

2^e édition février 2008


La douleur



en questions

Société française d'étude et de traitement de la douleur
Ministère de la Santé, de la Jeunesse et des Sports

Avant-propos	3
Introduction	5
Pourquoi <i>La Douleur en questions</i> ?	9
1 Mécanismes de la douleur	10
2 Douleur aiguë	14
3 Douleur neuropathique	18
4 Psychologie et douleur	22
5 Évaluer la douleur	26
6 Douleur provoquée par les soins	30
7 Douleur postopératoire	34
8 Migraine et céphalées	38
9 Douleurs orofaciales	42
10 Lombalgie chronique commune	46
11 Douleur du cancer	50
12 Douleur de l'enfant	54
13 Populations à risque : personnes non-communicantes, personnes handicapées, personnes âgées non-communicantes	58
14 Médicaments de la douleur	62
15 Opioïdes	66
16 Moyens non-pharmacologiques, principales approches alternatives	74
17 Placebo	78
18 Structures de prise en charge de la douleur chronique rebelle	82
19 Pour s'informer et se former	86
Le contrat d'engagement contre la douleur	90
Bibliographie	92
Glossaire	95
Remerciements	96




L’HUMANITÉ PEUT SE DÉFINIR, mieux encore que par la Raison, par la capacité de se rendre sensible à la souffrance d’autrui et de se représenter sa douleur. Cette sensibilité, au lieu d’enfermer chacun sur lui-même, ouvre aux autres par la force de l’imagination. Ainsi, comme l’écrivait Rousseau « celui qui n’imagine rien ne sent que lui-même, il est seul au milieu du Genre humain ».

Le geste soignant implique par définition cette disposition éthique sans laquelle le progrès des sciences et le perfectionnement des techniques ne sauraient justifier tant d’efforts. Le geste soignant, entre tous, se déploie dans cet entrelacs d’humanité et de compétence qui donne sens à la vocation médicale.

Lutter contre la douleur constitue, dans cet esprit, l’essence même de la philosophie du soin. La souffrance d’autrui, en effet, est d’abord un appel à notre conscience morale. C’est cette obligation qui fonde le droit des malades, reconnu par la loi du 4 mars 2002, à bénéficier des traitements appropriés visant à soulager leur douleur, qu’elle soit aiguë ou chronique. C’est cette obligation qui a déterminé les pouvoirs publics à mettre en place un *Plan d’amélioration de la prise en charge de la douleur 2006-2010*. C’est ce même devoir qui nous impose aujourd’hui de prendre en compte cette question avec la plus grande acuité, au travers notamment de grandes priorités présidentielles (Alzheimer, cancer, soins palliatifs).

Comme en atteste ce livret, produit d’un travail exemplaire, la douleur chronique exige tout particulièrement des modalités de prise en charge au long cours qui supposent une réflexion pluridisciplinaire. C’est dans cette perspective, ici clairement tracée, qu’il nous revient désormais de travailler, convaincus de la dimension éthique de notre engagement. Notre capacité à répondre aux problèmes complexes posés par la maladie chronique pourrait même constituer un des critères permettant d’évaluer plus globalement la qualité de notre système de santé.

Roselyne Bachelot-Narquin
Ministre de la Santé, de la Jeunesse et des Sports



PENDANT TROP LONGTEMPS la douleur a été vécue comme une fatalité. Et pourtant, l'évolution des connaissances nous donne aujourd'hui les moyens permettant de réduire dans des proportions importantes certaines douleurs. Mais plus que les connaissances, ce sont les mentalités qui doivent évoluer. En effet, pendant des siècles et maintenant encore, la médecine ne s'est préoccupée qu'avec « parcimonie » ou plutôt un certain dédain de la douleur physique et de la souffrance des hommes.

Désormais, des considérations éthiques et morales ne peuvent plus être écartées de l'élaboration et de la mise en application d'un projet de soins. Une information adaptée doit être donnée, surtout en matière de prise en charge de la douleur : elle doit répondre à ce que le patient est en droit d'attendre. Il n'est plus imaginable, aujourd'hui, de développer un objectif prioritaire de santé publique, sans la participation de l'ensemble des soignants : médecins, infirmiers (ères), étudiants, kinésithérapeutes, psychologues, agents hospitaliers... ainsi d'ailleurs que sans celle des représentants des usagers du système de santé, c'est-à-dire le patient et sa famille. La lutte contre la douleur est inséparable de l'évolution de ces idées. Elle est un véritable enjeu de santé publique, critère de qualité et d'évolution d'un système de santé.

