluation et de traitement de la douleur
CNRD	Centre national ressources douleur
DESS	Douleur enfant San Salvador
ECG	Electrocardiogramme
ECPA	Echelle comportementale pour personnes âgées
EDAAP	Evaluation de l'expression de la douleur chez l'adolescent ou adulte polyhandicapé
EDD	Evaluation de l'expression de la douleur chez les personnes dyscommunicantes
EDIN	Échelle de douleur et d'inconfort du nouveau-né
EMG	Electromyogramme
EN	Echelle numérique
ESDDA	Echelle simplifiée d'évaluation de la douleur chez les personnes dyscommunicantes avec trouble du spectre autistique
ETP	Education thérapeutique du patient
EVA	Echelle visuelle analogique
EVENDOL	Évaluation enfant douleur
EVS	Echelle visuelle simple
FLACC	Face Legs Activity Cry Consolability (face, jambes, activité pleurs, consolabilité)
GED-DI	Grille d'évaluation de la douleur – déficience intellectuelle
HAS	Haute Autorité de santé
HEDEN	Hétéro-évaluation de la douleur de l'enfant
IASP	International Association for the Study of Pain (Association internationale pour l'étude de la douleur)
IHS	International Headache Society (Société internationale [d'étude] des céphalées)
IM	Intra-musculaire
IRM	Imagerie par résonnance magnétique
LI	à Libération immédiate

LP	à Libération prolongée
MEOPA	Mélange équimolaire d'oxygène et de protoxyde d'azote
ORL	Otorhinolaryngologiste
PCA	Patient Controlled Analgesia (Analgésie contrôlée par le patient)
SC	Sous-cutané
SDC	Structures douleur chronique
SFETD	Société française d'étude et de traitement de la douleur
TCC	Thérapies cognitives et comportementales
TENS	Transcutaneous Electrical Nerve Stimulation (neurostimulation électrique transcutanée)

INTRODUCTION

LA DOULEUR EN QUESTIONS

LA DOULEUR, UNE EXPÉRIENCE ENCORE MAL CONNUE ET PEU RECONNUE

La douleur est une expérience humaine encore mal connue, mal évaluée, mal traitée. Dans cette expérience que chacun peut traverser, qui bouleverse, et que l'on a parfois du mal à expliquer aux autres, de nombreuses questions émergent, sur l'origine de la douleur, les mécanismes en cause, mais aussi la façon de la communiquer, et surtout les possibilités de traitement, médicamenteux ou non. Ne pas comprendre rajoute souvent au désarroi induit par la maladie.

LA DOULEUR EN QUESTIONS, UN OUVRAGE DE SYNTHÈSE, RÉDIGÉ PAR UNE SOCIÉTÉ SAVANTE ET UN ORGANISME DE RESSOURCES DOCUMENTAIRES PROFESSIONNEL

Pour aider les patients à mieux comprendre, à mieux affronter la douleur et surtout à participer activement à leur traitement, les professionnels de soins, réunis dans cet ouvrage sous la houlette de la SFETD (Société Française d'Étude et de Traitement de la Douleur) et du CNRD (Centre National de Ressources Douleur) ont répondu aux questions les plus fréquentes, posées par les patients. Avec ces deux cautions scientifiques, les lecteurs pourront adopter sans crainte les notions et réponses proposées, alors que de nombreux préjugés et croyances sont souvent associées à la douleur.

C'EST UNE ÉQUIPE TOUTE ENTIÈRE QUI RÉPOND AUX PERSONNES ATTEINTES DE DOULEURS

Dans cet ouvrage unique, les soignants partagent ici leur savoir, leurs approches, tous ensemble, médecins, infirmières, psychologues. C'est ici toute une équipe qui se retrouve, dans un esprit commun, pour aider chaque personne confrontée un jour à la douleur à mieux la comprendre et l'affronter. L'esprit de notre société savante, la SFETD.

UN OUVRAGE À PARTAGER, À FAIRE LIRE À SES PROCHES, SES AMIS, SES COLLÈGUES

La douleur ne touche pas seulement la personne qui souffre, mais aussi son entourage, ses proches, sa famille, et même parfois ses collègues de travail. Ce livre est aussi pour eux, à partager, pour ne pas se sentir démunis quand on est face à un proche qui souffre.

Avec La douleur en questions, les professionnels de santé, tous unis dans cet ouvrage, souhaitent faire reculer la douleur, apaiser des souffrances et surtout faire que personne ne soit sans réponse, ne reste seul face à sa douleur.

Pr Serge Perrot
Président de la SFETD

CHAPITRE 1

DOULEUR AIGUË, DOULEUR CHRONIQUE ET MÉCANISMES

QUE FAIRE

Devant une douleur aiguë ?
Pour calmer une douleur sans risquer de masquer un diagnostic ?
Pour choisir un traitement antalgique efficace ?

DOULEUR CHRONIQUE

Qu'est-ce que c'est ?
Que faire ?

QUE FAIRE DEVANT UNE DOULEUR AIGUË ?

Réagir face à une douleur aiguë est une urgence. C'est une des 5 constantes vitales dans tout service d'urgence dans le monde au même titre que la température, la tension artérielle, le rythme cardiaque ou encore la saturation en oxygène. Diagnostic et traitement antalgique doivent être menés en parallèle.

À CALMER UNE DOULEUR, COURT-ON LE RISQUE DE MASQUER UN DIAGNOSTIC ?

La douleur aiguë est un signal d'alarme utile au diagnostic étiologique. Néanmoins, il est nécessaire de commencer par la contrôler par une antalgie précoce dès que ses caractéristiques ont été identifiées. Plusieurs études ont démontré que l'administration d'opioïdes puissants à des malades avec un tableau de douleur abdominale aiguë (comme une appendicite par exemple) ne pénalise pas la démarche diagnostique.

QUEL TRAITEMENT CHOISIR EN PREMIÈRE INTENTION ?

Le traitement antalgique prend en compte l'intensité de la douleur et le type de pathologie. Il arrive que la douleur prive la personne malade de tout moyen de s'exprimer. L'urgence est de la soulager pour lui permettre de communiquer ce qu'elle perçoit et de l'évaluer (voir chapitre 2). En présence d'une douleur sévère, il convient de soulager la personne en utilisant de la morphine en première intention, sauf dans certains cas, comme par exemple : migraine, douleur neuropathique....

QUE FAIRE D'AUTRE POUR SOULAGER UNE DOULEUR AIGUË ?

La disponibilité, l'écoute empathique, la présence des proches, la clarté des explications, tendent à réduire l'anxiété du malade et à diminuer l'intensité de sa douleur. Il est nécessaire de traiter la cause de la douleur quand c'est possible. Ne pas oublier qu'il existe des traitements spécifiques complémentaires : immobiliser les foyers de fracture ou procéder au strapping de fractures costales, pose de glace sur une articulation enflammée, pose de chaud sur une contracture musculaire...

J'AI UNE VIOLENTE DOULEUR DANS LA POITRINE, EST-CE QUE JE FAIS UN INFARCTUS ? EST-CE PSYCHOLOGIQUE ?

L'anamnèse (l'histoire de votre douleur), l'examen clinique, les examens paracliniques orientés permettent le plus souvent d'évoquer un diagnostic ou de programmer des examens complémentaires pour préciser les causes organiques de la douleur. À souligner qu'une anxiété majeure accompagne la plupart des douleurs aiguës somatiques (infarctus, embolie). À l'inverse, de très nombreuses personnes arrivent en état de crise aux urgences avec des douleurs thoraciques qui se révèlent souvent être des douleurs d'origine anxieuse ou dépressive.

LE SAVIEZ-VOUS ? NOS DOULEURS SONT CARTOGRAPHIÉES PAR ZONES !

Lorsque que l'on a mal dans la poitrine, plusieurs causes peuvent être possibles car la zone qui s'active au niveau de la moelle épinière dans une atteinte du cœur est la même que celle qui s'occupe de l'estomac et qui s'occupe de la peau à gauche. De ce fait, l'examen clinique et l'interrogatoire (et l'ECG, examen explorant le fonctionnement du cœur !) vont être importants pour dire si vous faites un infarctus, un ulcère à l'estomac ou une névralgie intercostale. Cela est d'autant plus vrai chez le diabétique ancien (les fibres sensibles ont été abîmées par le diabète et fonctionnent moins bien), chez l'enfant (les enfants ont du mal pour exprimer et localiser leur douleur : leur image du corps n'est pas encore en place) ou chez les personnes âgées (une douleur de genou peut être en fait une douleur projetée de la hanche !).

QU'EST-CE QU'UNE DOULEUR CHRONIQUE ?

Il s'agit d'un syndrome multidimensionnel exprimé par la personne qui en est atteinte. Il y a douleur chronique, quelles que soient sa localisation et son intensité, lorsque la douleur :

- persiste ou est récurrente, notamment si la douleur évolue depuis plus de 3 mois ou si il existe une réponse insuffisante au traitement ;
- provoque une détérioration significative et progressive des capacités fonctionnelles (la marche, la toilette) et relationnelles du patient dans ses activités de la vie journalière, au domicile comme à l'école ou au travail.

Lorsqu'elle devient chronique, la douleur perd sa « finalité » de signal d'alarme et elle devient une maladie en tant que telle quelle que soit son origine.

La douleur chronique est fréquemment associée à des facteurs de renforcement qui participe à son entretien comme :

- des manifestations psychopathologiques ;
- une demande insistante par le patient de recours à des médicaments ou à des procédures médicales souvent invasives, alors qu'il déclare leur inefficacité à soulager ;
- une difficulté du patient à s'adapter à la situation.

QUE FAIRE EN CAS DE DOULEUR ?

Il est important d'en parler à son médecin afin de faire les examens qui s'imposent pour avancer sur le diagnostic. Des structures spécialisées de la douleur chronique, dans son évaluation, son diagnostic et son traitement, existent partout sur le territoire français. Le délai de consultation est long (plusieurs mois) car elle touche 30 % de la population française. Néanmoins, il est important de prendre rendez-vous, même s'il faut attendre, et de préparer ses examens et son questionnaire d'évaluation de la douleur afin de pouvoir aborder votre consultation avec toutes les cartes en main !

LE SAVIEZ-VOUS ?

Pour obtenir la liste des structures de la douleur en France, vous pouvez cliquer à cette adresse :

<http://solidarites-sante.gouv.fr/soins-et-maladies/prises-en-charge-specialisees/douleur/les-structures-specialisees-douleur-chronique/article/les-structures-specialisees-douleur-chronique-sdc>

Pour réaliser un questionnaire de la douleur, vous pouvez prendre contact avec la Structure douleur chronique qui serait susceptible de vous accueillir ou remplir celui de la Haute Autorité de santé à cette adresse :

<https://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/douleur1.pdf> (annexe 7 page 83)

Pour avoir des informations sur les douleurs, vous pouvez consulter le site de la Société française d'étude et de traitement de la douleur (SFETD) à cette adresse :

<http://www.sfetd-douleur.org/>

Enfin, vous n'êtes pas seul ! De nombreuses associations portant sur la douleur chronique ou des diagnostics plus précis de douleur chronique existent un peu partout en France, alors restez connecté !

POINTS FORTS

Privilégier un traitement antalgique précoce et efficace. Cette mise en place limite l'apparition de phénomènes neurochimiques qui peuvent amplifier les messages nociceptifs.

ATTENTION

Certaines douleurs aiguës sévères ne relèvent pas des opioïdes (migraine, névralgie faciale essentielle, douleur neuropathique, etc).

LA DOULEUR CHRONIQUE

C'est une douleur qui dure depuis plus de 3 à 6 mois malgré un traitement bien conduit. Elle s'accompagne de retentissements sur la vie quotidienne tels que la gêne pour se déplacer, pour avoir des activités, pour entretenir des relations professionnelles et /ou familiales. Elle nécessite une prise en charge globale : médicamenteuse, psychologique et sociale.

Elle touche 30 % de la population française, toutes causes confondues, enfants et adultes, hommes et femmes.

À voir : <http://www.sfetd-douleur.org/la-douleur-chronique-cest-quoi-exactement>

LA DOULEUR : COMMENT ÇA FONCTIONNE ?

POURQUOI...

... J'ai mal ?

Je souffre différemment selon les jours ou mes préoccupations du moment ?

La douleur ne s'arrête jamais ?

POURQUOI J'AI MAL ?

La douleur est un signal d'alarme qui sert à repérer une agression et permet de réagir.

Par exemple, si je me brûle en touchant une plaque chauffante, je vais vite retirer ma main en ressentant la douleur. Un message est alors envoyé au cerveau pour l'alerter, il reçoit des informations douloureuses en masse. Il s'agit d'une douleur nociceptive. La douleur peut aussi traduire une lésion du système nerveux lui-même (cerveau ou nerfs périphériques). Dans ce cas, le système qui transmet et permet de diminuer le message douleur est défaillant. Il s'agit de la douleur neuropathique (voir chapitre 10).

Par exemple, lors d'un zona, la douleur persistante créée se manifeste par des sensations de brûlures, de fourmillements, de décharges électriques ou encore d'engourdissement. Il existe également d'authentiques douleurs sans pour autant qu'il y ait lésion : on parle alors de douleurs dysfonctionnelles ou nociplastiques, telles que celles décrites dans la fibromyalgie par exemple.

J'AI MAL, CEPENDANT MES EXAMENS SONT NORMAUX, POURQUOI ?

Même si l'imagerie a fait beaucoup de progrès en l'espace de 20 ans, il n'en demeure pas moins que de nombreuses lésions ne se voient pas :

- 1) au début d'une maladie, comme dans la polyarthrite rhumatoïde, les lésions sur l'imagerie ne se voient pas au premier stade ;
- 2) la lésion peut être **trop petite** pour être vue, comme les lésions nerveuses après une opération ;
- 3) la douleur est **multifactorielle**, ce qui est le cas le plus fréquent, et plusieurs explications peuvent être possibles, même si les examens ne montrent rien (par exemple, dans le cadre d'une **algodystrophie**, ou dans le cadre de certaines douleurs neuropathiques).

4) dans les douleurs dysfonctionnelles (cf. encadré), l'examen clinique suffit à faire le diagnostic : en effet, il ne viendrait pas à l'idée de tester votre patrimoine génétique pour diagnostiquer une migraine. C'est pourtant un authentique diagnostic !

D'autre part, sachez qu'il n'y a pas de lien entre l'importance de la lésion et la douleur : des personnes avec une hernie discale de taille importante peuvent ne pas avoir de conséquence clinique.

LA DOULEUR, ÇA SE PASSE DANS MA TÊTE ?

Eh oui ! Car jusqu'à présent votre cerveau est dans votre tête, et c'est lui qui commande ! La douleur possède trois composantes qui sont bien cartographiées au sein de votre cerveau :

- La composante sensori-discriminative : pour savoir où j'ai mal et combien j'ai mal.
- La composante affectivo-émotionnelle : pour savoir quelle émotion je rapporte à ma douleur. En effet, la douleur intense de l'accouchement sans péridurale n'a pas la même signification et la même émotion que la douleur d'une lombosciatique ; et pourtant, elles ont toutes deux une intensité importante !
- La composante cognitivo-comportementale : l'information douloureuse est rattachée à une anxiété qui va mémoriser l'événement. Je me brûle, c'est très douloureux, donc le feu est un danger et je ne mettrai plus ma main au feu.

Tout se complique quand ces trois mécanismes deviennent trop performants. Si la composante sensori-discriminative est trop importante, la douleur localisée va se généraliser ou s'étendre. C'est le cas quand une fracture du poignet se complique d'une algodystrophie qui elle-même se complique d'un syndrome épaule-main !

Si la composante affectivo-émotionnelle est trop puissante, il faut penser à rechercher un retentissement anxieux ou dépressif, voire des maladies nécessitant un suivi psychiatrique et psychologique sur plusieurs mois, comme l'état de stress post-traumatique ou la dépression. Si la composante cognitivo-comportementale est trop puissante, on peut retrouver une kinésiophobie (peur du mouvement) qui conduit certaines personnes à ne plus oser faire certains mouvements et à se « sur-adapter » à leur environnement, prenant parfois des attitudes plus nocives encore, par peur de reproduire un comportement qui pourrait amener à la douleur. Le cas le plus connu est la personne qui a fait un lumbago et qui n'ose plus se baisser, ou qui s'assoit avec trop de précautions, de peur de se bloquer à nouveau.

J'AI MOINS MAL QUAND J'AI L'ESPRIT OCCUPÉ... BEAUCOUP PLUS SI J'Y PORTE ATTENTION...

La douleur change et se transforme. Elle n'a rien d'imaginaire. Son intensité se module selon le contexte familial, professionnel, social, les émotions perçues, le niveau d'anxiété et de dépression. La mémoire d'anciens souvenirs douloureux peut renforcer sa perception.

J'AI DE VIOLENTES DOULEURS... MES DOULEURS PERSISTENT... DOIS-JE CRAINdre UNE MALADIE GRAVE ?

Il n'y a pas forcément de lien entre l'intensité ou la persistance de douleurs et la gravité de la maladie qui les provoque.

J'AI TOUJOURS MAL ALORS QUE MA MALADIE EST GUÉRIE !

C'est une possibilité, par exemple après un zona. La maladie guérie et le virus disparu, le nerf endommagé peut continuer à envoyer un signal douloureux. D'autres lésions du système nerveux (traumatisme médullaire, amputation) déclenchent le même phénomène. Le traitement s'appuie sur d'autres médicaments que les antalgiques habituels : certains antiépileptiques, antidépresseurs, lidocaïne en patch et même capsaïcine (piment !) mais aussi sur des techniques non médicamenteuses : neurostimulation transcutanée, hypnose, etc.

PEUT-ON SOIGNER LA DOULEUR AUTREMENT QU'AVEC DES MÉDICAMENTS ?

Pour soulager certaines douleurs, on peut faire appel à des traitements dits physiques comme la masso-kinésithérapie, les contentions (corset de maintien lombaire, collier en mousse), la chaleur, le froid ou l'électrothérapie. La relaxation, l'hypnose, la sophrologie et différentes psychothérapies contribuent à diminuer l'anxiété et le stress, ce qui fait décroître la perception de douleur (voir chapitre 5).

CERTAINES DOULEURS SONT REBELLES AUX MÉDICAMENTS, QUE FAIRE ?

Les formes de douleur sont multiples. Leurs causes et leurs mécanismes doivent être précisément identifiés pour permettre de choisir le traitement (médicaments ou autres moyens thérapeutiques). Toutes les douleurs ne sont pas guérissables et il est important de traiter chaque composante de la douleur, ce qui veut dire que le traitement médicamenteux est aussi important que la prise en charge psychologique et que les techniques non médicamenteuses.

Il vous sera parfois proposé de participer à un programme d'éducation thérapeutique afin d'apprendre à mieux gérer la douleur (voir chapitre 5).

AVOIR MAL, ÇA DÉPEND DE L'ÂGE ?

On a mal à tous les âges de la vie. Le système de transmission de la douleur fonctionne dès le sixième mois de la vie intra-utérine. Les nouveau-nés peuvent donc percevoir la douleur. Les personnes âgées, elles aussi, sont d'autant plus vulnérables à la douleur qu'elles peuvent être dans l'incapacité de communiquer. Le fait d'avoir mal est complètement indépendant de l'âge, d'un éventuel handicap ou même d'un polyhandicap.

CHAPITRE 2

ÉVALUER LA DOULEUR

COMMENT

Évaluer moi-même ma douleur ?