La douleur n'est ni une rédemption ni une punition, son soulagement peut jouer un rôle dans la guérison de la personne malade. Socialement, la douleur peut être si invalidante qu'elle interdit ou empêche toute activité artisanale, agricole, sociale et professionnelle pour celui qui souffre. La souffrance peut être si intense qu'elle laissera des cicatrices indélébiles. Sa prise en charge répond à un objectif humaniste, éthique et de dignité de l'homme en raison des retentissements physique et psychique. Elle induit un handicap qui exclut progressivement ou brutalement le patient de la société, devient une source d'exclusion supplémentaire et un facteur d'inégalité sociale.

Les systèmes de santé doivent se soucier autant du malade que de la maladie. Il n'est plus admissible que l'on se préoccupe exclusivement de l'efficacité des moyens thérapeutiques mis en œuvre. S'ils ne sont pas suffisants, car ils ne le sont jamais, les moyens thérapeutiques permettent de prendre en charge une grande partie des douleurs qui existent, mais sûrement pas toutes. Si les moyens sont là ; les recommandations, les protocoles, les « guide-line » manquent ; la stratégie thérapeutique fait défaut ; il faut éduquer, il faut apprendre, il faut concevoir, il faut diffuser les expériences de



chacun. Il faut que les soignants confrontent leur savoir faire et le fassent savoir. C'est la raison de ce livret.

Avec la fièvre et la fatigue, la douleur est un des premiers motifs de consultation médicale. En France¹ : 31,7% des patients interrogés (20 605 000 Français) présentent des douleurs chroniques, pour 19,9% (12 935 000) elles sont d'intensité modérées à intenses. 46,3% d'entre eux ont moins de 60 ans. La douleur est le principal symptôme entraînant un recours urgent ou non programmé en médecine de ville (75% des patients DREES 2007)². La douleur est également le symptôme principal des maladies chroniques selon les usagers eux-mêmes. En Europe³ : 20% des adultes européens ont une ou plusieurs douleurs. L'intensité médiane est de 5 sur 10 sur une durée médiane de 6 mois. Un tiers considère sa douleur comme insupportable et 1 patient sur 6 a déjà pensé au suicide.

Cette succession de chiffres montre s'il en était besoin l'importance de ce problème de santé. Les douleurs chroniques rebelles sont sources d'incapacités, de handicaps, d'invalidité et d'altérations majeures de la qualité de vie. Outre les aspects humains ou médicaux, les douleurs chroniques ont des conséquences économiques : absentéisme au travail, puis arrêt de travail aboutissant à l'invalidité, incapacité des sujets à assumer leurs rôles familiaux et sociaux. L'enquête observationnelle, menée par la SFETD en 2007 sur les patients atteints de douleurs neuropathiques, montre que 65% d'entre eux ont moins de 60 ans et que la majorité d'entre eux sont en arrêt maladie prolongée (>6 mois), voire en invalidité 1^{re} et 2^e catégorie⁴. Les répercussions financières sont importantes : 100 milliards de Dollars par an aux USA⁵, il n'y a pas d'étude en France.

La survenue de douleurs chroniques est plus fréquente chez les personnes âgées que chez les jeunes. D'autre part, l'espérance de vie à la naissance ne cesse d'augmenter dans notre pays et en Europe. La population vieillit du fait de la diminution régulière de la fécondité que l'on observe depuis plusieurs années, mais aussi en raison d'une forte réduction de la mortalité aux âges avancés depuis 1985. En 1998, l'espérance de vie à la naissance atteint 74,6 ans pour les hommes et 82,2 ans pour les femmes, elle continuera d'augmenter encore dans les années à venir, davantage pour les hommes que pour les femmes.

D'après des projections basées sur des hypothèses modérées, le nombre de personnes âgées de 65 ans et plus qui était de 7,8 millions en 1990, va dépasser les 13 millions en 2020 soit un accroissement de deux tiers. Quant au grand âge, celui des seniors de 85

ans et plus, il va exploser : son effectif de moins de 900 000 en 1990 va dépasser les 2 millions en 2020, soit un coefficient multiplicateur de 2,4. Dès lors, on comprend que la survenue de pathologie rhumatologique, cancéreuse et toute autre cause de douleur est à prévoir en plus grand nombre pour cette population.