Me croire si je dis que je n'ai plus mal maintenant, alors que j'avais très mal ce matin ?

Les professionnels de santé peuvent-ils savoir comment j'ai mal ?

COMMENT DÉCRIRE MA DOULEUR ?

Personne n'est mieux placé pour évaluer sa douleur que le patient lui-même. En effet il est le seul à pouvoir la décrire avec des mots, quantifier son intensité et déterminer où et quand il a mal. Il en va de même pour son soulagement et/ou l'efficacité des traitements qui lui sont prescrits.

Cependant lorsqu'il n'est pas ou plus en capacité de le faire, ce sont les soignants et les proches qui devront prendre le relais (voir **chapitre 15** et **chapitre 16**).

JE N'AI PLUS MAL MAINTENANT, ALORS QUE J'AI EU TRÈS MAL CE MATIN, POURQUOI ?

Certaines douleurs sont discontinues et surviennent par poussées. Évaluer la douleur d'une personne malade revient à mesurer sa perception et ses variations dans le temps en tenant compte de son contexte de survenue. C'est fondamental pour trouver le traitement le mieux adapté. Prendre un médicament antalgique vise à réduire au maximum la douleur. Si la personne a nettement moins mal ou plus mal du tout, cela peut signifier que le traitement prescrit fait preuve d'efficacité.

ÉVALUER MA DOULEUR ! OUI, MAIS COMMENT ?

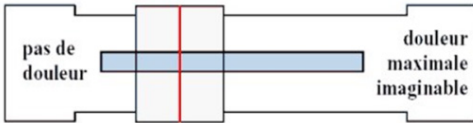
Aucun examen radiologique, aucune prise de sang, ne permet d'objectiver la douleur : il n'existe pas de marqueur de la douleur. Il faudra donc demander au patient, en tenant compte de ses capacités, de l'évaluer. Le soignant pourra s'appuyer sur l'utilisation d'échelles adaptées au contexte. Cette évaluation sert de référence pour mettre un traitement et vérifier l'efficacité de la thérapeutique proposée. L'approche pour **quantifier la douleur** d'une personne capable de communiquer s'appuie principalement sur trois échelles : l'Échelle numérique (EN), l'Échelle visuelle analogique (EVA) et l'Échelle verbale simple (EVS).

- **Les échelles d'autoévaluation**

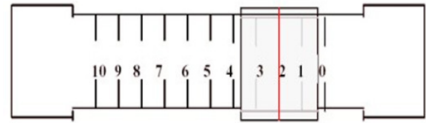
- **Échelle visuelle analogique (EVA)**

Cette échelle nécessite l'utilisation d'une règle et demande une certaine capacité d'abstraction de la part du patient. Le patient positionne le curseur en un point d'une ligne. Ce point devra correspondre au niveau d'intensité de la douleur ressentie par la personne. Les extrémités de cette ligne correspondent à gauche à « Pas de douleur » et à droite à « Douleur maximale imaginable » (face patient). Le soignant notera le chiffre correspondant à la position du curseur sur une échelle de 0 à 10.

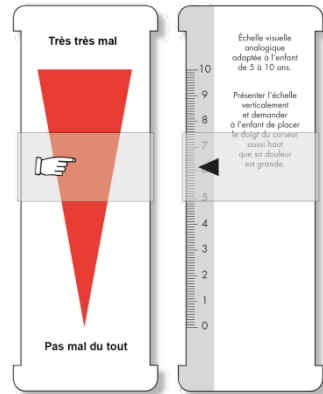
Face présentée au patient



Face vue par le professionnel de santé



Version pédiatrique



- **Échelle numérique (EN)**

Le patient va donner une note à sa douleur de 0 à 10 pour décrire l'intensité de la douleur. Cette échelle est très utilisée car elle ne nécessite pas de support et est plus facile à comprendre pour le patient. **0 = Pas de douleur ; 10 = Douleur maximale imaginable.**

- **Échelle verbale simple (EVS)**

Cette échelle permet de décrire l'intensité de sa douleur à l'aide de mots simples : pas de douleur, faible, modérée, intense (forte), très intense (très forte). Elle est moins précise et cependant très utilisée pour l'évaluation auprès des personnes âgées, car la compréhension en est aisée.

POINTS-FORTS

L'EVA, l'EN et l'EVS informent sur l'intensité globale, mais ne donnent pas d'information sur les causes et mécanismes de la douleur.

En cas de résultats discordants entre ce que je dis et ce que constate le soignant (scores de douleur en dessous ou au-dessus)

Le soignant doit croire ce que je dis et ne pas chercher à interpréter et il doit adapter l'échelle utilisée à la situation. Ai-je bien compris les consignes du soignant pour m'évaluer? Peut-on en discuter ? Il faut comprendre la signification de cet écart.

Comment évaluer la douleur de la personne qui n'est pas en capacité de s'évaluer ? (voir chapitre 15 « Douleur de l'enfant », et chapitre 16 « La douleur quand on ne peut pas s'exprimer » ?)

Comment évaluer la douleur quand on ne peut pas s'exprimer ?

Toute modification de comportement peut correspondre à une douleur (voir chapitre 16)

Comment évaluer la douleur en santé mentale ? (voir chapitre 17)

Comment évaluer la douleur en fin de vie ? (voir chapitre 18)

CHAPITRE 3

MÉDICAMENTS DE LA DOULEUR

Comment choisir un médicament antalgique ?

Comment dois-je prendre mes médicaments antalgiques ?

N'y a-t-il que les médicaments pour soulager ma douleur ?

La douleur peut être soit aiguë (présente depuis peu de temps), comme lors d'une blessure, soit chronique (qui dure dans le temps ou se répète), comme lors des migraines ou des douleurs neuropathiques. Ces deux types de douleur apparaissent selon des mécanismes différents, parfois intriqués.

Un antalgique efficace doit pouvoir contrecarrer le mécanisme de la douleur, et agir en fonction de l'intensité, la durée, la localisation de la douleur. Afin de favoriser une bonne **observance**, le médicament doit être bien supporté et tenir compte des caractéristiques du patient, de ses traitements déjà en cours. Dans le cas d'une douleur aiguë, la guérison de ce qui cause la douleur a également un effet antalgique et on peut envisager un retour à l'état antérieur. Dans une évolution chronique il est impossible d'éliminer, ni même parfois d'identifier ce qui est, ou a été, à l'origine des douleurs.

QUELS SONT LES MÉDICAMENTS DE LA DOULEUR ?

Il existe plusieurs façons de classer les familles d'antalgiques, selon l'endroit où ils agissent, le mécanisme de leur action, et leur indication. Schématiquement, la plupart des douleurs aiguës dites **nociceptives** peuvent être traitées avec du paracétamol, des anti-inflammatoires, des opioïdes (voir **chapitre 4**), et si elles sont induites par les soins on peut ajouter les anesthésiques locaux et le **MEOPA** (Mélange équimolaire d'oxygène et de protoxyde d'azote). Pour certaines douleurs chroniques, en particulier d'origine neuropathique, on peut prescrire des médicaments agissant sur le système nerveux, et classés à l'origine comme antidépresseurs ou antiépileptiques. Il existe aussi des médicaments plus spécifiques, comme certains traitements de la migraine.

QUELLES SONT LES ASSOCIATIONS D'ANTALGIQUES JUSTIFIÉES OU CONTRE-INDIQUÉES ?

Pour un maximum d'efficacité, on peut associer des médicaments dont les actions sont complémentaires. Ainsi, pour une efficacité donnée, on peut utiliser des doses moins importantes de chaque produit et limiter ainsi les éventuels effets indésirables. Les meilleures associations sont dites **synergiques** ; ainsi, il peut être utile d'associer du paracétamol (ou un anti-inflammatoire) avec un opioïde. Il ne faut généralement pas associer des médicaments issus d'une même famille, sous peine d'efficacité limitée, de surdosage, avec un risque d'effets indésirables augmenté (ne pas associer deux anti-inflammatoires par exemple). Il existe des exceptions à cette règle, quand par exemple on ajoute à une morphine LP (à libération prolongée), soit une morphine LI (à libération immédiate) afin d'obtenir le dosage final nécessaire pour le soulagement (c'est ce qu'on appelle une **titration**).

N'Y A-T-IL QUE DES TRAITEMENTS MÉDICAMENTEUX POUR TRAITER LES DOULEURS CHRONIQUES ?

Non. Il existe, en plus des médicaments, beaucoup de techniques dites « non-pharmacologiques (voir **chapitre 5**) qui peuvent avoir une grande utilité. Dans une prise en charge reposant sur l'utilisation conjointe de plusieurs stratégies lors de douleurs chroniques, on estime que la part des médicaments reste très limitée (généralement inférieure à 30 %...).

POURQUOI AI-JE TOUJOURS MAL MALGRÉ LES ANTALGIQUES ?

On doit rappeler que l'objectif zéro douleur est très difficile concernant les douleurs chroniques. Néanmoins, face à l'échec d'un médicament, on peut imaginer plusieurs situations :

- le mécanisme de la douleur ne correspond pas ou plus avec le mode d'action du médicament (ex. : perte d'efficacité d'un anti-inflammatoire lorsque la douleur d'un cancer devient neuropathique).
- La dose, la voie d'administration ou le rythme des prises du médicament sont inadéquats (ex. : pour anticiper efficacement une douleur provoquée par un soin, il est primordial de respecter le délai d'action du produit avant de débiter l'acte).
- Pour un même médicament le soulagement est inconstant d'un individu à l'autre, on parle de patient répondeur ou pas.
- Lors d'un traitement chronique par opioïdes, la baisse d'efficacité ou des effets indésirables conduisent à choisir un médicament différent par périodes successives (il s'agit de la rotation des opioïdes, voir **chapitre 4**).

Un suivi médical de qualité permet de repérer les erreurs, les effets indésirables, la **tolérance**, ou une mauvaise **observance**.

COMMENT TRAITER LES DOULEURS NEUROPATHIQUES ?

Les douleurs neuropathiques (voir **chapitre 10**) ont un mécanisme particulier lié à une altération du système nerveux. Leur traitement médicamenteux fait donc appel à des produits qui ont une action spécifique sur le système nerveux. C'est le cas des médicaments connus depuis longtemps comme antidépresseurs ou antiépileptiques. Ainsi, lorsqu'on prescrit ces médicaments pour une douleur neuropathique, cela ne suppose pas obligatoirement que le patient soit considéré comme dépressif ou épileptique. D'ailleurs, les doses employées pour une efficacité antalgique ne sont pas nécessairement les mêmes.

LE MÉDECIN ME DIT DE PRENDRE DES ANTALGIQUES AVANT QUE LA DOULEUR SOIT TROP FORTE, POURQUOI ?

La douleur est un phénomène qui peut s'auto-entretenir. En sensibilisant le système nerveux, une douleur aiguë persistante peut même se convertir en douleur chronique.

Par ailleurs, la confrontation à la douleur répétée, même supportable, peut générer des conséquences qui ont un impact sur la situation. Par exemple, l'anxiété générée par la douleur peut augmenter l'intensité douloureuse. Il est donc nécessaire d'agir d'emblée efficacement.

J'AI TRÈS MAL, MAIS, SI JE PRENDS DES ANTALGIQUES, EST-CE QUE CELA VA FAUSSER LES EXAMENS ?

Non, il s'agit d'une ancienne croyance, en particulier lors de l'exploration des douleurs abdominales. Actuellement, il est recommandé de traiter la douleur en priorité, ce qui permet d'ailleurs de réaliser les premiers examens et les soins dans de bonnes conditions, et avec une bonne qualité.

SI JE PRENDS DES ANTALGIQUES FORTS MAINTENANT, QUE ME DONNERA-T-ON SI LA DOULEUR DEVIENT ENCORE PLUS FORTE ?

Si la douleur persiste malgré un antalgique réputé puissant, on peut supposer que le mécanisme de la douleur a été mal identifié, et qu'il faut envisager de modifier la nature de l'antalgique. On peut aussi prévoir de compléter avec des méthodes non médicamenteuses.

J'AI TRÈS MAL ET ON ME PROPOSE DES ANTALGIQUES PAR VOIE ORALE, EST-CE QUE CE NE SERAIT PAS PLUS EFFICACE D'AVOIR UNE PERFUSION ?

Une idée reçue laisse penser que l'injection d'un médicament serait plus efficace que la voie orale. C'est souvent faux, en particulier dans le cas des anti-inflammatoires où cela n'évite pas pour autant les effets indésirables digestifs. De plus la voie injectable nécessite l'intervention d'un soignant et est susceptible d'être elle-même douloureuse. Il existe seulement certaines indications précises où il peut être intéressant d'utiliser la voie injectable pour raccourcir le délai d'action.

COMMENT DOIS-JE PRENDRE MES MÉDICAMENTS ? COMBIEN ? A QUEL RYTHME ? COMBIEN DE FOIS PAR JOUR ?

La douleur continue nécessite un **traitement de fond**, c'est-à-dire un traitement que l'on prend tous les jours, quelle que soit l'intensité de la douleur. Le déclenchement d'**accès douloureux** implique la prescription d'**interdoses** (doses de médicament que l'on va prendre en fonction de l'intensité douloureuse). Pour les douleurs aiguës prévisibles, une administration anticipée doit être mise en place (exemple : donner de la morphine orale en libération immédiate une heure avant un soin douloureux). L'ordonnance précise la façon de prendre ses médicaments. En fonction du type de douleur, du devenir du médicament dans l'organisme, du délai et de la durée de l'action qui en découlent, il peut être nécessaire d'observer une ou plusieurs prises par jour. Certains médicaments nécessitent plusieurs modifications de dose avant d'être pleinement efficaces. Il est toujours utile en cas de doute de redemander conseil à son médecin ou son pharmacien.

SI JE PRENDS UNE DOUBLE DOSE, EST-CE QUE LA DOULEUR VA DISPARAÎTRE PLUS VITE ?

Non, car le délai d'action de l'antalgique ne dépend pas de l'importance de la dose, mais de la voie utilisée pour administrer le médicament et de la façon dont l'organisme l'utilise. De plus, il existe un risque de surdosage.

VAIS-JE DEVOIR PRENDRE DES MÉDICAMENTS TOUTE MA VIE ?

La douleur aiguë disparaîtra avec la guérison du problème d'origine. En cas de douleur chronique, les médicaments ne sont qu'une partie d'une panoplie de traitements qu'il est nécessaire de mettre en œuvre. Il est important de réévaluer et discuter avec le prescripteur de leur utilité et acceptabilité dans la vie quotidienne. En cas d'aggravation brutale de la douleur, il peut être utile de disposer chez soi d'une ordonnance d'antalgiques « de secours ».

POINTS-FORTS

COMPOSANTE DU SUCCÈS D'UN TRAITEMENT

La réussite d'un traitement est liée à la qualité relationnelle soignant-patient, à la précision des informations transmises à la personne malade, et à la confiance qui en découle. L'action du médicament doit être connue et acceptée du patient qui va en attendre un soulagement perceptible.

INFORMATION AUX PERSONNES MALADES

Attention ! Le patient et son entourage doivent absolument être informés des effets indésirables des antalgiques prescrits, en particulier du risque de somnolence... la conduite automobile doit être contre-indiquée si nécessaire. Certains inconvénients, comme les nausées, sont volontiers passagers et ne nécessitent pas l'arrêt du traitement ; d'autres, comme la constipation lors de la prise d'opioïdes, nécessitent d'être systématiquement pris en charge. Interrogez systématiquement votre médecin, votre pharmacien.

FORMES LP ET LI

La **libération prolongée (LP)** signifie que le principe actif du médicament est libéré sur une durée longue afin d'obtenir une efficacité en continu et réduire le nombre de prises. À l'inverse, la **libération immédiate (LI)** permet à l'organisme de disposer du principe actif dans un délai plus bref et sur une durée plus courte.

MISE EN GARDE

La prescription et la prise d'un antalgique sont adaptées à un patient et ne doivent pas être transposées pour une autre personne sans avis médical même dans le cas d'une même pathologie.

CHAPITRE 4

OPIOÏDES

QUAND

Prescrire un traitement avec un opioïde (faible ou fort) ?
Débuter un traitement avec la morphine ?
Utiliser les autres opioïdes ?

QUE SONT LES OPIOÏDES ?

Ils existent à l'état naturel dans notre organisme. De nombreux organes (cerveau, tube digestif) fabriquent et libèrent des substances appelées opioïdes endogènes (endomorphine ou endorphine). Ces substances participent au bon fonctionnement de notre corps, notamment au contrôle de la douleur. Les opioïdes exogènes utilisés dans le traitement de la douleur sont soit extraits du pavot (codéine, morphine, opium), soit des opioïdes de synthèse (tramadol, fentanyl, oxycodone). Ils peuvent être prescrits sous différentes formes galéniques : comprimé, gélule, solution buvable et injectable, patch...

OÙ AGISSENT LES OPIOÏDES ?

Les molécules agissent sur les récepteurs des opioïdes endogènes et miment leur action. Les sites antalgiques sont principalement au niveau du système nerveux central (cerveau et moelle épinière) et périphérique (nerfs et terminaisons nerveuses) lors d'une stimulation douloureuse. Il existe des récepteurs opioïdes dans la plupart des organes, ce qui explique les autres effets associés aux opioïdes (myosis, nausées, constipation).

Tableau des opioïdes disponibles en France		
Type d'opioïde	Agonistes	Agonistes partiels
Faibles	codéine dihydrocodéine tramadol opium	
Forts	alfentanil fentanyl hydromorphone méthadone* morphine oxycodone péthidine sufentanil tapentadol	buprénorphine nalbuphine

*En France, la méthadone n'a pas d'autorisation de mise sur le marché pour la douleur.

QUAND PRESCRIRE UN TRAITEMENT PAR OPIOÏDE (FAIBLE OU FORT) ?

La classification en opioïdes faibles (palier 2) ou forts (palier 3) a été proposée en 1986 par l'Organisation mondiale de la santé pour la prise en charge de la douleur cancéreuse. Par extension, cette classification est souvent utilisée pour tous les types de douleur. À dose **équi-analgésique** (apportant le même effet anti-douleur), une faible dose d'opioïde fort peut être mieux tolérée qu'une forte dose d'opioïde faible.

Les opioïdes faibles sont prescrits pour des douleurs **nociceptives** modérées, soit d'emblée, soit lors d'échec d'un antalgique de niveau 1 (paracétamol, anti-inflammatoires). Le délai d'évaluation doit être adapté à la durée d'action de l'antalgique et le changement de niveau effectué selon l'intensité de la douleur. Il n'y a pas de critère absolu de choix. Les opioïdes faibles sont tous des **agonistes** purs.

La prescription d'opioïdes forts est recommandée pour des douleurs **nociceptives**, lors d'échec d'un antalgique de niveau 2 ou d'emblée pour une douleur intense dans le cas de :

- douleurs aiguës et subaiguës (chirurgie, urgences, actes invasifs, soins douloureux),
- douleurs **nociceptives** persistantes ou récurrentes (cancer, crise drépanocytaire),
- dans certaines autres situations particulières, en cas d'échec des traitements médicamenteux de première intention donnés aux doses maximales tolérées, associés à une prise en charge globale du patient.

POUR LA DOULEUR DU CANCER, COMMENT COMMENCER UN TRAITEMENT AVEC LA MORPHINE ?