Mais la douleur peut, également et surtout, survenir sans que soit mise en jeu l'espérance de vie : ce sont les douleurs chroniques bénignes, qui d'ailleurs devraient être identifiées sous une autre appellation. En effet, une douleur qui persiste pendant des années, voir des dizaines d'années n'a vraiment rien de bénin. Elle va avoir des répercussions tellement importantes que la vie du patient va être transformée entraînant absentéisme voire chômage ou licenciement, difficultés familiales (rejet, rupture, divorce ou au contraire maternage, infantilisme...), psychologiques (anxiété, dépression...), médico-légales (invalidité, procès...). Ces douleurs-là ne vont pas diminuer la vie, mais vont la rendre impossible. Elles doivent être prises en charge dans une structure spécialisée quand les thérapeutiques habituelles sont restées inefficaces.

Le moment est venu de changer les attitudes qui restent trop figées vis-à-vis de la douleur et encore plus vis-à-vis de la souffrance. L'introduction d'une « culture anti-douleur » au sein des pratiques et des exercices nécessite le changement des comportements de l'ensemble des professionnels de santé, mais aussi celui des malades et de leurs proches.

Demain, notre système de santé sera aussi jugé sur la façon dont il prend en compte la douleur. Elle est reconnue comme un droit fondamental de toute personne par la loi relative aux droits des malades et à la qualité du système de santé du 4 mars 2002. Lutter contre la douleur est une obligation éthique pour les soignants, l'essence même de la philosophie du soin. Elle devrait être reconnue comme une maladie, au même titre que le diabète ou les pathologies cardio-vasculaires...

La qualité d'un système de santé est définie par la prise en compte de l'efficacité du traitement proposé mais aussi par le soulagement de la souffrance des patients. Dès lors, l'amélioration de la prise en charge de la douleur doit être un de nos objectifs essentiels.

Alain Serrie
Président de la SFETD



Pourquoi *La Douleur en questions ?*

La Douleur en questions est un mémento destiné à l'ensemble de la communauté des soignants. Conçu par un comité de rédacteurs experts, cet ouvrage concrétise la volonté de créer un outil pratique pour que la douleur soit reconnue sous ses différentes

formes et prise en charge en tant que telle.

Avec pour objectif de diffuser largement ce message, le choix s'est porté sur une rédaction ouverte, tout en respectant la pertinence du contenu médical. Les textes élaborés à partir de propositions de la Société française d'étude et de traitement de la douleur (SFETD) ont été relus et validés par seize sociétés savantes et collèges de la douleur.

La Douleur en questions balise l'essentiel de ce que chaque soignant doit savoir pour partager la somme minimale de connaissances nécessaires au soulagement de la douleur dans différentes situations cliniques.

Cet outil pragmatique dans son contenu et pratique d'utilisation par son format, est organisé en questions/réponses pour une lecture facile et immédiate. Les questions sont celles posées le plus fréquemment par les patients. Elles appellent des réponses adaptées. La tonalité des échanges soignant-patient est différente selon que l'on traite par exemple d'opioïdes ou de lombalgie chronique commune. Ceci explique la présence de plusieurs niveaux de langage dans l'expression des réponses.

Dans l'esprit mémento, chaque chapitre est autonome. Une lecture linéaire, chapitre après chapitre, fait apparaître des répétitions utiles pour une compréhension complète lors de la lecture d'un chapitre particulier. Ce principe permet de préserver l'unité de sens autour d'une thématique.

Les renvois vers d'autres chapitres correspondent à des compléments d'information par rapport au thème traité. Les notes en marge approfondissent quelques aspects importants et les remarques sur fond de couleur attirent l'attention sur des points spécifiques.

Les chapitres qui comportent une ou plusieurs prescriptions, dont la pratique est réglementée et réservée aux professions médicales autorisées, sont signalés par le pictogramme ci-contre.



Prescripteurs

La Douleur en questions est disponible sur les sites www.sante.gouv.fr, www.cnrdr.fr et www.sfetd-douleur.org. Cette édition est la mise à jour 2008 de la parution originale de novembre 2004.