La morphine est l'opioïde fort de première intention pour traiter la douleur cancéreuse. Dans la mesure du possible, la voie orale est privilégiée. Du fait des grandes variations interindividuelles, il faut toujours réaliser une **titration** initiale. Le traitement utilise des formes orales à libération immédiate ou libération prolongée en association avec des **interdoses** à libération immédiate. Lors de la **titration** initiale (ou de toute modification posologique), une évaluation quotidienne est indispensable pour juger de l'efficacité antalgique et de la **tolérance** du traitement.

QUELS SONT LES PRINCIPAUX EFFETS INDÉSIRABLES DES OPIOÏDES ?

En administration chronique, la constipation est pratiquement inévitable et nécessite dès la première prise des mesures hygiéno-diététiques et des laxatifs. La somnolence survient essentiellement lors de la phase de titration du traitement et doit disparaître en quelques jours. Sa réapparition ou sa persistance au-delà de cette limite doit faire rechercher un surdosage, un trouble métabolique, une potentialisation par des traitements associés. Certains troubles ont tendance eux aussi à diminuer avec le temps : nausées, vomissements. Les sueurs, les cauchemars, la dysurie, le prurit, les troubles de l'attention, de la concentration, de la mémoire, les hallucinations, les **myoclonies**, peuvent survenir et sont plus ou moins bien tolérés.

POUR LA DOULEUR DU CANCER, COMMENT REMPLACER UN OPIOÏDE PAR UN AUTRE (ROTATION) ?

La diversité des opioïdes disponibles permet de remplacer un opioïde par un autre (rotation) quand surviennent des effets indésirables rebelles ou en cas d'inefficacité ou de perte d'efficacité. Cette rotation doit être faite avec une réévaluation précoce de l'efficacité et de la **tolérance** de la nouvelle molécule. La rotation se fait en général sur la base d'une **équianalgésie**.

ET POUR LES DOULEURS CHRONIQUES NON CANCÉREUSES ?

La morphine, l'oxycodone et le fentanyl sont les seuls opioïdes forts ayant l'AMM pour le traitement de toutes les douleurs chroniques non cancéreuses. En revanche, seules la morphine et l'oxycodone sont remboursables dans les indications des douleurs chroniques non cancéreuses. Comme indiqué dans les recommandations françaises publiées en 2016, il est recommandé d'introduire les opioïdes forts uniquement après un diagnostic précis de l'étiologie des douleurs chroniques ; échec des traitements médicamenteux de première intention donnés aux doses maximum tolérées et prise en charge globale du patient. Enfin, la décision et les objectifs doivent être partagés avec le patient qui est informé des bénéfices attendus et des événements indésirables encourus, le tout s'intégrant dans un contrat de soin.

Il est recommandé de ne pas les utiliser dans les douleurs nociplastiques (**fibromyalgie** notamment) et les céphalées primaires (migraine notamment).

QUAND ARRÊTER UN TRAITEMENT AVEC UN OPIOÏDE FORT ?

L'arrêt ou la diminution du traitement se fonde sur l'évaluation de l'intensité de la douleur et le soulagement de la personne, et non sur l'évolution favorable de la pathologie.

COMMENT ARRÊTER UN TRAITEMENT AVEC UN OPIOÏDE FORT ?

Il ne faut jamais arrêter un traitement opioïde fort sans avis médical : une diminution des doses par paliers est nécessaire.

Prescription	Modalité d'arrêt
Durée de prescription inférieure à 48 heures	Arrêt simple
Doses de morphine inférieures à 60 mg/jour et durée de prescription inférieure à 7 jours	Opioïde faible
Doses de morphine supérieures à 60 mg/jour et/ou durée de prescription supérieure à 7 jours	Diminution par paliers de 10 à 30 % tous les 3 à 5 jours

POINTS-FORTS

PARTICULARITÉS DE L'ORDONNANCE POUR OPIOÏDES FORTS

La prescription est faite sur une ordonnance sécurisée.

Le nom du médicament est inscrit en toutes lettres.

La durée maximale est de 28 jours.

Pour les formes injectables d'opioïdes, la durée de prescription est de 7 jours (sous-cutanés ou intraveineux). Cette durée est de 28 jours lors de l'utilisation d'un système actif de perfusion.

LES SITUATIONS OÙ LES OPIOÏDES NE SONT PAS INDIQUÉS

Céphalées primaires (dont migraine et algie vasculaire de la face)

Névralgies faciales essentielles

Douleurs nociplastiques (dont la fibromyalgie)

CHAPITRE 5

MOYENS NON PHARMACOLOGIQUES, PRINCIPALES APPROCHES COMPLÉMENTAIRES

PEUT-ON SOULAGER MA DOULEUR AUTREMENT QUE PAR LA PRISE DE MÉDICAMENTS ?

Il existe des techniques non médicamenteuses pour soulager la douleur, complémentaires aux approches médicamenteuses. Ces techniques non médicamenteuses peuvent être de différents types :

- Les approches physiques comme les massages, la kinésithérapie, la physiothérapie (application de chaleur, de froid, de courant électrique), la balnéothérapie, les contentions (corset de maintien lombaire, collier de mousse, « strapping »), l'éducation posturale et gestuelle.
- D'autres méthodes, dites psychocorporelles, qui agissent à la fois pour un bien-être psychique et corporel (exemple : la sophrologie, la méditation, l'hypnose...).
- D'autres recours thérapeutiques (l'acupuncture, l'ostéopathie, l'homéopathie...) bien que non confirmés scientifiquement, peuvent être efficaces auprès de certaines personnes.

ON M'A PROPOSÉ LA TENS (OU NEUROSTIMULATION TRANSCUTANÉE). QU'EST-CE QUE C'EST ?

La neurostimulation transcutanée externe (ou TENS) consiste à appliquer soit sur le territoire douloureux soit près de celui-ci un courant électrique de faible voltage délivré par des électrodes apposées sur la peau et reliées à un boîtier porté le plus souvent à la ceinture. Cela induit la mise en place de 2 mécanismes : celui d'un réflexe du système nerveux qui « ferme » la porte à la transmission de la douleur et/ou celui d'une stimulation de la production d'analgésiques endogènes (substances antalgiques produites naturellement par l'organisme).

Il est nécessaire de réaliser une séance test, lors d'une consultation, pour ajuster les paramètres (localisation, intensité, fréquence). L'appareil est à utiliser régulièrement par la personne dans sa vie quotidienne, soit par intermittence (par exemple, lors d'une à deux séances par jour sur une durée limitée), soit en continu sur la journée.

L'ajustement se fait en fonction de la durée du soulagement obtenu.

La TENS peut être prescrite par les structures d'évaluation et de traitement de la douleur et/ou par un médecin de médecine physique et réadaptation. Cette prescription est partiellement remboursée par l'Assurance maladie. Après une période de location de six mois et si la neurostimulation est toujours utilisée et bénéfique, il vous sera proposé un achat du matériel. La location et l'acquisition du matériel peut se faire auprès de votre pharmacien habituel ou d'un prestataire de santé loueur ou vendeur de matériel médical.

Dans certains cas, le médecin référent de votre prise en charge de la douleur peut vous proposer de prendre contact avec des équipes spécialisées qui maîtrisent d'autres techniques de neurostimulation plus spécifiques. Cela implique une prise en charge plus complexe, nécessitant une prise en charge en structure de la douleur chronique.

QUE SONT LES MÉTHODES PSYCHOCORPORELLES ?

Ce sont des méthodes regroupant un ensemble d'approches qui appréhendent la personne dans sa dimension à la fois corporelle et psychique, sans se substituer à la psychothérapie. On parlera par exemple de relaxation, d'hypnose à visée antalgique ou de méditation. Le plus souvent, ces méthodes nécessitent une forme d'appropriation, de découverte (mobiliser les ressources de la personne), allant jusqu'à un véritable apprentissage permettant une utilisation en autonomie. Le patient pourra réaliser lui-même les séances dans sa vie quotidienne. On parle alors d'une auto-relaxation ou d'une autohypnose à visée antalgique.

L'apprentissage de ces techniques peut s'effectuer en séance individuelle ou en groupe. Elles sont complémentaires et non substitutives aux approches médicamenteuses. Elles peuvent être associées à d'autres approches non médicamenteuses.

Dans certains cas, elles ne suffisent pas à elles seules et peuvent être intégrées à un dispositif plus spécialisé réalisé par les psychologues ou les psychiatres que l'on nomme psychothérapie (voir **chapitre 7**).

COMMENT AGISSENT LES MÉTHODES PSYCHOCORPORELLES ?

Ces méthodes s'opposent aux situations de tension musculaire et émotionnelle liées à la douleur et au stress. Elles interrompent le cercle vicieux douleur-tension-stress. Dans le cadre d'une douleur chronique, ce sont des mécanismes plus complexes qui seront remobilisés par le recours à ces techniques. Ces mécanismes peuvent être multiples et variables d'une personne à une autre.

Ces méthodes ont aussi un intérêt dans l'accompagnement lors de la réalisation de soins douloureux.

QUI PRATIQUE LES MÉTHODES PSYCHOCORPORELLES ?

Plusieurs points communs unissent ces méthodes. Elles possèdent un double impact corporel et psychique. La relaxation et l'hypnose correspondent schématiquement à deux grands champs d'application : certains psychologues et psychiatres les pratiquent avec une visée de psychothérapie et dans certains cas à visée antalgique. D'autres professionnels de santé (médicaux et paramédicaux) les utilisent en se centrant sur la modification de la perception de la douleur et la diminution de l'anxiété face aux soins, par exemple. Quelles que soient les modalités d'utilisation de ces techniques, cela doit se faire d'une manière éclairée et discutée explicitement. Le professionnel doit également avoir fait une formation spécifique dans le domaine qu'il pratique.

EST-CE QUE L'HYPNOSE OU LA RELAXATION SONT DANGEREUSES ?

Ces approches ont été décrites ou parfois réalisées dans un contexte délicat. Le professionnel de santé, formé spécifiquement à ces méthodes, propose une utilisation éthique et respectueuse de la personne, dans le cadre de ses compétences. Le contexte est ainsi plus sécurisant. Si des questions persistent, vous pouvez prendre plus de renseignements sur le site de la MIVILUDES : <http://www.derives-sectes.gouv.fr/quest-ce-qu'une-d%C3%A9rive-sectaire/comment-la-d%C3%A9tecter>.

EST-CE QUE ÇA MARCHE POUR TOUT TYPE DE DOULEUR ?

Les dernières études confirment un intérêt croissant pour ces approches, dans un grand nombre de situations. Toutes les douleurs semblent pouvoir répondre à ce type d'approche, avec des effets plus ou moins marqués. Leur utilisation sera toutefois à distinguer selon la douleur (type, mécanisme, durée, etc.) et l'objectif de leur utilisation.

JE NE SAIS PAS QUOI FAIRE. JE NE SAIS PAS SI JE POURRAIS ÊTRE RÉCEPTIF À CES TECHNIQUES.

Dans un premier temps, avant de débiter une méthode, prenez le temps de discuter avec un professionnel formé : soit avec votre médecin traitant qui peut vous conseiller, soit avec les professionnels des Structures de la Douleur Chronique (SDC). Si vous avez déjà essayé l'une ou l'autre des techniques, sans succès et/ou que vous vous posez des questions : prenez conseil auprès des SDC. En fonction de vos douleurs et de leurs répercussions, les médecins, infirmiers(e)s et psychologues pourront identifier avec vous les différentes difficultés liées à la complexité de votre douleur.

QUELLE EST LA PLACE DE L'ACTIVITÉ PHYSIQUE DANS MA PRISE EN CHARGE ?

Entre source de douleur et aide à la mobilisation et au maintien des capacités physiques, le recours à l'activité est un élément important de l'équilibre à maintenir ou restaurer face à une douleur.

Dans certains cas, le repos plus ou moins strict sera nécessaire (le temps de cicatrisation ou de consolidation d'une blessure, par exemple). Parfois, il vous sera proposé de reprendre une activité physique adaptée, permettant à terme de limiter la douleur. Les professionnels de santé peuvent vous aiguiller dans votre projet.

QU'EST-CE QU'UNE ACTIVITÉ PHYSIQUE ADAPTÉE ?

L'activité physique adaptée est avant tout une activité qui mobilise votre corps dans des conditions compatibles avec votre santé et vos capacités physiques. C'est-à-dire qu'elle ne provoque pas de douleur importante ni pendant ni après l'activité, et qu'elle ne produit pas de fatigue trop importante pendant et après l'activité. Parfois, l'activité physique adaptée nécessite d'être encadrée par des professionnels, intégrée par exemple dans un programme de rééducation. Renseignez-vous auprès de votre médecin traitant et/ou auprès des professionnels de Structures de la Douleur Chronique.

CHAPITRE 6

EFFET PLACEBO

COMMENT...

- ... définir le placebo ? l'effet placebo ?
- ... comment ça marche ?
- ... valoriser l'effet placebo ?

COMMENT DÉFINIR LE PLACEBO ?

Le placebo est une substance (ou tout autre moyen* : chirurgie, thérapeute...), qui semble traiter un problème de santé (soulagement d'une douleur par exemple) alors qu'il est dépourvu d'effet pharmacologique (ou spécifique) démontré dans ce problème.

* Le médecin lui-même peut être un placebo. Il n'est pas rare de dire : « Il suffit d'aller chez le médecin et je n'ai plus mal »...

COMMENT DÉFINIR L'EFFET PLACEBO ?

De manière générale, tout médicament (ou tout autre acte thérapeutique) a une efficacité spécifique démontrée scientifiquement, associée à une efficacité dite non spécifique qu'on appelle effet placebo. Ce dernier augmente l'efficacité « totale » du médicament. Cette efficacité non spécifique est variable. Elle peut être importante, faible ou nulle.

Des études sont en cours pour mieux identifier les mécanismes et les conditions optimales de réalisation de cet effet afin de le favoriser et augmenter l'effet thérapeutique de la prise en charge.

COMMENT ÇA MARCHE ?

Plusieurs mécanismes sont associés à l'efficacité de l'effet placebo.

Il est nécessaire que soit établi un lien de confiance entre celui qui prescrit et/ou qui donne (soignant) et celui qui reçoit (un patient). En tant que patient, plus notre attente est grande, notre croyance dans ce que l'on va nous donner (ou faire) est forte, plus grande sera l'efficacité du traitement car plus important sera l'effet placebo. L'enthousiasme (conviction) du médecin pour un traitement pourra aussi amé-

liorer cet effet. Il s'agit de mécanismes cognitifs. Les explications, la réassurance et l'attitude de soutien du médecin participent non seulement à l'établissement du lien de confiance avec lui mais également à une réduction de l'anxiété qui contribue à l'effet placebo.

Le soulagement d'une douleur par un placebo (l'effet placebo) est sous-tendu par des mécanismes neurobiologiques de même nature que l'effet spécifique d'un antalgique ; ceux-ci impliqueraient notamment l'activation des systèmes opioïdes endogènes.

L'effet placebo n'existe pas qu'avec les médicaments antalgiques mais concourt à l'efficacité de tous les médicaments que l'on peut prendre (contre l'hypertension et le diabète, par exemple).

PEUT-ON NOUS PRESCRIRE UN PLACEBO ?

Dans le cadre d'un essai thérapeutique où l'on cherche à démontrer qu'une molécule a une efficacité spécifique, il peut être utile de regarder si son efficacité est effectivement supérieure à celle d'un placebo. Dans le domaine de l'antalgie, par exemple, pour conserver un cadre éthique, cette utilisation doit comporter la possibilité d'une prescription antalgique de secours efficace lorsque le niveau de la douleur atteint un seuil prédéfini.

COMMENT VALORISER L'EFFET PLACEBO ?

Il est souhaitable d'avoir l'effet placebo le plus puissant pour que le médicament marche le mieux possible. Cela revient à dire qu'il est souhaitable que patients et soignants agissent ensemble pour développer une bonne relation de confiance : on parlera alors d'alliance thérapeutique.

CHAPITRE 7

PSYCHOLOGIE ET DOULEUR

EST-IL VRAI...

- ... que la douleur, ça se passe dans ma tête ?
- ... qu'une douleur puisse ne venir que de la tête ?
- ... pour soigner ma douleur, le médecin m'oriente vers un psychologue ou un psychiatre : qu'en conclure ?
- ... qu'une douleur puisse être liée à une dépression ?
- ... que mon mode de vie puisse influencer ma douleur ?
- ... que si je dis que je suis déprimé, on va attribuer ma douleur à cet état dépressif ?
- ... que l'on peut avoir tendance à qualifier de « psychosomatique » une douleur dont on ne trouve pas la cause ?

ET :

- La douleur m'empêche de vivre, que faire ?
- Vais-je pouvoir retrouver une vie comme avant ?
- Si on ne trouve pas d'explication à mes douleurs, est-ce parce que je suis fou ?

EST-IL VRAI QUE LA DOULEUR, ÇA SE PASSE DANS MA TÊTE ?

Ça se passe aussi dans la tête ! En reprenant la définition de la douleur telle que l'a caractérisé l'IASP (International Association for the Study of Pain), la douleur est une expérience désagréable sensorielle et émotionnelle : elle se vit dans le même temps sur le plan corporel et sur le plan psychique, quelle que soit son origine. Il n'y a donc pas de douleur physique sans contrepartie psychologique... et il est essentiel de penser la réciproque : à savoir, il n'y a pas de trouble psychique sans corrélation physique.

EST-IL VRAI QU'UNE DOULEUR PUISSE NE VENIR QUE DE LA TÊTE ?

Dans ce cas précis, on fait alors l'hypothèse que la douleur vécue dans le corps est l'expression inconsciente, c'est-à-dire non choisie consciemment, d'une difficulté psychologique que l'on traverse. Cette difficulté peut être passagère et occasionne

parfois un mal de tête, par exemple. Néanmoins, elle peut être plus grave et plus envahissante, s'installer de manière plus répétitive et produire des douleurs qui à leur tour peuvent se répéter, se chroniciser et mettre à mal corps et moral. Il reste important dans tous les cas de figure que la douleur à forte composante psychique (due à un traumatisme, un deuil, une séparation...) soit prise en charge de façon adaptée. Toutefois, appréhender et traiter exclusivement une douleur chronique par la psychothérapie n'a pas de sens. Bien sûr, la réciproque est toujours vraie : une douleur que l'on ne parvient pas à soulager nécessite une approche pluridisciplinaire dans laquelle le psychologue contribue au diagnostic. Les patients douloureux font souvent eux-mêmes le lien entre leur mal de dos et le stress ou un épuisement professionnel, ou bien encore des difficultés plus intimes.

POUR SOIGNER MA DOULEUR, LE MÉDECIN M'ORIENTE VERS UN PSYCHOLOGUE OU UN PSYCHIATRE : QU'EN CONCLURE ?

On ne peut rien en conclure ! Il est prévu que les consultations douleurs soient des consultations d'évaluations médico-psychologiques. Par ailleurs, plus la douleur est complexe, plus les évaluations pluridisciplinaires (plusieurs spécialités médicales) et pluriprofessionnelles (plusieurs spécialités non médicales) sont nécessaires. L'état psychique influence fortement la perception de la douleur et celle-ci est plus difficile à supporter si la personne est déprimée ou anxieuse. Anxiété et dépression sont des facteurs aggravants qu'il est nécessaire d'identifier pour une prise en charge efficiente et qui peuvent justifier une prise en charge de type psychothérapique, psychocorporel ou comportemental. Il est alors nécessaire que ces éléments soient repérés et pris en charge par des professionnels du soin psychologique (psychologue, psychiatre) dont c'est le métier.