1. Mécanismes de la douleur

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 contre. Un exemple : la douleur provoquée par une blessure. Un message est alors envoyé au cerveau pour l'alerter. Il s'agit d'une douleur nociceptive. La douleur peut aussi traduire une lésion du système nerveux lui-même. Dans ce cas, le système qui transmet le message douleur (cerveau ou nerfs périphériques) est défaillant. C'est la douleur neuropathique. Un exemple : la douleur post-zostérienne (après un zona). Il existe également d'authentiques douleurs sans pour autant qu'il y ait lésion. Schématiquement ce sont des douleurs dont

■ La prise en charge de la douleur est une obligation réglementaire (voir bibliographie) pour tout établissement de santé et pour tous les soignants.

les mécanismes sont mal connus (douleurs idiopathiques) ou résultant de troubles psycho-pathologiques (douleurs psychogènes).

Pourquoi j'ai mal, mes examens sont normaux ?

La douleur est le plus souvent associée à une maladie organique. Dans certains cas, au début surtout, il peut être difficile d'identifier son origine précise bien que cette douleur soit réelle et incontestable. De nombreuses douleurs se reconnaissent uniquement sur la clinique et l'origine demeure parfois imprécise. Quelques exemples : les examens pratiqués sont normaux lors de crises de migraine, de douleur idiopathique, de douleur psychogène...

La douleur, ça se passe dans ma tête ?

Une maladie dépressive peut s'exprimer uniquement sur un mode douloureux (migraines, lombalgie...). L'anxiété, surtout lorsqu'elle survient sous forme de crise, entraîne très souvent des manifestations douloureuses. Qualifier une douleur de psychogène ne peut pas être un diagnostic par défaut. Il convient d'étayer ce diagnostic sur des arguments psychopathologiques. L'aspect psychogène d'une douleur ne préjuge en rien de sa perception par la personne malade. La douleur psychogène appelle une prise en charge identique à celle de n'importe quelle autre douleur. Quelle que soit l'étiologie d'une douleur, même d'origine psychologique (deuil, traumatisme, séparation) elle est vécue par la personne comme n'importe quelle autre douleur.

Approcher la douleur c'est lier l'organique et le psychologique

Les dissocier n'a plus lieu d'être, y compris pour la douleur aiguë : les examens révèlent les mécanismes lésionnels, mais ne rendent aucun compte de la douleur perçue.

■ Un impératif : identifier les mécanismes générateurs de la douleur avant la mise en place d'un traitement.



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 et antidépresseurs.

Définitions des douleurs

Douleurs nociceptives
Elles correspondent à la mise en jeu du système physiologique qui permet de ressentir une douleur (aiguë ou chronique). Ce sont les plus courantes (coup, brûlures, douleurs postopératoires, inflammations, fractures...).

Douleurs neuropathiques
Anciennement dénommées douleurs de désafférentation ou neurogènes, elles sont consécutives à une lésion nerveuse (récente ou ancienne) qui induit un dysfonctionnement du système nerveux périphérique ou central (neuropathies du zona, du diabète, postamputation, sur cicatrices d'interventions chirurgicales, lors de la sclérose en plaques...).

Douleurs idiopathiques
Syndromes douloureux actuellement mal expliqués. Certains auteurs y incluent la fibromyalgie, les douleurs myofasciales, les glossodynies...

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 et différentes psychothérapies contribuent à diminuer l'anxiété et le stress, ce qui fait décroître la perception de douleur.

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).

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 nouveaux nés peuvent donc percevoir la douleur. Les personnes âgées 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.

Douleurs psychogènes
Elles se vivent et se ressentent comme toutes les autres douleurs. Elles doivent être prises en charge avec la même attention quelles que soient leurs causes : deuil, traumatisme, séparation...

Que faire



- devant une douleur aiguë ?
- pour calmer une douleur sans risquer de masquer un diagnostic ?
- pour choisir un traitement antalgique efficace ?

Que faire devant une douleur aiguë ?

Réagir face à une douleur aiguë est une urgence. 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 à la contrôler par une analgie précoce

dès que ses caractéristiques ont été identifiées. Plusieurs études (*voir bibliographie*) ont démontré que l'administration d'opioïdes puissants à des malades avec un tableau d'abdomen aigu ne pénalise pas la démarche diagnostique.