EST-IL VRAI QU'UNE DOULEUR PUISSE ÊTRE LIÉE À UNE DÉPRESSION ?

De nombreuses douleurs chroniques se rencontrent dans les problématiques dites du lien, c'est-à-dire de deuil, de séparation ou encore de vécu traumatique (divorce, licenciement, retraite, décès, abus sexuel...) et de nombreuses recherches scientifiques ont mis en évidence ces mécanismes dans les phénomènes de douleur complexe. Alors qu'une douleur persistante non correctement prise en charge peut provoquer par la suite un tableau dépressif – par épuisement, notamment – et majorer le vécu douloureux, une maladie dépressive de prime abord peut s'exprimer de façon presque exclusive sur le mode douloureux. L'anxiété, surtout sous forme de crise, se manifeste par des signes variés qui touchent le corps et peuvent être douloureux.

EST-IL VRAI QUE MON MODE DE VIE PUISSE INFLUENCER MA DOULEUR ?

Il s'agit le plus souvent d'un système circulaire. Par exemple, le manque de sommeil aggrave le vécu douloureux et, en même temps, la douleur perturbe la qualité de sommeil. Le vécu douloureux peut amener à des compensations alimentaires (su-

créées, grasses...) et une mauvaise alimentation influence l'expérience douloureuse en l'aggravant. Une activité dense a valeur de distraction de la douleur, mais elle la renforce puisque le corps alors négligé au profit d'une suractivité (travail, loisirs...) est soumis à un rythme qui le malmène et l'épuise. La prise en charge globale impose donc de s'intéresser au mode de vie du patient et de voir ce qui peut être aménagé, voire amélioré.

EST-IL VRAI QUE SI JE DIS QUE JE SUIS DÉPRIMÉ, ON VA ATTRIBUER MA DOULEUR À CET ÉTAT DÉPRESSIF ?

Seulement si le thérapeute est incompetent en psychopathologie ! La douleur engage des pertes, des incapacités, parfois des handicaps à des niveaux variables. La « dépressivité » est très en lien avec ces dimensions, en plus d'autres comme l'atteinte de l'image que l'on a de soi. Un vécu difficile est donc très courant. La douleur comme expression « pure » d'un état dépressif est à identifier même si elle est rare. La rencontre avec le psychologue ou le psychiatre permettra lors d'une évaluation de déterminer les influences entre les signes d'une « déprime » et la douleur et de trouver les voies de résolution.

EST-IL VRAI QUE L'ON PEUT AVOIR TENDANCE À QUALIFIER DE « PSYCHOSOMATIQUE » UNE DOULEUR DONT ON NE TROUVE PAS LA CAUSE ?

Là aussi, seulement si le thérapeute est incompetent en psychopathologie ! Le terme de « psychosomatique » est un mot-valise, souvent employé comme diagnostic par défaut (lorsque l'on n'arrive pas à qualifier autrement un tableau clinique complexe). Dire qu'une douleur est « psychosomatique » ne permet pas de comprendre la dynamique de la douleur, ce qui la nourrit et ce qui pourrait la soulager. Cette qualification est donc inutile, fait perdre du temps, chronicise les douleurs et le patient. De ce fait, elle ne devrait être que rarement employée, au profit d'une approche thérapeutique incluant la question du dialogue entre le corps et l'esprit, obligatoire et nécessaire en clinique de la douleur, qui peut se passer d'une étiquette stigmatisante comme « psychosomatique ».

LA DOULEUR M'EMPÊCHE DE VIVRE, QUE FAIRE ?

Si vous énoncez cela, c'est que la vie est toujours en vous ! Il existe bien le désir que quelque chose de différent existe et organise votre quotidien. Une équipe pluriprofessionnelle peut vous aider à repenser vos activités pour « faire le tri » entre ce à quoi il faut renoncer (définitivement ou non), ce qui peut être aménagé, ce qui est conservé (sous condition ou non). Le plaisir de vivre émerge non de ce que l'on fait et vit. Le plaisir de vivre naît plutôt de nos manières d'agir et de la façon dont on accepte de vivre. Ce travail de redéfinition de soi et de son existence est parfois long, difficile, mais s'installe dans une promesse de jolis devenirs.

VAIS-JE POUVOIR RETROUVER UNE VIE COMME AVANT ?

Même si votre douleur était entièrement soulagée, ce qui n'est pas la situation la plus courante, votre vie ne sera jamais « comme avant ». En effet, l'expérience douloureuse que vous avez faite a durablement modifié le regard que vous portiez sur vous, vos capacités à faire face, la faillibilité de votre corps, le rapport à votre entourage, etc. Autrement dit, l'expérience douloureuse est une leçon de vie qui ne s'oublie pas et change le rapport à notre existence définitivement.

SI ON NE TROUVE PAS D'EXPLICATION À MES DOULEURS, EST-CE PARCE QUE JE SUIS FOU ?

Les sciences de santé (médecine, psychologie...) ne sont pas des savoirs absolus et définitifs. Ce qui est inconnu à une époque ne l'est pas forcément à la suivante. Parfois aussi, les connaissances sont là, mais la situation est d'une telle complexité qu'il est difficile de la saisir sous tous ses aspects. Une absence d'explication n'est de toute façon jamais du fait de la « folie » du patient. Mais, bonne nouvelle, elle n'est pas obligatoire pour trouver un chemin thérapeutique adapté...

POINTS-FORTS

LA COMPOSANTE ÉMOTIONNELLE DE LA DOULEUR

Elle doit être prise en charge puisqu'elle est une des deux composantes de la douleur.

L'EXPRESSION DE LA DOULEUR EST PROPRE À CHACUN

L'expression de la douleur et la perception qu'en ont les soignants est très directement liée aux codes culturels de chacun. Selon la personne, la manifestation de la douleur peut être totalement différente : déferlement, banalisation, rétention, déni des émotions. L'expression de la douleur ne préjuge en rien de son intensité.

L'ANGOISSE ET LA DÉPRESSION

Ce sont des états psychologiques le plus souvent associés à la douleur, notamment chronique. La spirale d'auto-entretien douleur-dépression-douleur mérite toujours des explications détaillées.

CHAPITRE 8

DOULEURS PROVOQUÉES PAR LES SOINS

QUELS SONT ...

- ... les soins et les actes qui font mal ?
- ... les médicaments qui permettent d'avoir moins mal ?
- ... les autres moyens non médicamenteux ?

QUELS SONT LES SOINS ET LES ACTES QUI FONT MAL ?

Les soins de pratique courante sont souvent douloureux. La douleur n'est pas forcément intense ou sévère, mais elle peut être pénible car les soins sont répétés et de plus en plus difficiles à supporter, surtout si vous avez une maladie chronique. La douleur provoquée par les soins peut survenir à tous les âges de la vie, quel que soit le secteur de soin. L'anxiété peut renforcer la perception de la douleur. Votre vécu douloureux est influencé par de nombreux facteurs en interaction, ceux qui sont liés à la nature même du soin, ceux qui sont liés au soignant, ceux qui sont liés à votre état physique et psychologique. Il ne faut jamais sous-estimer ces douleurs liées aux soins et ne pas hésiter à le signaler aux professionnels de santé en exprimant ce que vous ressentez. En dehors de l'urgence vitale, le soin peut être arrêté et reporté. La qualité du déroulement d'un premier soin conditionne les suivants.

On peut classer les principaux soins et actes en :

1) Soins d'hygiène et d'entretien de la vie

- Par exemple : habillage, déshabillage, toilette au lit, prévention d'escarres, aide à l'alimentation, à l'hydratation...

2) Actes et soins techniques

- Ceux dont la réalisation nécessite une effraction cutanée (les prises de sang, poses de perfusion, injections, ponctions lombaires, ponctions d'ascite...)
- Ceux dont la réalisation nécessite une intrusion dans un orifice naturel (les aspirations naso-pharyngées, les poses de sonde naso-gastrique, pose de sonde urinaire...)
- Les pansements et soins de plaie (les pansements d'ulcère de jambe, les pansements d'escarres, les soins de stomie...)
- Les mobilisations et les transferts (les installations dans le lit, transfert lit/fauteuil, brancardage...)

- Les actes de rééducation (kinésithérapie motrice, respiratoire)
- Les actes d'imagerie médicale (les radios, échographies, scanners, doppler, IRM...).

La douleur aiguë provoquée par les soins est **prévisible** et doit être **évaluée**. Elle peut être évitée ou au moins diminuée par des médicaments antalgiques et des moyens non médicamenteux adaptés.

QUELS SONT LES MÉDICAMENTS QUI PERMETTENT D'AVOIR MOINS MAL ?

Il n'est pas toujours possible de faire disparaître totalement la douleur lors des soins. Sauf exception, les médicaments antalgiques de niveau 1 et 2 (voir **chapitre 3**) sont insuffisants pour contrôler efficacement ce type de douleur.

Par contre, cette douleur peut être nettement atténuée par des médicaments actuellement disponibles, efficaces et sûrs :

- Les anesthésiques locaux, soit en topique (au contact de la peau ou des muqueuses : patch, crème anesthésiante), soit en infiltration (injection), en spray local, ou en gel (gel de lidocaïne) ;
- L'inhalation de **MEOPA**, qui associe une analgésie de surface et un effet anxiolytique. Très utilisé en pédiatrie, il peut également être utile chez l'adulte et la personne âgée. On peut l'utiliser à l'hôpital et aussi en ville ;
- Les antalgiques de niveau 3 (morphiniques) ;
- Certains médicaments anxiolytiques.

Le type d'antalgique, la dose, la voie et l'heure de l'administration, dépendent du soin à dispenser, de l'état clinique de la personne et du déroulement des soins antérieurs.

PEUT-ON ATTÉNUER MA DOULEUR PAR D'AUTRES MOYENS QUE LES MÉDICAMENTS ?

Avant toute chose, il est important que les professionnels de santé vous informent sur le soin qui va être réalisé et que vous ayez bien compris cette information. Il ne faut pas hésiter à poser des questions sur la douleur d'un soin ou d'un acte, et sur la méthode analgésique employée si nécessaire. On peut trouver des informations sur la douleur provoquée par les différents types de soins sur les **sites internet** référencés à la fin de ce document.

Pendant le soin, il est préférable que vous soyez installé dans une position confortable, adaptée à votre état physique et à votre degré de fatigue.

Pour réaliser un soin dans des conditions optimales, il est préconisé d'associer les médicaments et d'autres moyens non médicamenteux, comme par exemple des méthodes psycho-corporelles (voir **chapitre 5** : détournement d'attention, hypnose, sophrologie, etc.), afin d'entretenir un état de décontraction et de relaxation. Ces méthodes ont fait leurs preuves et de plus en plus de soignants sont formés à leur utilisation. Il ne faut pas hésiter à s'en servir !

POINTS-FORTS

POURQUOI PRÉVENIR LA DOULEUR LIÉE AUX SOINS ?

La douleur provoquée par les soins est une source d'anxiété, d'épuisement, parfois de refus de soin, pour la personne malade, en particulier lors d'une maladie chronique ou en cas de grande fragilité (enfant, personne âgée).

Cette douleur complique la réalisation des gestes, et nuit à leur qualité, ralentit l'activité et dévalorise l'action du soignant.

Il est donc dans l'intérêt du patient et du soignant que les soins pratiqués soient le moins douloureux possible.

SI JE SUIS ANXIEUX, UN PROCHE PEUT-IL RESTER AUPRÈS DE MOI PENDANT LE SOIN ?

Se sentir réassuré et confiant pendant un soin est indispensable à sa bonne réalisation.

Vous pouvez demander au personnel soignant s'il est possible qu'un proche (parents pour les enfants) puisse assister au soin.

À QUEL MOMENT DOIT-ON M'ADMINISTRER UN MÉDICAMENT AVANT LE SOIN POUR PRÉVENIR LA DOULEUR ?

Voie intraveineuse : 5 à 15mn selon le produit

Voie orale : généralement 1h

Crème anesthésiante : 1h à 2h

MEOPA : 3 minutes

ET SI LE SOIN RESTE DOULOUREUX MALGRÉ LE TRAITEMENT PRÉVENTIF ?

Si le soin reste douloureux malgré le traitement préventif, il est important d'évaluer la douleur afin que le médecin réajuste sa prescription d'antalgiques pour les soins suivants. Lors d'un soin long et douloureux, il est possible de demander au soignant de faire une pause. En cas d'échec et dans certaines situations, le soin peut être réalisé sous anesthésie générale.

CHAPITRE 9

DOULEUR POSTOPÉRATOIRE

J'AI PEUR ...

- ... d'avoir mal après mon opération,
- ... de subir une opération dans un service qui ne prendra pas en compte ma douleur,
- ... de prendre de la morphine...

J'AI PEUR D'AVOIR MAL APRÈS MON OPÉRATION...

Les interventions chirurgicales sont sources de douleur. En aucun cas cette douleur ne doit être banalisée ou négligée. Celle-ci peut être localisée au niveau du site de l'intervention chirurgicale ou en lien avec des dispositifs mis en place au cours de l'intervention (sonde naso, gastrique, sonde urinaire, etc.). Quelle que soit son intensité, la douleur doit être prise en compte et traitée. Cela implique une évaluation régulière de son intensité et de l'efficacité des traitements mis en place par les équipes. N'hésitez pas à leur signaler toute douleur.

DANS CE SERVICE, EST-CE QU'ON VA PRENDRE MA DOULEUR EN COMPTE ?

Lors de la consultation d'anesthésie, sont expliqués au patient les différentes modalités de prise en charge de la douleur (PCA, anesthésie loco-régionale...) ainsi que les outils d'évaluation de la douleur. Les protocoles antalgiques existent. Certains sont spécifiquement adaptés à la douleur postopératoire ou à la douleur induite par les soins.

Il est important de poser toutes les questions concernant les moyens de lutte contre la douleur mis en place dans le service concerné aux professionnels de santé impliqués.

J'AI UNE DOULEUR CHRONIQUE : FAUT-IL ARRÊTER MON TRAITEMENT ANTALGIQUE ?

Lors de la consultation d'anesthésie, le médecin fera le point sur le traitement habituel.

Un traitement antalgique, sauf exception, ne doit pas être interrompu (y compris les antidépresseurs, antiépileptiques, morphiniques) afin d'éviter un déséquilibre antalgique ou un syndrome de sevrage avant ou pendant la prise en charge.

J'AI PEUR DE PRENDRE DE LA MORPHINE. QUEL EST LE RISQUE DE DÉPENDANCE ?

La morphine est l'un des antalgiques utilisés pour traiter la douleur postopératoire. Son recours est fonction de l'intensité de la douleur. Son utilisation en postopératoire n'entraîne aucun risque de dépendance ni de toxicomanie. Pour les douleurs postopératoires modérées, chez l'adulte, il existe d'autres traitements antalgiques comme le paracétamol, les anti-inflammatoires, la codéine, le tramadol, le nefopam (voir **chapitre 3**).

QU'EST-CE QU'UNE TITRATION ?

Une **titration** est une méthode permettant d'ajuster rapidement une posologie de médicament.

La titration est généralement réalisée en salle de réveil. À partir de cette titration initiale, le médicament pourra être administré selon plusieurs voies :

- intraveineuse le plus souvent, grâce à une pompe PCA ;
- sous-cutanée (SC) ;
- orale.

QUELLES SONT LES AUTRES MÉTHODES POUR CALMER LA DOULEUR POSTOPÉRA-TOIRE ?

Pour certaines interventions chirurgicales, des techniques analgésiques locales et/ou régionales (péridurale, blocs nerveux...) peuvent être proposées. Elles permettent un contrôle optimum de la douleur au repos et à la mobilisation. Des techniques non médicamenteuses (chaud, froid, neurostimulation transcutanée, relaxation, sophrologie...) peuvent compléter l'action des médicaments et être proposées selon les services.

VAIS-JE AVOIR DES MÉDICAMENTS CONTRE LA DOULEUR À MA SORTIE ?

La continuité de la prise en charge de la douleur doit être assurée lors du retour à domicile. L'ordonnance de sortie comporte systématiquement des antalgiques adaptés à l'intensité de la douleur et à la tolérance du patient. Un ajustement de ceux-ci est prévu en cas de besoin (augmentation de la posologie, réduction de l'intervalle des prises, recours à un produit plus puissant). Le médecin traitant doit être informé dès le retour à domicile afin de prendre le relais du suivi médical.

POINTS-FORTS

PCA Patient Controlled Analgesia (en français : Analgésie contrôlée par le patient, ACP) : technique qui permet au patient, grâce à un matériel adapté, de s'auto-administrer des doses de médicament antalgiques à l'aide d'un bouton poussoir (dans les limites prescrites par le médecin) et ainsi de contrôler au mieux sa douleur.

ALR Anesthésie loco-régionale : technique d'anesthésie qui permet de n'endormir que la partie du corps sur laquelle a eu lieu l'opération. Son principe est de bloquer de façon temporaire et réversible les nerfs de la région concernée, en injectant à leur proximité un produit d'anesthésie locale.

CHAPITRE 10

DOULEUR NEUROPATHIQUE

POURQUOI...

- ... j'ai des sensations bizarres ou franchement douloureuses et personne ne me croit ?
- ... le moindre effleurement provoque une douleur insupportable ?
- ... ma douleur augmente quand je suis stressé ?

POURQUOI AI-JE DES SENSATIONS BIZARRES OU FRANCHEMENT DOULOUREUSES ET PERSONNE NE ME CROIT ?

Certaines douleurs sont liées à une altération du système nerveux lui-même (nerfs, moelle épinière, cerveau), et peuvent être localisées à distance de l'endroit de la lésion elle-même. Ainsi, une personne peut présenter une douleur ou une sensation désagréable, de brûlure par exemple, à un endroit indemne de toute lésion visible, car c'est une structure nerveuse périphérique ou centrale qui en est en cause. Ces douleurs complexes sont souvent mal comprises par le malade et les soignants.

COMMENT SE REPÉRER DANS LA DÉFINITION DES DOULEURS NEUROPATHIQUES ?

Anciennement appelées douleurs de désafférentation ou neurogènes, elles sont consécutives à une lésion du système nerveux (récente ou ancienne) périphérique ou central (liées à un zona, au diabète, à une amputation, à une intervention chirurgicale, à la sclérose en plaques...). Ces douleurs sont particulières, souvent décrites comme des brûlures, des décharges électriques, des coups de couteau, et elles s'associent à des **paresthésies** ou **dysesthésies**.

LE MOINDRE EFFLEUREMENT PROVOQUE UNE DOULEUR EFFROYABLE !

La douleur provoquée par le frottement d'un vêtement, le contact avec de l'eau chaude ou froide, un courant d'air correspond à ce l'on appelle en clinique l'**allodynie** ou l'**hyperalgésie**. Ces symptômes sont caractéristiques des douleurs neuropathiques et sont liés aux perturbations des systèmes **nociceptifs**, de la moelle ou du cerveau secondaires à la lésion nerveuse.

COMMENT FAIRE COMPRENDRE QUE MA DOULEUR AUGMENTE QUAND JE SUIS STRESSÉ ?

Comme toutes les douleurs chroniques, la perception de la douleur neuropathique augmente considérablement avec le stress, l'anxiété, la dépression et le manque de sommeil.

LE MÉDECIN ME DIT QUE JE SUIS GUÉRI (OU QUE MA MALADIE NE S'AGGRAVE PAS) MAIS POURQUOI AI-JE TOUJOURS MAL ?