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

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 chap. 5*). 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. Ne pas oublier qu'il existe des traitements spécifiques complémentaires : immobiliser les foyers de fracture ou procéder au strapping de fractures costales...





J'ai une violente douleur dans la poitrine, est-ce que je fais un infarctus ? Est-ce psychologique ?

L'anamnèse, 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 psychogènes. Les diagnostics les plus fréquents sont : crise d'angoisse, dépression...

■ Attention, certaines douleurs aiguës sévères ne relèvent pas des opioïdes (migraine, névralgie faciale essentielle) et bien entendu les douleurs psychogènes.

Les antalgiques opioïdes forts

La morphine est le produit de référence de cette classe. Son administration par voie veineuse s'avère la plus rapide et la plus fiable. En cas d'urgence, choisir la titration (*voir glossaire*) par injections intraveineuses fractionnées répétées jusqu'à l'état de soulagement. Un exemple en traumatologie : une posologie de 3 mg toutes les 7 minutes est acceptable pour un adulte en bon état général.

Pourquoi

- j'ai des sensations bizarres ou franchement douloureuses et personne ne me croit ?
- le moindre effleurement provoque une douleur insupportable, et pourtant je ne souffre pas à cet endroit de mon corps ?
- ma douleur augmente quand je suis stressé ?

Pourquoi j'ai des sensations bizarres ou franchement douloureuses et personne ne me croit ?

Certaines douleurs expriment une altération du système nerveux lui-même (nerfs, moelle épinière, cerveau), et peuvent se situer à distance de l'en-

droit lésé. Ainsi, une personne peut présenter une douleur ou une sensation désagréable, de brûlure par exemple, à un endroit indemne de toute lésion. C'est une structure nerveuse périphérique ou centrale qui est alors en cause. Ces douleurs complexes sont mal comprises par le malade et les soignants.

Comment se repérer dans la définition des douleurs neuropathiques ?

Anciennement dénommées douleurs de désafférentation ou neurogènes, elles sont consécutives à une lésion nerveuse (récente ou ancienne) qui induit un dysfonctionnement du système nerveux périphérique ou central (neuropathies du zona, du diabète, postamputation, sur cicatrices d'interventions chirurgicales, lors de la sclérose en plaques...). Les sensations liées à ces douleurs sont particulières, elles associent à des troubles sensitifs (paresthésies¹, dysesthésies², sensations de brûlure) des fulgurances brutales (décharge électrique, coup de poignard).

1. Sensation de fourmillement non douloureux.
2. Sensation de fourmillement, picotement, engourdissements désagréables voire douloureux.

Le moindre effleurement provoque une douleur effroyable !

Un dysfonctionnement de la sensibilité tactile est fréquent. La douleur se déclenche sur le frottement d'un vêtement, le contact avec de l'eau – chaude ou froide – un courant d'air (allodynie³, hyperpathie⁴). Ces signes sont caractéristiques des douleurs neuropathiques.

3. Déclenchement d'une douleur par un stimulus non douloureux.
4. Syndrome douloureux caractérisé par une réponse retardée exagérée et induite par un stimulus répétitif (nociceptif ou non).





Comment faire comprendre que ma douleur augmente quand je suis stressé ?

Comme les autres types de douleur, la perception de la douleur neuropathique augmente considérablement avec le stress, l'anxiété et la dépression. La douleur neuropathique n'est ni un signe de folie ni une invention.

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 les séquelles 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 – j'ai toujours mal ?

Les antalgiques sont peu ou pas efficaces sur les douleurs neuropathiques. De fait, la morphine n'a pas d'action spécifique sur les dysfonctionnements du système nerveux observés dans ce type de douleur. Les traitements utilisés sont certains antidépresseurs et antiépileptiques qui agissent spécifiquement sur la conduction des fibres nerveuses lésées. Le traitement est initié avec une posologie très faible et augmenté progressivement en fonction de la tolérance (sommolence, sensations vertigineuses). Prévenir la personne que l'équilibre entre efficacité et effets

■ **Formation et douleur neuropathique**
Faute de formation, les professionnels de santé se trouvent souvent désemparés pour identifier des 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. Encourager les soignants à bénéficier d'une formation spécifique en ce domaine est particulièrement recommandé.

indésirables peut être difficile et long à trouver. L'association d'autres méthodes est souvent efficace : relaxation, stimulation électrique transcutanée (TENS), hypnose... (*voir chap. 16*).