Les douleurs neuropathiques sont souvent **séquentaires** d'une maladie ou d'une chirurgie. Elles peuvent persister longtemps après la guérison de la cause initiale. C'est le cas du zona. Ces douleurs peuvent s'avérer difficiles à soulager.

POURQUOI, ALORS QUE J'AI PRIS DES MÉDICAMENTS, MÊME DE LA MORPHINE, AI-JE TOUJOURS MAL ?

Les antalgiques ne sont que peu ou pas efficaces sur les douleurs neuropathiques. La morphine peut parfois être efficace mais généralement à doses élevées. Les traitements de référence sont certains antidépresseurs et antiépileptiques qui agissent spécifiquement sur les mécanismes de ces douleurs. Le traitement doit être entamé avec une posologie très faible et augmenté progressivement en fonction de la **tolérance** (sommolence, sensations de vertige). Il faut savoir que l'équilibre entre efficacité et effets indésirables peut être difficile et long à trouver. L'association d'autres méthodes est souvent efficace : relaxation, stimulation électrique transcutanée, hypnose... (voir **chapitre 5**).

POURQUOI AI-JE TOUJOURS MAL ALORS QUE JE PRENDS DES ANTIDÉPRESSEURS ?

Tous les antidépresseurs ne sont pas efficaces sur les douleurs neuropathiques, seuls certains antidépresseurs le sont.

EST-CE QUE LE CANCER PEUT PROVOQUER DES DOULEURS NEUROPATHIQUES ?

Les douleurs cancéreuses peuvent être mixtes (**nociceptive** et neuropathique), associant lésions locales inflammatoires ou tumorales et envahissement du système nerveux. Il faut alors, comme face à toute douleur, bien les analyser pour repérer celles qui relèvent d'un mécanisme neuropathique.

POINTS-FORTS

CONNAISSANCE DES DOULEURS NEUROPATHIQUES

Faute de formation, les professionnels de santé se trouvent souvent désarmés pour identifier les douleurs neuropathiques. Ces douleurs sont déconcertantes tant pour la personne malade que pour le médecin. Ce contexte entraîne un double risque pour le patient : un déni de sa douleur ou une psychiatrisation de son cas. Il existe cependant des questionnaires simples de dépistage, comme l'outil DN4 (douleur neuropathique en 4 questions), qui permettent de reconnaître aisément ces douleurs.

DOULEUR NEUROPATHIQUE ET OPIOÏDES

Les douleurs neuropathiques répondent de manière peu prévisible aux opioïdes ; ces traitements ne peuvent s'envisager qu'en dernier recours après échec de tous les traitements spécifiques et après avis spécialisé (de préférence par une équipe experte et multidisciplinaire).

CHAPITRE 11

MIGRAINE ET CÉPHALÉES

SUIS-JE...

- ... vraiment migraineux ?
- ... prédisposé à la migraine ?
- ... exposé au risque de céphalée chronique quotidienne ?

SUIS-JE VRAIMENT MIGRAINEUX ?

Le diagnostic de migraine est clinique, en ceci qu'il repose sur la description de ce que vous ressentez et sur des critères diagnostiques clairement définis par un consensus d'experts, l'International Headache Society (IHS).

LES CRITÈRES DIAGNOSTIQUES SONT LES SUIVANTS :

- Le mal de tête évolue par crises (durée de quelques heures à trois jours) entrecoupées de périodes de rémission sans douleur ;
- au moins cinq crises ont été répertoriées ;
- le mal de tête présente au moins deux des aspects suivants : localisé d'un côté de la tête, sensation de cœur qui bat, majoré par l'effort physique, douleur forte à très forte ;
- le mal de tête s'accompagne d'au moins l'un des signes suivants : nausées ou vomissements, gêne à la lumière et au bruit.

Si la personne remplit les quatre critères de définition de la migraine, le diagnostic de migraine peut donc être évoqué.

Si seuls trois critères sur quatre sont remplis, on parlera de migraine probable.

Dans tous les cas, votre médecin s'assurera de la normalité de votre examen clinique.

POURQUOI SUIS-JE MIGRAINEUX ?

Il est probable que la migraine touche des personnes ayant une prédisposition génétique (présence d'autres migraineux dans la famille).

Comme pour d'autres pathologies, une prédisposition n'est pas responsable à elle seule de la maladie.

Très souvent les crises sont déclenchées par différents facteurs bien connus du migraineux : stress, émotions, stimulations sensorielles (luminosité, odeurs...), certains aliments, changements de rythme de vie, manque de sommeil...

DOIS-JE FAIRE DES EXAMENS ?

Il n'y a aucune indication à réaliser une imagerie (scanner, IRM ou électro-encéphalogramme) si les crises répondent aux critères de l'IHS présentés précédemment et si, en dehors des crises, l'examen clinique est strictement normal.

Contrairement aux idées reçues, les crises de migraine ne sont pas en lien avec les sinus, les dents, les yeux ou la vésicule biliaire. Il est donc inutile de réaliser des examens pour explorer ces organes.

QUELS SONT LES RISQUES DE LA MIGRAINE ?

Le risque majeur de la migraine est l'évolution progressive vers une céphalée chronique quotidienne, s'exprimant par une répétition plus fréquente des crises et parfois des maux de tête continus.

Cette évolution peut être favorisée par l'anxiété, un état dépressif et/ou la prise excessive de traitements de crise.

COMMENT RACCOURCIR LA DURÉE DE MES CRISES DE MIGRAINE ?

Le traitement spécifique de crise repose sur la prise d'anti-inflammatoires non stéroïdiens et/ou de triptans, ayant une action vasoconstrictrice sur les vaisseaux méningés.

Ce traitement sera d'autant plus efficace s'il est pris dans la première heure de crise.

COMMENT DIMINUER LE NOMBRE DE CRISES MIGRAINEUSES ?

Le repérage des facteurs déclenchants potentiels peut permettre d'éviter le déclenchement de certaines crises.

En cas de crises fréquentes, votre médecin peut vous prescrire un **traitement de fond**, dont la prise quotidienne aura pour objectif de réduire la fréquence des crises et /ou leur intensité.

Parallèlement, peuvent être proposées des méthodes non médicamenteuses permettant de gérer l'anxiété et le stress, facteurs déclenchants fréquents de crises.

POINTS-FORTS

« Ça tape. » L'aspect pulsatile de la douleur liée à la migraine est dû à une distension transitoire des vaisseaux méningés.

LES PIÈGES DIAGNOSTIQUES

Il faut penser à la migraine pour toute douleur de la face (frontale et péri-orbitaire) et devant certains troubles visuels ou digestifs.

LA MIGRAINE CHEZ L'ENFANT

5 à 10 % des enfants sont sujets à la migraine (voir chapitre 15).

MORPHINE ET MIGRAINE

On ne doit pas donner d'opioïdes faibles ou forts pour soulager une migraine même si la douleur est violente.

CHAPITRE 12

DOULEURS ORO-FACIALES

POURQUOI...

- ... ai-je mal à l'oreille et me conseille-t-on d'aller chez mon dentiste ?
- ... ai-je très mal à une dent et me dit-on que je n'ai rien ?
- ... ai-je la langue qui brûle et personne ne voit-il rien ?

J'AI MAL AUX SINUS, AUX OREILLES, AUX MÂCHOIRES, DANS LA BOUCHE... À QUI EN PARLER ?

Le dentiste ou le médecin généraliste sauront repérer quel est le domaine de compétence requis : chirurgie dentaire, ORL, neurologie, ophtalmologie...

PEUT-ON SOIGNER LES DOULEURS DENTAIRES AVEC DES MÉDICAMENTS ? EST-ON OBLIGÉ D'ALLER CHEZ LE DENTISTE ?

Les douleurs des dents et des gencives sont le plus souvent d'origine inflammatoire ou infectieuse. Même si les médicaments peuvent soulager la douleur temporairement et dans certains cas (pas la rage de dent), ils ne régleront pas l'origine du problème et les douleurs reviennent en général de manière plus intense. Sans traitement par le dentiste, le problème évolue, peut s'aggraver à la longue, pouvant même donner des complications infectieuses à distance, liées au passage de germes dans la circulation sanguine. Certaines personnes peuvent présenter une phobie des soins dentaires ; il ne faut pas hésiter à en parler à son dentiste qui est là pour donner des encouragements et qui possède de nombreux moyens pour soigner sans faire ni peur ni mal : anesthésiques locaux, anxiolytiques, hypnose, sédation consciente...

QU'EST-CE QU'UNE RAGE DE DENT ?

La rage de dent est appelée pulpite aiguë. Elle entraîne une douleur comme « un cœur qui bat dans la dent ». Cette douleur est spontanée et réveille souvent la nuit ; elle peut être augmentée par le chaud ou le froid. Elle est tellement intense que parfois il est même difficile de savoir quelle dent exactement fait mal. Recourir aux antibiotiques et aux antalgiques est totalement inutile. Seul l'acte réalisé par le dentiste pourra soulager de la douleur et éviter le retour de ce type d'infection et de douleur.

J'AI MAL À L'OREILLE EN MANGEANT ET L'ORL M'ORIENTE VERS UN DENTISTE, POURQUOI ?

Les articulations de la mâchoire se situent au niveau des oreilles. Leur dysfonctionnement peut donc entraîner des douleurs ressenties dans l'oreille, comme une otite, mais n'ont cependant aucun rapport avec une otite. Ce dysfonctionnement entraîne fréquemment des douleurs au niveau des muscles de ces articulations, et dans ce cas la douleur est ressentie au niveau de l'oreille et irradie en avant dans les mâchoires, au niveau de la tête et du cou.

Ce type de dysfonction est fréquent et est souvent lié au stress et au fait de serrer les dents. La prise en charge se fait par le chirurgien-dentiste. Le traitement symptomatique est simple et efficace : anti-inflammatoires, apprentissage d'auto-massages, gouttière occlusale appelée orthèse. Le traitement étiologique est fondamental : modification des habitudes de serrage des dents, apprentissage des techniques permettant de modifier le niveau d'anxiété (voir **chapitre 5**).

Le recours à la chirurgie (maxillo-faciale, dentaire, orthodontique ou prothétique) est rarissime et doit être réservé aux cas de malformations congénitales ou acquises avérées.

J'AI TRÈS MAL À UNE DENT DEPUIS LONGTEMPS ET LES DENTISTES ME DISENT QUE JE N'AI RIEN. SUIS-JE FOU ? DOIS-JE LA FAIRE ENLEVER ?

Au niveau de la face, comme pour les autres parties du corps, des lésions nerveuses peuvent être responsables de douleurs. À la suite de traitements dentaires (traitements de racines, avulsion), il arrive que les fibres nerveuses qui relient la dent au cerveau se réparent mal (de manière indépendante de la qualité du travail du chirurgien-dentiste). Ces lésions ne sont pas visibles à l'examen, ni sur les radiographies. Pourtant elles entraînent de réelles douleurs parfois invalidantes, présentes tous les jours, qui ressemblent souvent à des brûlures ou des piqûres, accompagnées parfois de sensations étranges. Le diagnostic se fait souvent chez le dentiste qui vérifie que les dents ne présentent pas de problème infectieux et adresse le patient à un centre spécialisé de prise en charge des douleurs chroniques de la face ou à un centre anti-douleur. Ces douleurs neuropathiques se prennent en charge avec des médicaments spécifiques ou de l'hypnose. Attention, faire dévitaliser ou enlever ces dents n'est pas nécessaire et bien au contraire aggrave souvent la douleur.

LA LANGUE ET LES GENCIVES ME BRÛLENT DEPUIS DES ANNÉES, PERSONNE NE VOIT RIEN, EST-CE PSYCHOLOGIQUE ?

Une altération des fibres nerveuses peut également se produire au niveau des muqueuses buccales (langues, gencives, palais, intérieur des joues, fond de la gorge). On appelle cela la **stomatodynie**. Cette maladie entraîne des brûlures parfois accompagnées d'une modification du goût et de la salive. Ces douleurs touchent le plus souvent les femmes, après la ménopause. Le chirurgien-dentiste vérifie qu'il n'existe pas une cause plus classique à ces douleurs et adresse le patient à un

centre spécialisé de prise en charge des douleurs chroniques de la face ou à un centre anti-douleur. Ces douleurs neuropathiques se prennent aussi en charge avec des médicaments spécifiques ou de l'hypnose (voir **chapitre 5**).

POINTS-FORTS

DOULEURS RESENTIES AU NIVEAU DES OREILLES

Certaines douleurs ressenties au niveau des oreilles ne relèvent pas de la spécialité ORL et sont simplement un trouble des articulations de la mâchoire (articulations temporo-mandibulaires). La prise en charge symptomatique et étiologique est relativement simple. L'antibiothérapie est inutile et la chirurgie à proscrire dans la grande majorité des cas.

NEUROPATHIES DENTAIRES

Ces douleurs chroniques sont mal connues, elles ne sont visibles ni cliniquement, ni radiologiquement et ont tendance à conduire à des traitements chirurgicaux inutiles qui majorent la douleur.

CHAPITRE 13

LOMBALGIE CHRONIQUE

POURQUOI...

- ... ai-je mal au dos ?
- ... ne m'a-t-on pas refait de radio ?
- ... les médicaments ne sont-ils pas suffisants ?

POURQUOI AI-JE MAL AU DOS ?

Dans une large majorité de cas, le mal de dos est une lombalgie commune. Le mot « commun » veut dire que les facteurs physiques n'ont aucun caractère de gravité. Les radiographies ne permettent pas de distinguer si la personne souffre ou non de lombalgie, car les mêmes images seraient observées chez des patients sans douleur.

La lombalgie commune devient chronique après trois mois d'évolution. Elle résulte le plus souvent de plusieurs facteurs, généralement intriqués. On doit à ce stade considérer les facteurs physiques et les facteurs psychologiques et professionnels. Parfois, nous ne pouvons pas identifier spécifiquement la cause de votre mal de dos.

ON NE M'A PAS REFAIT DE RADIO RÉCEMMENT, EST-CE NORMAL ?

L'imagerie n'apporte pas d'élément contributif au suivi d'une lombalgie chronique commune stable. Le médecin prescrira des examens complémentaires (radiographie, scanner, IRM) dans les cas où la douleur se modifie.

EXISTE-T-IL DES TRAITEMENTS AUTRES QUE MÉDICAMENTEUX ?

Tant pour la prise en charge de la lombalgie chronique commune que pour la prévention d'épisodes aigus surajoutés, il convient le plus souvent de privilégier des moyens non médicamenteux complémentaires :

- l'approche psycho-comportementale (compréhension du problème posé, prise en compte du niveau d'anxiété et de démoralisation...);

- éducation posturale (rééducation qui vise à remettre le corps dans une position « normale » afin de diminuer les tensions), travail physique de perception sensitivo-motrice (relatif au sens et à la motricité corporelle) ;
- reconditionnement (remise) à l'effort, restauration fonctionnelle du rachis avec remise en confiance (réapprendre à faire plutôt qu'à éviter) (voir **chapitre 19**).

Lors d'un épisode aigu, les médicaments ne sont pas non plus la seule réponse : massothérapie, physiothérapie, éventuelle contention de protection ou de maintien de façon momentanée. En se souvenant qu'il est important de maintenir les activités physiques possibles. Le repos n'est plus considéré comme une stratégie de traitement utile.

COMMENT POURSUIVRE MON ACTIVITÉ PROFESSIONNELLE ?

Le contact avec le médecin du travail est essentiel pour évaluer l'adaptation au poste de travail et envisager un aménagement des conditions professionnelles : horaires, gestes et positions, cadences... Décider d'un éventuel arrêt de travail mérite de bien analyser ce que l'on peut en attendre : il n'est souvent pas une solution tant au long cours que de façon répétée : risque de déconditionnement à l'effort, de désocialisation, voire de licenciement...

J'AI DÉJÀ BEAUCOUP CONSULTÉ, J'AI TOUJOURS MAL AU DOS, JE NE SAIS PLUS VERS QUI ME TOURNER...

Il est souvent nécessaire de recourir à une équipe pluridisciplinaire comme celle qui existe au sein d'une structure spécialisée dans la prise en charge de la douleur chronique ou dans une structure de rééducation et de réadaptation consacrée à la lombalgie chronique.

QU'APPORTE UNE PRISE EN CHARGE MULTIDISCIPLINAIRE ?

Les programmes multidisciplinaires de réadaptation à l'effort conjuguent, dans des proportions variables, techniques psycho-corporelles (voir **chapitre 5**), thérapies cognitivo-comportementales (appelées TCC, et s'intéressant à la partie visible de l'iceberg, celle qui fait souffrir. La pratique est centrée sur la cognition, c'est-à-dire les pensées et les croyances parfois erronées et négatives que cultive l'individu sur lui-même), l'éducation posturale (elle vise à remettre le corps dans une position « normale » afin de diminuer les tensions), le reconditionnement physique, les conseils et aménagements ergonomiques (adapter le travail, les outils et l'environnement à la personne) (et non l'inverse). Cette prise en charge pluridisciplinaire des dimensions somatique (relatif au corps dans sa dimension physique), psychologique, sociale a pour finalité une réinsertion familiale, sociale, professionnelle et l'amélioration de la qualité de vie. Cette prise en charge doit être mise en œuvre précocement, dès qu'une lombalgie commence à devenir chronique.

POINTS-FORTS

DÉFINITION DES LOMBALGIES CHRONIQUES COMMUNES

La lombalgie chronique peut être définie comme une douleur lombo-sacrée (à hauteur des crêtes iliaques ou plus bas), médiane ou latéralisée, durant au moins trois mois, quasi quotidienne, sans tendance à l'amélioration. À la douleur lombo-sacrée peuvent éventuellement s'associer des irradiations qui ne dépassent pas le genou.

ACCIDENT DU TRAVAIL

Le cadre de l'accident de travail est une protection limitée dans le temps. Il est souvent cause de litiges avec les organismes sociaux et de tracas administratifs qui peuvent retarder la réinsertion professionnelle.

PRESCRIRE UN ARRÊT DE TRAVAIL ?

Dans les douleurs chroniques lombaires, un arrêt de travail n'est pas une vraie solution. Il peut même se révéler néfaste. Il risque de rendre la douleur encore moins supportable, de provoquer un déconditionnement physique et d'enfermer la personne dans les cercles vicieux de la douleur et de ses conséquences.

POUR EN SAVOIR PLUS

L'assurance maladie a réalisé un dossier pour mieux comprendre le mal de dos et éviter qu'il ne devienne chronique : <https://www.ameli.fr/assure/sante/themes/lombalgie-aigue>.

Regarder le spot télé : <https://www.ameli.fr/pharmacien/actualites/mal-de-dos-le-bon-traitement-cest-le-mouvement-le-spot-tv>.

CHAPITRE 14

DOULEURS ET CANCER

EST-CE QUE...

- ... mon cancer s'aggrave ? J'ai de plus en plus mal.
- ... la chimiothérapie va soulager mes douleurs ?
- ... je risque de présenter des brûlures avec la radiothérapie ?

J'AI DE PLUS EN PLUS MAL, MON CANCER S'AGGRAVE-T-IL ?

La douleur peut être un signe d'aggravation ou de récurrence du cancer. Mais pas toujours.

Ainsi, certains cancers ne provoquent pas de douleur même si la maladie est avancée.

De même, la douleur n'est pas toujours liée à une évolution de la maladie. De nombreuses autres causes peuvent intervenir : arthrose, douleur après un zona, anxiété (facteur pouvant majorer une douleur préexistante), douleur liée aux examens, aux soins... effets secondaires du traitement (chirurgie, radiothérapie, chimiothérapie). Il est important alors de ne pas arrêter vous-même le traitement et d'en parler avec votre équipe.

MA TUMEUR EST DE PETITE TAILLE ET POURTANT JE SOUFFRE DE DOULEURS.

La douleur ne dépend pas uniquement de la taille de la tumeur. L'importance du contact avec les ramifications nerveuses et l'inflammation sont les principaux facteurs responsables. Ainsi, des tumeurs étendues peuvent être presque indolores, alors que d'autres, plus localisées, sont très douloureuses.

De même, des douleurs peuvent être liées au traitement alors que la tumeur a été complètement retirée.

LA RADIOTHÉRAPIE PEUT-ELLE AVOIR UNE ACTION SUR LA DIMINUTION DE LA DOULEUR ?

Les rayons peuvent diminuer le volume de la tumeur, soulageant le plus souvent la douleur. Ils peuvent aussi réduire l'inflammation sans diminuer la tumeur, et ainsi réduire la douleur. Dans ce cadre, le nombre efficace de séances varie habituellement de 1 à 10. Ce nombre est calculé, vérifié et validé par un physicien selon la dose à délivrer avec des normes de sécurité très précises.

Le soulagement n'est pas toujours immédiat. Cependant, une fois le soulagement obtenu, si vous devenez somnolent, il faudra parfois diminuer les doses de médicaments.

Il arrive que les rayons entraînent une inflammation transitoire et aggravent les douleurs durant quelques jours. Il est alors nécessaire d'en parler à l'équipe soignante, au médecin, pour adapter la dose du traitement antalgique et/ou d'introduire des anti-inflammatoires pendant cette période.

JE CRAINS D'AVOIR DES BRÛLURES ET DES EFFETS SECONDAIRES À LA SUITE D'UNE RADIOTHÉRAPIE.

Il peut être nécessaire de prévoir un traitement préventif de la douleur lors de l'installation de la personne sur la table de radiothérapie. Cette table est dure et la position à adopter peut être inconfortable, voire douloureuse.

Les rayons en eux-mêmes sont indolores. Mais, au fur et à mesure des séances, des douleurs peuvent apparaître. Le risque d'inflammation des organes irradiés et de séquelles à long terme existent, mais sont de plus en plus faibles car les calculs de doses sont devenus extrêmement précis. Il peut cependant survenir quelques brûlures semblables à celles d'un coup de soleil au niveau de la peau et des muqueuses de la zone irradiée car les rayons, pour arriver vers la tumeur, traversent ces tissus sains. Elles sont temporaires et doivent faire l'objet d'un traitement local et d'une prescription d'antalgiques.

Il est nécessaire de transmettre à l'équipe ce que vous ressentez pour une prise en charge optimale des douleurs.

EST-CE QUE LA CHIMIOTHÉRAPIE VA SOULAGER MES DOULEURS ?

La chimiothérapie diminue le volume de la tumeur, ce qui peut soulager le plus souvent la douleur. Mais elle peut être aussi responsable de douleurs au niveau des muqueuses (**mucites**), et de douleurs neuropathiques, à type de fourmillements (que l'on appelle aussi **paresthésies**, souvent au niveau des extrémités), brûlures, décharges électriques. Si vous observez des symptômes inhabituels pendant la cure de chimiothérapie, il est important d'en parler à votre médecin oncologue ou à l'infirmière.

JE PRENDS DE LA MORPHINE, PEUT-ELLE CACHER UNE RÉCIDIVE DE MON CANCER ?

Les médicaments à base de morphine bien dosés agissent pour diminuer la douleur et ne risquent pas de masquer durablement une évolution ou une récurrence. De plus, une personne soulagée est plus attentive à ce qui se passe dans son corps, ce qui lui permet de mieux constater et de signaler tout signe anormal.

JE PRENDS DÉJÀ UN TRAITEMENT PAR MORPHINE, JE CRAINS DE NE PLUS POUVOIR ÊTRE SOULAGÉ SI MA DOULEUR S'AGGRAVE.

Il n'y a pas de dose de morphine maximale. La dose administrée est choisie en fonction de son efficacité et l'apparition d'effets indésirables : la bonne dose est celle qui soulage et qui est bien tolérée. Il est toujours possible d'adapter la dose ou d'élaborer une autre stratégie comme utiliser une autre voie d'administration et également de faire des associations avec d'autres molécules antalgiques pour éviter le phénomène de **tolérance** / accoutumance aux opioïdes. Cela permet ainsi de réaliser une « épargne morphinique ».

EST-CE QUE JE COURS LE RISQUE DE DÉPENDANCE À LA MORPHINE ?

Si la morphine est utilisée pour son action antalgique, il n'y a pas de risque de dépendance. Quand la personne est soulagée, il est possible de diminuer progressivement les doses.

Il est toujours possible d'arrêter un traitement par morphiniques s'il est devenu inutile. Il faut cependant être attentif à l'utilisation des morphiniques ultrarapides comme les fentanyl transmuqueux (voie buccale ou spray nasal), en respectant rigoureusement l'indication et ne pas dépasser 4 doses par jour.

Si vous ressentez le besoin d'augmenter les doses de ce traitement, parlez-en avec un médecin spécialisé dans la prise en charge de la douleur.

EN PHASE DE RÉMISSION, DE CANCER J'AI DE NOUVELLES DOULEURS QUI APPARAISSENT.

Les traitements du cancer peuvent entraîner des **douleurs séquellaires**. Elles sont souvent de type neuropathique : les douleurs ressemblent alors à des brûlures, des décharges électriques, un étai, des démangeaisons, des picotements ou encore des fourmillements. Elles doivent être prises en charge. N'hésitez pas à en parler et à consulter.

POINTS-FORTS

Il est important que l'équipe paramédicale puisse prévenir, dépister et évaluer la douleur du cancer ou liée au cancer. Pour cela, l'équipe de soins et le médecin sont à votre écoute. La communication, la relation de confiance sont nécessaires pour une prise en charge de qualité qui doit être globale.

Aussi, la participation/l'utilisation d'autres techniques que médicamenteuses est également recommandée (voir chapitre 5).

CHAPITRE 15

DOULEURS DE L'ENFANT

Les bébés ressentent-ils la douleur ?
Les enfants souffrent-ils aussi de migraine ?
Est-il possible de donner de la morphine à un enfant ?

À PARTIR DE QUEL ÂGE RESSENT-ON LA DOULEUR ?

Dès la 24^e semaine de vie intra-utérine, la perception de la douleur est possible. Plus l'enfant est jeune, plus ses réactions à la douleur augmentent : la répétition d'actes douloureux en renforce l'intensité. Il est prouvé que la peur, l'anxiété, la dépression majorent la perception de la douleur. Plus on a peur, plus on a mal. Il en va ainsi pour l'enfant qui ne comprend pas ce qui lui arrive ou qui anticipe par expérience ce qu'il doit subir, même pour des soins anodins comme le « simple » retrait d'un adhésif cutané.

TOUTES LES DOULEURS SONT-ELLES ÉVITABLES/DOIVENT-ELLES ÊTRE ÉVITÉES ?

Les bosses, les chutes... sont nécessaires pour apprendre à l'enfant à repérer les limites de son corps, de son environnement et à structurer son schéma corporel. C'est aussi l'apprentissage de la confiance en ses capacités. À l'inverse, les douleurs de la maladie ou celles que provoque un acte médical (vaccin, intervention chirurgicale, ponction lombaire, paracentèse) sont des expériences négatives parfois déstructurantes. Il est donc impératif de prévenir et de traiter ces types de douleur.

QUE FAIRE POUR LES SOINS DOULOUREUX ?

La douleur prévisible lors de soins et examens (vaccins, piqûres, pansements, pose de sondes), mais aussi de gestes quotidiens (déplacer l'enfant douloureux ou en situation de handicap, faire sa toilette), doit être prévenue systématiquement. Il est important d'en donner des explications même simples au bébé, à l'enfant, à l'adolescent. Des traitements pharmacologiques comme la crème anesthésiante, l'inhalation de **MEOPA**, l'utilisation du saccharose ou la mise au sein chez le nouveau-né, la distraction ou l'hypno-analgésie sont fondamentaux pour cette prévention.

Au moment des explications données à l'enfant, le soignant peut lui proposer de participer au soin s'il le souhaite (enlever lui-même un pansement, tenir le masque).

QU'EST-CE QUE JE PEUX FAIRE POUR SOULAGER LA DOULEUR DE MON ENFANT ?

La présence des parents est un soutien pour l'enfant, surtout lorsqu'il est très jeune, pour le rassurer, le distraire, l'encourager, le consoler. Les parents sont ceux qui connaissent le mieux le comportement habituel de l'enfant face à la douleur. Leur présence doit être sollicitée malgré l'anxiété qu'elle peut générer pour les soignants (crainte de mal faire le geste, de perdre la maîtrise d'une situation). Cette présence rassure l'enfant même s'il peut s'autoriser plus facilement à exprimer sa détresse. En plus de donner les médicaments nécessaires, il peut être utile que le parent renseigne le soignant sur ce qui distrait au mieux son enfant (chanson, personnage ou loisir préféré, blagues...) ou même lui propose de le décentrer du soin.

PEUT-ON MESURER LA DOULEUR DE L'ENFANT ?

L'intensité de la douleur peut être évaluée quel que soit l'âge de l'enfant. Cette évaluation est indispensable pour savoir comment traiter la douleur, et mesurer l'efficacité du traitement choisi. Les réactions varient selon l'âge, l'état émotionnel et les expériences antérieures. Les enfants ne savent pas toujours dire où, quand, comment et combien ils ont mal. Selon l'âge de l'enfant et ses capacités à communiquer, il existe différentes méthodes.

COMMENT PEUT-ON SOULAGER MON ENFANT ?

Quelle que soit la situation, l'enfant ressentira moins la douleur s'il est bien entouré, s'il a confiance et s'il comprend bien ce qu'il se passe. La qualité de la relation et la précision des informations contribuent au soulagement de sa douleur. Les médicaments antalgiques utilisés pour les enfants sont les mêmes que pour les adultes, mais la prescription se fait en fonction de l'âge et du poids de l'enfant.

Y A-T-IL UN DANGER À UTILISER LA MORPHINE CHEZ L'ENFANT ?

À partir de 3 mois, les mécanismes d'élimination de la morphine sont fonctionnels, on peut donc l'utiliser. La morphine permet de traiter les douleurs intenses consécutives à des actes chirurgicaux, des brûlures, des fractures... Il n'y a aucun risque de toxicomanie quand la morphine est prescrite pour soulager ce type de douleur (voir **chapitre 4**).

LES ENFANTS SONT-ILS SUJETS À LA MIGRAINE (VOIR CHAPITRE 11) ?

Contrairement à l'idée reçue, la migraine est très fréquente chez les enfants (entre 5 et 10 % des enfants de moins de 15 ans). Pourtant, la majorité des enfants migraineux font l'objet de diagnostics erronés : troubles de la vision, problèmes psychologiques, crises de foie, gastro-entérite, sinusite... Pendant la crise, on observe une pâleur, une gêne au bruit ou à la lumière associée souvent à des signes digestifs (nausées, vomissements...). Contrairement à ce qui se passe chez l'adulte, la céphalée est majoritairement bilatérale et les crises sont plus brèves, le sommeil est souvent réparateur. Les comprimés d'ibuprofène donnés précocement constituent le traitement de base de la crise. D'autres molécules en suppositoire ou en spray nasal peuvent être utilisées en cas de vomissements et de nausées importantes. Il est important d'identifier les facteurs déclenchants externes (trop de bruit, de lumière, odeurs...) et internes (stress, préoccupations de l'enfant, anxiété, émotions...). L'apprentissage de méthodes psychocorporelles (relaxation, biofeedback, hypnose...) est un **traitement de fond** efficace (voir **chapitre 5**).

COMMENT SAVOIR SI UN SERVICE HOSPITALIER PREND VRAIMENT EN CHARGE LA DOULEUR ?

Les services engagés dans une réelle politique douleur sont facilement identifiables. Les équipes utilisent régulièrement les principaux outils d'évaluation de la douleur. Il existe des protocoles écrits qui permettent une utilisation quotidienne des principaux antalgiques et notamment celle du **MEOPA** pour les gestes douloureux et de la crème anesthésiante pour les prélèvements sanguins. Dans les services d'urgence et les services de chirurgie, le **MEOPA** doit être très facilement accessible.

LA DOULEUR CHRONIQUE EXISTE-T-ELLE AUSSI CHEZ L'ENFANT ?

Comme les adultes, les enfants ou adolescents peuvent expérimenter une douleur persistante, qui va durer au-delà de la durée attendue initialement et induire des conséquences sur les capacités et le comportement de l'enfant et dans sa vie familiale, scolaire et sociale. Cela correspond à la douleur chronique. Il existe maintenant des Structures Douleur Chronique spécialisées dans la prise en charge de l'enfant, de l'adolescent et toutes ces consultations spécialisées sont à même de rencontrer ou orienter un enfant douloureux chronique (voir **chapitre 19**).

POINTS-FORTS

EST-CE QUE LES ENFANTS ONT DES DOULEURS NEUROPATHIQUES ?

Ces douleurs sont présentes et fréquentes chez l'enfant mais insuffisamment diagnostiquées. L'enfant peut avoir des difficultés pour les décrire (voir chapitre 10). Il utilise des métaphores et des images évocatrices ou des dessins. Il existe une échelle DN4 pédiatrique avec des images et un texte simplifié pour permettre une meilleure reconnaissance de ces douleurs. Elles doivent être recherchées systématiquement.

TROP CALME

Chez l'enfant, il faut se méfier d'une attitude immobile, figée, trop calme, avec une absence de réaction aux stimulations extérieures. Cette prostration peut correspondre à une douleur très forte (inertie psychomotrice).

COMMENT MESURE-T-ON LA DOULEUR DE L'ENFANT ?

À partir de 5-6 ans, l'enfant peut dire lui-même combien il a mal sinon on lui propose d'utiliser l'échelle des visages ou l'EVA verticale.

À partir de 10 ans, l'enfant peut évaluer sa douleur en donnant une note entre 0 et 10 à l'aide de l'échelle numérique (voir chapitre 2).

Pour les plus jeunes ou les enfants non communicants, les soignants disposent de grilles d'observation du comportement telles que les échelles EDIN, HEDEN, EVENDOL... accessibles sur les sites www.cnrd.fr et www.pediadol.org. Les parents peuvent également repérer si l'enfant présente des modifications dans ses activités : pleurs, jeu, sommeil, appétit, humeur...

CHAPITRE 16

LA DOULEUR QUAND ON NE PEUT PAS S'EXPRIMER

LES PERSONNES ÂGÉES PRÉSENTANT DES TROUBLES DE LA COMMUNICATION VERBALE

DOIT-ON...

... considérer qu'une personne âgée en perte d'autonomie qui ne se plaint pas n'a pas mal ?

... prendre des précautions particulières face à une personne âgée dépendante pour prévenir un geste douloureux ?

UN PROCHE, EN PERTE D'AUTONOMIE, NE SE PLAINT JAMAIS. CELA SIGNIFIE-T-IL QU'IL N'A PAS MAL ?

Une personne âgée qui ne se plaint pas peut être douloureuse. En effet, quand l'expression verbale est rare ou difficile, on peut ignorer ces douleurs du fait des difficultés de communication. Parfois les moyens d'expression sont seulement appauvris ou les cris banalisés. Dans les différentes situations où l'expression de la douleur est modifiée (et non sa perception), la personne ne bénéficiera pas des traitements adéquats. Ces douleurs « masquées » doivent donc être dépistées, évaluées et prises en charge avec une plus grande vigilance.

UN PROCHE ÂGÉ A DES DIFFICULTÉS POUR S'EXPRIMER. COMMENT ÉVALUER SA DOULEUR ?

La communication par les mots peut se perdre, mais la communication par d'autres canaux reste toujours possible. Les signaux corporels et le comportement font alors office de langage. Toute modification du comportement peut révéler une douleur. Ce sont essentiellement les modifications par rapport aux jours précédents qui nous alertent (gémissements, grimaces, raideurs, agitation, gestes de protection de certaines parties du corps). Elles sont associées à d'autres signes comme le repli sur soi, le refus alimentaire, les troubles du sommeil, l'irritabilité... Ces observations permettent de dépister la douleur et d'apprécier son intensité. L'utilisation régulière de grilles ou d'échelles d'évaluation de la douleur adaptées à la personne âgée avec

troubles de la communication facilite le repérage des signaux corporels, en établit la liste et permet le suivi par le biais d'un score global. Mais la personne âgée doit toujours avoir la parole quand elle peut encore s'exprimer.

POURQUOI ÉVOQUER CETTE SITUATION ?

La douleur est fréquemment rencontrée dans la population très âgée (de 50 à 80 % des cas selon les études) et le danger est une prise en charge à minima, voire un rejet de la personne en cas de difficultés de compréhension et de gestion des troubles du comportement.

QUELS SONT LES RISQUES SI L'ON NE RECONNAÎT PAS OU SI L'ON NE TRAITE PAS LA DOULEUR CHEZ LA PERSONNE ÂGÉE ?

En plus de l'aspect éthique de cette question, il faut évoquer le risque vital pour la personne âgée. Si on ignore ce signal d'alarme, une douleur persistante non soulagée va favoriser le repli sur soi, accélérer la perte d'autonomie, entraîner une aggravation des handicaps et peut amener au décès. Le but ici est de soulager la personne tout en préservant son autonomie et sa qualité de vie.

AVEC UNE PERSONNE ÂGÉE « NON COMMUNICANTE », DOIT-ON PRENDRE DES PRÉCAUTIONS PARTICULIÈRES POUR PRÉVENIR UN GESTE DOULOUREUX ?

Tout comme pour les personnes communicantes, il est indispensable de prendre des précautions avant tout geste potentiellement douloureux : **il faut même y être encore plus vigilant.**

Pour ces personnes dont la compréhension ou la coopération font très souvent défaut, une organisation spécifique est à prévoir avant de réaliser un geste potentiellement douloureux, par principe éthique et pour limiter les réactions incontrôlées (agitation, agressivité...). Selon le geste à effectuer, les professionnels de santé mettent en œuvre des traitements antalgiques préventifs tels que des anesthésiques locaux (crèmes, gels ou sprays anesthésiants), des inhalations de **MEOPA** et d'autres techniques non médicamenteuses pour la réalisation du geste (voir **chapitre 5**).

CHEZ UNE PERSONNE ÂGÉE NON COMMUNICANTE, QUELLES SONT LES DOULEURS LE PLUS FRÉQUEMMENT RENCONTRÉES ?

On peut différencier les douleurs aiguës, des douleurs chroniques et des douleurs induites par les soins. Mais elles sont souvent intriquées chez la personne âgée. Les douleurs les plus fréquentes sont liées aux points d'appui et aux postures si la personne reste longtemps immobile, ou aux mobilisations et aux soins (séances de kinésithérapie, toilette, habillage, transferts...).

D'autres douleurs sont consécutives à la chirurgie ou à des gestes invasifs (pose de cathéter, sonde, prélèvements de sang ou d'urine). Certaines douleurs sont liées à des maladies (cancer, arthrose, zona...) ou à des complications (ulcères variqueux, plaies...).

COMMENT ÉVALUER LA DOULEUR D'UNE PERSONNE ÂGÉE QUI PARLE PEU OU AVEC DIFFICULTÉ ?