Pourquoi j'ai toujours mal alors que je prends des antidépresseurs ?

Antidépresseurs, antidépresseurs tricycliques et anti-convulsivants, ont une action centrale qui corrige en partie les dysfonctionnements de la transmission et des contrôles des messages nociceptifs. Les objectifs de ces traitements doivent être particulièrement bien expliqués aux personnes malades ainsi que les délais d'évaluation de l'efficacité.

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 relevant d'un mécanisme neuropathique.

■ **Douleur neuropathique et opioïdes**
Les douleurs neuropathiques réagissent de manière peu prévisible aux opioïdes elles ne peuvent s'envisager qu'en 2^e intention (après épuisement de tous les traitements spécifiques) après avis spécialisé (de préférence par une équipe entraînée et multidisciplinaire).

Est-il vrai

- qu'une douleur puisse ne venir que *de la tête* ?
- qu'une douleur puisse être liée à une dépression ?
- que mon mode de vie puisse influencer ma douleur ?

La douleur, ça se passe dans ma tête ?

Une maladie dépressive peut avoir pour expression principale une douleur (migraines ou lombalgies, par exemple). L'anxiété, surtout lorsqu'elle survient sous forme de crise, entraîne très souvent des manifestations douloureuses. Néanmoins, qualifier une douleur de psychogène ne doit pas devenir un diagnostic par défaut. Il convient d'étayer ce diagnostic sur des arguments psycho-pathologiques. Dire qu'une dimension psychique est associée à une douleur ne veut pas dire que la personne malade va

pour autant percevoir cela. Mais que cette dimension soit perçue ou non, la douleur sera de toute façon vécue comme toutes les autres douleurs. Il reste important dans tous les cas de figure que la douleur à forte composante psychique (due à un traumatisme, un deuil, une séparation...) puisse être prise en charge de façon identique à des douleurs où la dimension psychique sera moins importante, ou au second plan.

Pour soigner ma douleur, le médecin m'oriente vers un psychologue ou un psychiatre, qu'en conclure ?

L'état psychique influence fortement la perception de la douleur. La douleur est plus difficile à supporter si la personne est déprimée ou anxieuse. De nombreuses douleurs chroniques se rencontrent dans les problématiques dites *du lien* (divorce, licenciement, retraite, décès, abus sexuel...). Alors qu'une douleur qui persiste sans être correctement prise en charge peut provoquer secondairement un tableau dépressif, une maladie dépressive première 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. Autant de raisons qui peuvent justifier une prise en charge de type psychothérapique, psychocorporel, ou comportemental.





Si je dis que je suis déprimé, va-t-on attribuer ma douleur à cet état dépressif ?

La douleur chronique est fréquemment responsable d'un état dépressif : cet état n'a rien de « honteux » ni de péjoratif pour la reconnaissance de la douleur. Être déprimé en réaction à une douleur chronique doit être considéré comme *légitime* et mériter un traitement. La souffrance psychologique se surajoute à la douleur et en augmente la perception. Il faut sortir du cercle vicieux : douleur-dépression-douleur. Un traitement uniquement fondé sur les médicaments antalgiques ne fera pas disparaître la dépression, car elle « s'ancre » au niveau psychique, non corporel.

N'a-t-on pas tendance à qualifier de « psychosomatique » une douleur dont on ne trouve pas la cause ?

Le terme de *somatisation* est à utiliser avec prudence. Lorsque le bilan somatique est normal, il est courant d'appliquer à tort et à travers les termes de somatisation, maladie fonctionnelle, hystérie... Ces mots sont perçus comme disqualifiants et insultants, ils peuvent renforcer le symptôme qui n'a pas été reconnu et pousser la personne à rechercher d'autres solutions (nomadisme médical...). Le diagnostic d'hystérie requiert l'avis d'un psychiatre ou d'un psychologue clinicien, car il est souvent surestimé, certains traits de personnalité ne constituant pas un diagnostic. La suspicion de simulation qui entoure les malades hystériques conduit parfois les soignants à les exclure du système de soin. Le risque iatrogène

La douleur psychogène

Elle doit être prise en charge, avec la même rigueur que toutes les autres douleurs.