L'échelle Doloplus2®, l'échelle Algoplus® et l'Échelle comportementale personne âgée (ECPA) sont des outils validés et recommandés en France. Ils permettent de repérer, de mesurer et réévaluer la douleur malgré les troubles de communication verbale. Ces grilles peuvent être consultées sur les sites www.cnrdr.fr, www.douleur-rrdbn.org et dans les recommandations de la HAS.

POINTS-FORTS

LES PERSONNES NON COMMUNICANTES

On doit rechercher systématiquement une douleur chez toute personne présentant des troubles de la communication verbale : personne ne parlant pas (aphasique) ou présentant des troubles cognitifs (maladie d'Alzheimer...) ou une surdité gênant la communication...

POLYPATHOLOGIE ET POLYMÉDICATION

Vigilance accrue ! Les personnes âgées ont souvent plusieurs maladies (polypathologie) et sont particulièrement sensibles aux associations de traitements qui peuvent multiplier les effets secondaires. Les antalgiques sont susceptibles de provoquer des effets indésirables tels que désorientation, perte d'appétit, rétention d'urine, chute... La survenue de ces effets doit être signalée et conduire à réadaptation du traitement antalgique. Il existe des solutions. Le choix des médicaments et les posologies prescrites doivent être adaptés à chaque personne pour éviter ce risque. Pour d'avantage d'efficacité, les soignants associent à la prise de médicaments des traitements non médicamenteux (voir chapitre 5), ce qui favorise la prise en charge globale.

LA DOULEUR QUAND ON NE PEUT PAS S'EXPRIMER

LES PERSONNES PRÉSENTANT UN POLYHANDICAP

DOIT-ON...

- ... considérer qu'une personne polyhandicapée qui ne se plaint pas n'a pas mal ?
- ... prendre des précautions particulières avec les personnes polyhandicapées pour prévenir un geste douloureux ?

L'ABSENCE DE PLAINTES D'UN PROCHE POLYHANDICAPÉ SIGNIFIE-T-ELLE QU'IL N'A PAS MAL ?

Une personne polyhandicapée qui ne se plaint pas est particulièrement exposée, comme toute personne présentant des troubles de la communication verbale, à voir ignorer sa ou ses douleurs et à ne pas bénéficier du traitement adéquat. Ces douleurs doivent donc être évaluées et prises en charge avec une vigilance particulière.

QUAND UN PROCHE POLYHANDICAPÉ A DES DIFFICULTÉS POUR S'EXPRIMER VERBALEMENT, COMMENT ET AVEC QUELS OUTILS ÉVALUER SA DOULEUR ? QUE PEUT FAIRE LA FAMILLE ?

L'évaluation de la douleur d'une personne polyhandicapée ne pouvant s'exprimer verbalement passe par l'utilisation de grilles adaptées à la personne et aux contextes de la douleur : la grille de San Salvador chez l'enfant, l'EDAAP chez l'adolescent et l'adulte. Les échelles GED-DI (de 3 ans à l'âge adulte) et FLACC modifiée (de la naissance à 18 ans) sont utilisables pour évaluer la douleur des personnes polyhandicapées.

La grille de San Salvador comporte une grille de base reprenant les informations personnalisées qui caractérisent l'enfant en dehors de tout épisode douloureux.

L'aide de la famille ou de soignants qui prennent en charge au quotidien ces personnes est très importante car ces outils reposent sur l'observation.

La recherche de **toute modification même minime du comportement** : un refus alimentaire, des difficultés lors des actes de la vie quotidienne comme la toilette, un désintérêt soudain pour les activités proposées, une augmentation des raideurs ou de la **spasticité**, une recrudescence des crises d'épilepsie, une agitation inhabituelle ou un refus de communiquer sont autant de signes à prendre en compte pour compléter ce type de grille.

La grille San Salvador (ou DESS), les échelles GED-DI et FLACC modifiée sont téléchargeables sur le site **PEDIADOL**. L'échelle EDAAP est téléchargeable sur le site du **CNRD**. Voir également le site du **Réseau Douleur Basse-Normandie**.

DOIT-ON PRENDRE DES PRÉCAUTIONS PARTICULIÈRES AVEC LES PERSONNES POLYHANDICAPÉES POUR PRÉVENIR UN GESTE DOULOUREUX ?

Comme pour toute personne, la prévention de la douleur liée aux soins est essentielle.

À tous les moyens habituels utilisés (crème anesthésiante, inhalation de **MEOPA**...) doivent s'ajouter les **moyens non médicamenteux** : choix du lieu, accepter la présence d'un parent ou d'une personne prenant habituellement soin de celle-ci (y compris dans le cas d'un adulte), penser au fait que la présence d'un trop grand nombre de soignants peut être source d'angoisse. Les méthodes de distraction, un jouet ou un objet familier peuvent être source de réconfort, la musique et bien sûr le fait de parler au patient, sont primordiaux.

QUELLES SONT LES DOULEURS LE PLUS FRÉQUEMMENT RENCONTRÉES CHEZ UNE PERSONNE POLYHANDICAPÉE ?

Les douleurs les plus fréquentes sont : les douleurs digestives en lien avec un reflux gastro-œsophagien ou une gastrite, les douleurs orthopédiques : déformations, rétractions, **spasticité**, scoliose, luxation des hanches, fragilité osseuse (ostéoporose, risque de fracture spontanée) mais aussi nécessité d'être appareillé (corset, attelles...).

À ces douleurs viennent s'ajouter les infections et rétentions urinaires, la constipation très fréquente, sans oublier les douleurs liées aux soins (bilans sanguins, sondage urinaire, pose de sonde gastrique...) ou aux actes chirurgicaux.



POINTS-FORTS

LES PERSONNES POLYHANDICAPÉES

Les personnes en situation de polyhandicap sont des populations à risque de douleur, par leurs pathologies, mais aussi en raison de soins répétés. Cette douleur est encore souvent sous-diagnostiquée et donc sous-traitée. Les proches (famille ou soignant au quotidien) sont une aide précieuse pour l'amélioration de la prise en charge de leur douleur.

CHAPITRE 17

DOULEURS ET SANTÉ MENTALE

EST-CE QUE...

- ...on a mal quand on a une maladie psychiatrique ?
- ... les médicaments marchent quand même lorsqu'on a une maladie psychiatrique ?
- ... les médicaments antalgiques peuvent déstabiliser mon traitement pour la maladie psychiatrique ?

EST-CE QU'ON A MAL QUAND ON A UNE MALADIE PSYCHIATRIQUE ?

La maladie mentale ne protège pas de la douleur. Quelle que soit la pathologie mentale en cause, une personne malade peut souffrir au même titre qu'une personne qui n'a pas de problème de santé mentale. Bien sûr, la maladie mentale peut faire que la personne *soit* mal (c'est le mal-être, la souffrance, la douleur morale), mais en plus il ou elle peut *avoir* mal (c'est la douleur au sens médical du terme) et ce pour diverses raisons. La souffrance et la douleur interagissent l'une avec l'autre et sont totalement indissociables l'une de l'autre.

Les douleurs peuvent entraîner des troubles du sommeil. Ceux-ci doivent être rapportés au médecin pour qu'ils soient pris en compte.

Dans la psychose, la douleur peut également devenir une problématique importante : le rapport au corps est en effet souvent modifié, les perceptions douloureuses sont parfois ressenties comme inexistantes (comme une forme de déni) et parfois elles revêtent un caractère délirant (comme une hallucination douloureuse). Il est donc difficile de faire la part des choses, mais ce qu'il convient de retenir, c'est qu'une plainte douloureuse doit toujours être prise en compte et que l'absence d'expression de la douleur ou une expression modifiée de celle-ci, ne signifie en aucun cas l'absence de douleur.

La dépression s'accompagne souvent de douleurs chroniques. De plus, la douleur chronique elle-même est à la source de troubles dépressifs. Par ailleurs, les symptômes de la dépression et de la douleur chronique sont parfois assez proches : fatigue, nervosité, perte d'appétit, troubles du sommeil, perte de plaisir, etc.

L'*anxiété* chronique déborde généralement les capacités d'adaptation d'une personne face à la douleur. Celle-ci peut alors devenir de plus en plus pénible et prendre une place importante dans le vécu de la personne.

Les situations de stress post-traumatique (agressions, accidents du travail, accidents de la voie publique, etc.) peuvent évoluer vers une symptomatologie douloureuse rebelle et résistante aux traitements conventionnels. Cette symptomatologie peut être le signe d'une souffrance psychique nécessitant une prise en charge spécifique, globale.

Dans tous les cas, une évaluation des différentes dimensions en jeu dans la douleur est primordiale, et doit être réalisée dans un premier temps par le médecin traitant et complétée si besoin par le psychiatre.

EST-CE QUE LES MÉDICAMENTS MARCHENT QUAND MÊME LORSQU'ON A UNE MALADIE PSYCHIATRIQUE ?

Oui, les médicaments agissent efficacement contre la douleur lorsqu'on a une maladie psychiatrique. Tout du moins, ils ne fonctionnent pas différemment qu'avec une personne sans pathologie mentale. La démarche thérapeutique est la même : il faut trouver le médicament le plus adapté, à la dose la plus adaptée en fonction du contexte évolutif (douleur aiguë, douleur chronique), la cause de la douleur (lésion des tissus, du nerf, douleur sans cause définie, douleur dysfonctionnelle), en tenant compte toujours des autres maladies dont souffre la personne et des interactions médicamenteuses.

Cependant, les médicaments ne sont pas la seule réponse à une situation douloureuse. De nombreuses techniques non médicamenteuses (kinésithérapie, activités physiques adaptées, acupuncture, toucher relationnel, relaxation, hypnose, art-thérapie, etc.) peuvent être proposées à profit.

Des familles de médicaments, en plus d'agir sur la maladie mentale ou neurologique, tels les régulateurs de l'humeur, les antidépresseurs, les anti-épileptiques, peuvent moduler certaines douleurs.

EST-CE QUE LES MÉDICAMENTS ANTALGIQUES PEUVENT DÉSTABILISER MON TRAITEMENT POUR LA MALADIE PSYCHIATRIQUE ?

Le médecin prescrit les antidouleurs de la même manière que pour un autre patient, mais avec une vigilance accrue sur les indications, les contre-indications, les précautions d'emploi et les interactions médicamenteuses. Il est donc important de signaler au médecin les traitements que l'on prend déjà et les maladies et/ou allergies connues. Certains médicaments ne peuvent pas être pris en même temps, par exemple le lithium et un médicament anti-inflammatoire (exemple Ibuprofène). De même, des traitements à base de cortisone peuvent parfois décompenser des maladies mentales dans certaines situations.

En cas d'automédication, ne pas hésiter à interroger son pharmacien ou son médecin sur l'absence d'impact négatif sur sa santé.

Dans les problématiques en santé mentale, la dépendance et les addictions sont fréquentes. Certains médicaments contre la douleur nécessitent une précaution supplémentaire dans leur utilisation.

Le plus simple est d'en parler clairement avec un professionnel de santé pour qu'il puisse évaluer avec vous la meilleure stratégie à adapter.

POURQUOI ET COMMENT ÉVALUER MA DOULEUR SI JE SUIS ATTEINT D'UNE PATHOLOGIE MENTALE ?

L'évaluation de la douleur est importante car elle permet le dépistage de la douleur afin d'initier sa prise en charge. Pourquoi le dépistage de la douleur est-il important ? La douleur aiguë est un signal d'alerte d'un problème de santé (douleur d'une carie dentaire, d'une pathologie chirurgicale ou traumatique, d'un problème cardio-vasculaire...). Il importe de la rechercher en particulier si la maladie empêche la personne soignée de s'exprimer. En effet, dans certaines situations, l'expression de la douleur peut être modifiée : la douleur peut être exprimée de façon discrète ou amplifiée ou s'exprimer par des attitudes ou des comportements inhabituels. Il est alors difficile de « décoder » cette expression de la douleur. Comment l'évaluer ? Tout dépend des capacités de communication : diverses échelles d'évaluation peuvent être proposées par les soignants (pour information, voir tableau 1).

DOULEURS ET IDÉES SUICIDAIRES

Le suicide est généralement envisagé par la personne comme une solution pour stopper la souffrance provoquée par des douleurs devenues insupportables. La personne n'entrevoit parfois plus d'autres solutions que celle-ci. Il est important de pouvoir se rapprocher d'une personne de confiance ou d'un professionnel de santé afin d'évoquer cela avec eux, ce qui apporte un soulagement et permet de chercher ensemble des solutions pour sortir de cette impasse.

Comment évaluer la douleur en santé mentale	
Personnes sans troubles de la communication Échelles d'auto-évaluation	Personnes avec troubles de la communication Échelles d'hétéro-évaluation
<ul style="list-style-type: none">• Échelle numérique (EN)• Échelle verbale simple (EVS)• Échelle des 6 visages• Schéma de la douleur	<ul style="list-style-type: none">• Échelle d'évaluation de l'expression de la douleur chez l'adolescent et adulte polyhandicapé (EDAAP)• Évaluation de l'expression de la douleur chez les personnes dyscommunicantes (EDD)• Grille d'évaluation de la douleur déficience intellectuelle (GED-DI)• Échelle simplifiée d'évaluation de la douleur chez les personnes dyscommunicantes avec trouble du spectre autistique (ESDDA)• Face Legs Activity Cry Consolability (FLACC)

CHAPITRE 18

DOULEUR ET FIN DE VIE

EST-CE QUE...

- ... on a forcément mal en fin de vie ?
- ... toutes les douleurs peuvent être soulagées ?

A-T-ON FORCÉMENT MAL EN FIN DE VIE ?

Non, on ne souffre pas obligatoirement en fin de vie. Toutefois les raisons d'avoir mal peuvent être multiples : la maladie et ses répercussions, le fait de rester longtemps dans la même position, et certains soins comme la toilette, même s'ils sont censés procurer du bien être à la personne, peuvent amener de l'inconfort. Quelle que soit la source de l'inconfort, la douleur doit être prise en compte pour soulager au mieux le malade jusque dans ses derniers instants de vie. Ainsi, lors d'un soin pouvant être inconfortable, une prévention antalgique devra être mise en œuvre par l'association de traitements médicamenteux et de techniques non médicamenteuses (voir **chapitre 5**).

PEUT-ON DISTINGUER DOULEUR ET SOUFFRANCE ?

Lorsque quelqu'un a mal, cela peut toucher toutes les dimensions de sa personne : son moral, sa relation avec les autres, sa manière de penser et de comprendre les événements. L'angoisse et la peur sont des facteurs aggravants de la perception de la douleur. Ainsi, il est essentiel de traiter la douleur et ses retentissements par des moyens médicamenteux et non médicamenteux pour apaiser la personne.

COMMENT ÉVALUER LES DOULEURS ?

Le patient est le seul à pouvoir dire sa douleur et ce qui est supportable ou non. En fin de vie, le patient peut être dans l'incapacité de s'exprimer du fait d'un affaiblissement important, voire d'un état comateux. Les soignants sont alors très attentifs et évaluent régulièrement le patient pour s'assurer de son confort. Des échelles d'évaluation sont disponibles (voir **chapitre 2**), et l'avis des proches est pris en compte pour qu'au moindre doute le traitement antalgique soit adapté.

COMMENT SOULAGER LES DOULEURS ?

Aujourd'hui, la douleur n'est plus une fatalité et les progrès médicaux permettent, y compris en fin de vie, un soulagement rapide dans la plupart des cas. Un traitement antalgique adapté à la situation doit être mis en place (voir **chapitre 3**).

Lorsque les douleurs sont difficiles à soulager, l'intervention d'équipes douleur et d'équipes de soins palliatifs permet une prise en charge optimale. Parfois, une hospitalisation en Unité de soins palliatifs peut être envisagée.



POINTS-FORTS

Toute modification de comportement peut correspondre à une douleur, il est important de le signaler aux soignants.

Une des valeurs essentielles des soins en fin de vie est l'attention prêtée au détail pouvant améliorer la qualité de vie de la personne soignée. Pour ce faire, l'approche doit être globale et le travail doit s'effectuer en équipe.

CHAPITRE 19

STRUCTURES DE PRISE EN CHARGE ET PROFESSIONNELS DE LA DOULEUR

J'AI MAL DEPUIS LONGTEMPS ET PERSONNE NE ME COMPREND OU NE ME CROIT.

Votre médecin traitant reste le premier interlocuteur pour évaluer avec vous la douleur et définir avec vous les moyens de la prendre en charge. Plusieurs consultations peuvent être nécessaires pour trouver des moyens efficaces, notamment si la situation est complexe et/ou dure depuis plusieurs mois.

Si besoin, il vous orientera vers un spécialiste en fonction du type de douleur. Ce professionnel pourra également le cas échéant vous proposer un traitement antalgique spécifique ou un traitement de la cause de la douleur, permettant une amélioration de la situation.

Dans certaines situations, l'orientation vers une structure spécialisée douleurs chroniques (SDC) vous sera proposée.

Le parcours de prise en charge de la douleur chronique est souvent long et complexe, il nécessite du temps, de la réflexion et de l'observation, d'où, quelquefois, le sentiment de ne pas être compris.

QU'EST-CE QU'UNE STRUCTURE DE PRISE EN CHARGE DE LA DOULEUR ?

Ce sont des structures de soins, identifiées, spécialisées dans la prise en charge de la douleur chronique. Les consultations y sont assurées par des professionnels de santé de différentes disciplines (médecin, infirmier, psychologue...) experts dans l'évaluation et le traitement de la douleur.

Les Structures Douleur Chronique répondent à un cahier des charges précis et sont labellisées par les Agences régionales de santé (ARS) de leur région. Cette labellisation est renouvelée par cycle tous les 5 ans.

COMMENT PEUT-ON PRENDRE UN RENDEZ-VOUS AVEC LA SDC ?

Il est nécessaire de discuter au préalable avec votre médecin traitant ou avec le spécialiste de la pertinence d'une telle orientation. Parfois refaire le point sur votre situation permet d'envisager de nouvelles propositions qui peuvent suffire.

Cependant, si cela n'est pas le cas, votre médecin traitant et/ou votre spécialiste vous indiquera la démarche à réaliser pour obtenir le premier rendez-vous dans la SDC de votre secteur. Dans la majorité des cas, il vous sera demandé de remplir un questionnaire dit d'orientation et de le renvoyer au secrétariat de la SDC dûment complété et accompagné d'une lettre introductive de votre médecin.

OÙ TROUVER L'ADRESSE DE LA SDC LA PLUS PROCHE ?

Le ministère de la Santé a réalisé un **annuaire consultable** et vous pouvez également vous renseigner auprès de l'ARS de votre région.

La décision de prise en charge au sein d'une SDC relève d'une décision médicale, vous ne pouvez pas prendre rendez-vous sans l'accord de votre médecin traitant ou d'un médecin spécialiste.

QUEL EST LE FONCTIONNEMENT D'UNE SDC ?

Chaque structure va vous proposer une prise en charge individualisée. Ainsi, une première évaluation de votre situation sera effectuée. Elle peut nécessiter une, voire plusieurs consultations de longue durée. Cette évaluation initiale est fondamentale pour réaliser un bilan le plus exhaustif possible, centrée sur plusieurs dimensions. On parle d'une évaluation bio-psycho-sociale qui permettra d'élaborer votre projet thérapeutique.

Ainsi vous pourrez être suivi par des médecins et médecins spécialistes, des infirmiers, des psychologues et d'autres professionnels selon le projet thérapeutique qui sera établi et discuté avec vous.

Ce projet sera régulièrement évalué et réajusté au cours de votre prise en charge. Votre médecin traitant reste un acteur essentiel. Il est tenu informé de l'évolution de votre situation par des courriers réguliers. Il peut à tout moment intervenir auprès du médecin responsable de la structure.

POURQUOI RENCONTRER DES PROFESSIONNELS QUE JE NE PENSais JAMAIS RENCONTRER (PSYCHOLOGUE, PSYCHIATRE, ASSISTANTE SOCIALE, ETC.) ?

La douleur chronique a des retentissements sur l'ensemble de la vie quotidienne. Il est donc indispensable de prendre en compte toutes ses conséquences et de mettre en œuvre, si possible, des solutions pour en atténuer les effets. Ainsi, votre douleur peut favoriser une souffrance morale et par exemple être abordée auprès d'un psychologue et/ou d'un psychiatre. De même, votre situation socioprofessionnelle et financière peut être discutée si vous le souhaitez avec une assistante sociale (arrêt de travail long et renouvelé, difficulté à assumer les responsabilités du quotidien, etc...).

La douleur a un impact sur la qualité de vie, le moral, la relation aux autres... Elle peut entraîner, à son tour, une souffrance qui va amplifier la douleur ressentie. Le fait de prendre cela en compte et de rechercher des solutions participe à l'amélioration de l'état de santé.

QUE PEUT ME PROPOSER LA STRUCTURE SPÉCIALISÉE ?

Dans le cadre du projet thérapeutique proposé par l'équipe, en fonction de votre situation, des traitements médicamenteux, des approches non médicamenteuses (hypnose, relaxation, neurostimulation transcutanée...) et un suivi psychologique peuvent vous être proposés. De même, des examens et gestes techniques peuvent vous être prescrits, voire une hospitalisation de courte durée ou une orientation vers une autre structure plus spécialisée.

Dans tous les cas, quel que soit le type de traitement ou technique proposé, vous êtes explicitement informé des modalités du projet thérapeutique afin que vous puissiez rester acteur de votre prise en charge.

CHAPITRE 20

S'INFORMER ET DEVENIR PRO-ACTIF POUR SOULAGER SA DOULEUR

COMMENT...

- ... développer des comportements adaptés au quotidien ?
- ... accéder à des informations actualisées ?
- ... bénéficier d'actions d'éducation thérapeutique ?

COMMENT DÉVELOPPER LES COMPORTEMENTS ADAPTÉS AU QUOTIDIEN ?

Pour développer des comportements adaptés au quotidien qui permettront de mieux vivre avec la douleur chronique, il est indispensable de comprendre sa maladie, son évolution et ses traitements.

Apprendre à se connaître en s'observant permettra de mieux gérer les crises, d'anticiper un déplacement ou un événement qui pourrait accentuer la douleur.

Une fois le traitement compris et accepté, il est important de respecter la prescription et les conseils des professionnels de santé, ce que l'on appelle l'« **observance** », pour une plus grande efficacité. Ne pas hésiter à signaler tout effet indésirable du traitement.

Accepter de se faire aider, adapter son activité physique, professionnelle, familiale et sociale contribuera à améliorer la qualité de vie.

COMMENT ACCÉDER À DES INFORMATIONS ACTUALISÉES ?

En se tournant vers des ressources fiables : professionnels médicaux, paramédicaux, sociaux, associations agréées (**France Assos Santé**).

Les sites internet donnent beaucoup d'informations : pour éviter les pièges, il faut bien vérifier les sources, la qualité des auteurs et recouper les renseignements.

Les réseaux sociaux permettent de rompre l'isolement et de partager des expériences entre patients ; les échanges doivent être respectueux, courtois et bienveillants. Attention aux intrus ayant des objectifs commerciaux ou inappropriés !

COMMENT BÉNÉFICIER DE L'ÉDUCATION THÉRAPEUTIQUE ?

Des programmes d'éducation thérapeutique en lien avec la prise en charge de la douleur peuvent être proposés localement dans les établissements de santé de certaines régions. Ces programmes sont validés et autorisés par l'ARS de ces régions et portés par des professionnels de santé ou des associations d'usagers, formés à l'éducation thérapeutique.

La liste des programmes correspondant au besoin du patient est fournie par le médecin traitant ou une association. Les modalités d'inscription et tous les détails du programme sont transmis par le coordonnateur. L'accès aux programmes est volontaire, libre et gratuit.

POINTS-FORTS

COMMENT S'ASSURER DE LA FIABILITÉ ET DE L'OBJECTIVITÉ DES INFORMATIONS ACCESSIBLES SUR INTERNET ?

Vous devez pouvoir identifier l'éditeur du site, le directeur de la publication, et les partenaires ou sponsors du site. L'information doit être actualisée et ses sources être clairement citées. Elle doit être indépendante de tout intérêt commercial. N'hésitez pas à croiser les informations émanant de plusieurs sources.

Et n'oubliez pas que les informations diffusées sur Internet visent à soutenir et non à remplacer la relation patient-professionnel de santé !

SITES INTERNET

SFETD : www.sfetd.org

CNRD : www.cnrdr.fr

HAS : www.has-sante.fr/portail/jcms/c_1770157/fr/accueil-mobile

Ministère de la santé : <http://solidarites-sante.gouv.fr/>

Pediadol : www.pediadol.org

Association Sparadrap : www.sparadrap.org

Réseau Lutter contre la douleur : <http://www.reseau-lcd.org/>

APPLICATIONS

Mon Coach Douleur – Pour gérer et suivre ses douleurs (journal de douleur, rendez-vous) en interaction avec les professionnels de santé.

Catch my pain – journal de douleur - Pour tenir un journal de douleur et le partager avec les soignants.

CitizenDoc – Pour être guidé dans la prise en charge des symptômes au quotidien.

RÉSEAUX SOCIAUX

Carecity : <https://www.carecity.com/> – Pour s'informer, échanger, s'exprimer sur sa maladie.

Myvictories

CHAPITRE 21

DOULEURS ET DROITS DES MALADIES CE QUE DIT LA LOI

DROITS DES MALADES ET DOULEUR

Article L.1110-5 du code de la santé publique :

[...] « Toute personne a, compte tenu de son état de santé et de l'urgence des interventions que celui-ci requiert, le droit de recevoir, sur l'ensemble du territoire, les traitements et les soins les plus appropriés et de bénéficier des thérapeutiques dont l'efficacité est reconnue et qui garantissent la meilleure sécurité sanitaire et le meilleur apaisement possible de la souffrance au regard des connaissances médicales avérées [...]. »

Article L.1112-4 du code de la santé publique (modifié par la loi n° 99-477 du 9 juin 1999 visant à garantir le droit à l'accès aux soins palliatifs).

LOI n° 2005-370 DU 22 AVRIL 2005 RELATIVE AUX DROITS DES MALADES ET À LA FIN DE VIE

LOI n° 2016-87 DU 2 FÉVRIER 2016 CRÉANT DE NOUVEAUX DROITS EN FAVEUR DES MALADES ET DES PERSONNES EN FIN DE VIE

Article R. 4311-2 du code de la santé publique (Décret N° 2002 du 11 février 2002 relatif aux actes professionnels et à l'exercice de la profession d'infirmier – Article 2) : « Les soins infirmiers [...] ont pour objet, dans le respect de la personne, dans le souci de son éducation à la santé et en tenant compte de la personnalité de celle-ci [...] de participer à la prévention, à l'évaluation et au soulagement de la douleur et de la détresse physique et psychique des personnes [...]. »

Article R.4127-37 du code de la santé publique : « [...] En toutes circonstances, le médecin doit s'efforcer de soulager les souffrances du malade par des moyens appropriés à son état et l'assister moralement [...]. »

DROIT DES PATIENTS ET ÉDUCATION THÉRAPEUTIQUE

La loi Hôpital Santé Territoires de 2009 fixe les règles en matière d'éducation thérapeutique des patients (loi n°2009-879 du 21 juillet 2009 – art. 84).

Article L. 1161-1 « L'éducation thérapeutique s'inscrit dans le parcours de soins du patient. Elle a pour objectif de rendre le patient plus autonome en facilitant son adhésion aux traitements prescrits et en améliorant sa qualité de vie. Elle n'est pas opposable au malade et ne peut conditionner le taux de remboursement de ses actes et des médicaments afférents à sa maladie. »

Arrêté du 14 janvier 2015 relatif au cahier des charges des programmes d'éducation thérapeutique du patient et à la composition du dossier de demande de leur autorisation et de leur renouvellement, et modifiant l'arrêté du 2 août 2010 modifié relatif aux compétences requises pour dispenser ou coordonner l'éducation thérapeutique du patient.

POUR EN SAVOIR PLUS

Berquin A., Grisart J., *Les défis de la douleur chronique*. Bruxelles : Mardaga ; 2016. 574 p.

Danziger N., *Vivre sans la douleur ?* Paris : Odile Jacob ; 2010. 245 p.

Guillemont C., Nollet-Clemençon C., *Ma douleur, comment l'apprivoiser ?* Paris : Odile Jacob ; 2012. 346 p.

Perrot, S., *La douleur, je m'en sors - Comprendre et agir*. Paris : In Press ; 2017. 128 p.

Thibault P., Fournival N., *Moyens non pharmacologiques de prise en charge de la douleur*. Rueil-Malmaison : Lamarre (Editions) ; 2012. 146 p.

Zeltzer L.K., Blackett Schlank C., Wood C., *Comprendre et vaincre la douleur chronique de votre enfant*. Paris : Retz ; 2007. 288 p »

GLOSSAIRE DE LA DOULEUR

Accès douloureux : exacerbation transitoire et de courte durée de la douleur, d'intensité modérée à sévère, chez des malades présentant des douleurs persistantes habituellement maîtrisées par un traitement antalgique de fond. On peut différencier des accès prévisibles (mouvement, miction...) et des accès non prévisibles (exacerbations de douleurs somatiques ou viscérales).

Agoniste : produit qui se fixe à un récepteur et qui l'active de façon plus ou moins complète. Un agoniste partiel possède un effet plafond face à des douleurs intenses (buprénorphine, nalbuphine). Un agoniste pur possède une efficacité importante sans effet plafond (codéine, morphine, fentanyl...).

Antagoniste : produit (ex. : naloxone) qui se fixe à un récepteur sans l'activer et s'oppose aux effets d'un agoniste en cas de surdosage ou d'intolérance de cet agoniste.

Algodystrophie : syndrome douloureux de l'extrémité des membres, s'accompagnant de troubles vasomoteurs secondaires à un traumatisme ostéo-articulaire sans lésion des troncs nerveux.

Allodynie : douleur en réponse à une stimulation non douloureuse.

Association synergique : se dit de l'association de médicaments compatibles et d'effets similaires, dont l'efficacité globale peut être considérée soit égale ou soit supérieure à la somme des efficacités des médicaments utilisés seuls.

Douleur multifactorielle : correspond à une douleur liée à plusieurs causes différentes.

Dysesthésie : sensation anormale de type fourmillement, picotement, engourdissements, les démangeaisons avec un caractère désagréable.

Équi-analgésie : lorsqu'on substitue un traitement par opioïde par un autre (rotation des opioïdes), on doit s'assurer que la dose du nouveau traitement procurera au moins une analgésie équivalente à celle de l'ancien traitement : on parle d'équi-analgésie (ou équi-antalgie).

Fibromyalgie : maladie associant des douleurs diffuses ou des sensations de brûlure de l'ensemble du corps, ainsi qu'une fatigue intense.

Hyperalgésie : augmentation de la réponse à une stimulation douloureuse mécanique ou thermique.

Hyperesthésie : sensibilité accrue à toute stimulation douloureuse ou non.

Interdoses : ce sont généralement les doses supplémentaires de morphine à libération immédiate que l'on prend lorsque le traitement par morphine à libération prolongée s'avère insuffisant et/ou en prévention de douleurs surajoutées par les soins.

Kinésiophobie : peur du mouvement conduisant les personnes souffrant de douleurs chroniques à éviter toute activité.

MEOPA : acronyme de « Mélange équimolaire d'oxygène et de protoxyde d'azote ». Il s'agit d'un mélange gazeux aux propriétés antalgiques et anxiolytiques, simple d'emploi et sûr, particulièrement utile chez des patients fragiles ou anxieux, lors de soins douloureux.

Mucite : lésions des cellules tapissant la bouche et le tube digestif créées par les traitements anticancéreux (chimiothérapie, radiothérapie) conduisant à des plaies douloureuses intenses empêchant l'alimentation.

Myoclonies : secousses musculaires liées à des contractions involontaires.

Nociceptif (message) : un message nociceptif correspond à des influx nerveux véhiculés depuis la périphérie de l'organisme, où a généralement eu lieu un traumatisme, et destinés aux zones du cerveau qui vont générer la sensation de douleur.

Observance : bonne ou mauvaise, elle caractérise la façon dont une personne prend le traitement qui lui a été prescrit.

Paresthésies : sensations cutanées anormales, pouvant correspondre à des fourmillements, des picotements, des engourdissements, des démangeaisons, spontanées ou provoquées, pas nécessairement désagréables, ni douloureuses.

Séquellaires (douleurs) : les douleurs séquellaires correspondent à une douleur persistant après la fin de la cicatrisation d'un traumatisme physique ou à distance d'un traumatisme psychique

Spasticité : contractions musculaires pouvant être liées à une altération de la conduction nerveuse dans certaines maladies ; elles entraînent des raideurs et des spasmes responsables de douleurs.

Stomatodynie : altération des fibres nerveuses au niveau des muqueuses buccales (langues, gencives, palais, intérieur des joues, fond de la gorge).

Syndrome multidimensionnel : expression utilisée pour décrire l'impact de la douleur chronique, dans la mesure où elle évolue dans le temps long, où elle interfère avec les émotions, les connaissances et les interprétations quant à son existence, et où elle influence les relations que celui qui souffre entretient avec le monde qui l'entoure.

Titration : méthode d'ajustement des posologies d'un médicament. Cette titration s'applique soit à l'initiation du traitement (titration initiale), soit à un traitement en cours (titration ultérieure ou réajustement posologique).

Tolérance : terme pouvant désigner soit le caractère acceptable ou pas d'un traitement du point de vue du malade (confort d'utilisation, effets secondaires), soit la perte d'efficacité d'une molécule opioïde au cours du temps (voir **chapitre 3**).

Traitement de fond : traitement que l'on prend tous les jours, quelle que soit l'intensité de la douleur.

REMERCIEMENTS

LISTE DES AUTEURS

Pr Attal Nadine
Pr Aubrun Frédéric
Dr Avez-Couturier Justine
Mme Barfety-Servignat Véronique (psychologue)
Pr Bioy Antoine
Dr Bismuth Eric
Mme Bodin Sylvie (kinésithérapeute)
Dr Cantagrel Nathalie
Dr Capriz Françoise
Mme Cimerman Patricia (IDE/ARC)
Mme Conradi Séverine (Psychologue)
Dr Collin Elisabeth
Mme Gourdin Elisabeth (IDE)
Mme Grenier Alice (IRD)
Dr Guérin Julien
Dr Hallouche Nabil
Mme Lallau Caroline (psychologue)
Mme Laquitaine Christine (IDE)
Pr Laroche Françoise
Mme Le Chevalier Aline (IRD)
Dr Maillard Frédéric
Dr Melin Céline
Dr Michenot Nathalie
Dr Moisset Xavier
Mme Ollitrault Anne-Marie (IDE)
Mme Péju Françoise (IRD)
Mme Perrin Odile (documentaliste)
Dr Piano Virgine
Dr Piquet Emilie
Mme Reiter Florence (psychologue)
Mme Saelens Audrey (IDE)
Mme Sébire Catherine (directrice AFVD)
Dr Serra Éric
Dr Tiberghien Florence
Dr Trouvin Anne Priscille

COMITÉ DE RÉDACTION 2018 (SFETD)

Dr Avez-Couturier Justine
Mme Conradi Séverine
Mme Le Chevalier Aline
Pr Perrot Serge

COMITÉ DE RELECTURE 2018 (SFETD/CNRD)

Pr Perrot Serge
Dr Avez-Couturier Justine
Mme Conradi Séverine
Mme Le Chevalier Aline
Mme Perrin Odile
Dr Maillard Frédéric
Mme Cimerman Patricia (IDE/ARC)
Mme Thibaut Marie

COORDINATION DE FONCTIONNEMENT

Mme Cimerman Patricia (CNRD)
Mme Béchoual Laetitia (secrétariat CNRD)

DIFFUSION

SFETD

<http://www.sfetd-douleur.org/>

Centre National Ressources Douleur (CNRD)

www.cnrdr.fr

FINANCEMENT

Ce travail est financé par la SFETD.

LA DOULEUR EN QUESTIONS

QUAND LES PROFESSIONNELS DE SANTÉ VOUS EXPLIQUENT LA DOULEUR ET LES TRAITEMENTS

LA DOULEUR, UNE EXPÉRIENCE ENCORE MAL CONNUE ET PEU RECONNUE

La douleur est une expérience humaine encore mal connue, mal évaluée, mal traitée. Dans cette expérience que chacun peut traverser, qui bouleverse, et que l'on a parfois du mal à expliquer aux autres, de nombreuses questions émergent, sur l'origine de la douleur, les mécanismes en cause, mais aussi la façon de la communiquer, et surtout les possibilités de traitement, médicamenteux ou non. Ne pas comprendre rajoute souvent au désarroi induit par la maladie.

LA DOULEUR EN QUESTIONS, UN OUVRAGE DE SYNTHÈSE, RÉDIGÉ PAR UNE SOCIÉTÉ SAVANTE ET UN ORGANISME DE RESSOURCES DOCUMENTAIRES PROFESSIONNEL

Pour aider les patients à mieux comprendre, à mieux affronter la douleur et surtout à participer activement à leur traitement, les professionnels de soins, réunis dans cet ouvrage sous la houlette de la SFETD (Société Française d'Étude et de Traitement de la Douleur) et du CNRD (Centre National de Ressources Douleur) ont répondu aux questions les plus fréquentes, posées par les patients. Avec ces deux cautions scientifiques, les lecteurs pourront adopter sans crainte les notions et réponses proposées, alors que de nombreux préjugés et croyances sont souvent associées à la douleur.

C'EST UNE ÉQUIPE TOUTE ENTIÈRE QUI RÉPOND AUX PERSONNES ATTEINTES DE DOULEURS

Dans cet ouvrage unique, les soignants partagent ici leur savoir, leurs approches, tous ensemble, médecins, infirmières, psychologues. C'est ici toute une équipe qui se retrouve, dans un esprit commun, pour aider chaque personne confrontée un jour à la douleur à mieux la comprendre et l'affronter. L'esprit de notre société savante, la SFETD.

UN OUVRAGE À PARTAGER, À FAIRE LIRE À SES PROCHES, SES AMIS, SES COLLÈGUES

La douleur ne touche pas seulement la personne qui souffre, mais aussi son entourage, ses proches, sa famille, et même parfois ses collègues de travail. Ce livre est aussi pour eux, à partager, pour ne pas se sentir démunis quand on est face à un proche qui souffre. Avec La douleur en questions, les professionnels de santé, tous unis dans cet ouvrage, souhaitent faire reculer la douleur, apaiser des souffrances et surtout faire que personne ne soit sans réponse, ne reste seul face à sa douleur.