■ Ne pas oublier que les codes culturels influencent largement l'expression de la douleur et la perception qu'en ont les soignants. Selon la personne, la manifestation de la douleur peut être totalement différente : déferlement ou rétention des émotions. L'expression de la douleur ne préjuge en rien de son intensité. L'incompréhension entraîne bien souvent un déni de la douleur de la part des soignants.

est majeur. Or leur souffrance est bien réelle. Dans le domaine de la douleur, la simulation reste exceptionnelle.

La douleur m'empêche de vivre, que faire ?

Avoir mal longtemps entraîne des changements de comportement. Les personnes s'enferment dans leur douleur. Les relations avec les autres se modifient. Souvent, la personne malade est découragée, désespérée, se sent isolée. Il est donc nécessaire de faire intervenir un professionnel pour identifier avec elle quels sont les attitudes, les comportements, les représentations (catastrophisme, absence de projet, isolement, limitation de l'activité) qui renforcent et pérennisent le tableau douloureux. La stratégie thérapeutique doit intégrer obligatoirement tous ces éléments.

La dépression

C'est l'état psychologique le plus souvent associé à la douleur chronique (au-delà de 50 % des cas). La spirale d'auto-entretien douleur-dépression-douleur mérite toujours des explications détaillées.

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 ?
- savoir si ma mère souffre, elle a une maladie d'Alzheimer...

Puis-je évaluer, moi-même, ma douleur ?

Personne d'autre n'est mieux placé que le patient pour décrire ce qu'il ressent : préciser où il a mal, avec quelle intensité... Lui seul détient la *référence personnelle* de sa douleur, ce qui lui permet de suivre son niveau d'intensité selon le moment et le traitement en cours. Lui seul pourra dire s'il est soulagé.

Comment évaluer ma douleur ?

Aucun examen, aucune prise de sang, aucun scanner, ne permet d'objectiver la douleur. Il faut donc évaluer son intensité. Cette évaluation sert de référence pour vérifier l'efficacité des traitements. L'approche pour quantifier la douleur d'une personne capable de communiquer s'appuie principalement sur trois méthodes : l'Échelle numérique, l'Échelle visuelle analogique (EVA) et l'Échelle verbale simple.

Échelle visuelle analogique (EVA), Échelle numérique et Échelle verbale simple.

Les échelles informent sur l'intensité globale perçue par la personne.

Si je dis que je n'ai plus mal maintenant, qui croira que j'ai eu très mal ce matin ?

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. 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, le traitement choisi fait preuve de son efficacité.

Ma mère a la maladie d'Alzheimer, comment savoir si elle souffre ?

Une personne atteinte de cette maladie, un malade ayant des troubles de communication, un petit enfant, un nourrisson, sont incapables d'évoquer l'intensité de ce qu'ils éprouvent. Il reste alors à observer les comportements et les mouvements du corps. Agitation, désintérêt, repli sur soi, crispations



du visage, pleurs, gémissements, gestes pour protéger certaines parties du corps, sont souvent des signes révélateurs de douleur. Ces comportements sont d'autant plus significatifs, qu'ils sont inhabituels. Dans ce cadre, les outils d'auto-évaluation sont généralement inadaptés. Pour quantifier ces douleurs il est recommandé d'utiliser les grilles d'observation comportementale (voir chap. 13). Il peut être nécessaire d'interroger l'entourage de la personne pour repérer d'éventuels changements de comportement.

Comment mesure-t-on la douleur de l'enfant ?

À partir de 3-4 ans, l'enfant peut dire lui-même combien il a mal si on lui propose 3 niveaux (un peu/beaucoup/très mal) ou/et l'échelle de visage.

À partir de 5-6 ans, il peut utiliser la réglette (EVA).

À partir de 7 ans, il peut donner une note entre 0 et 10 (échelle numérique).

Pour les plus jeunes ou les enfants non communicants, les soignants disposent de grilles d'observation du comportement. Les parents peuvent également repérer si l'enfant présente des modifications dans ses activités : pleurs, jeu, sommeil, appétit, humeur...

Description des Échelles

Échelle numérique (Voir chap. 12 et 13.)

La personne attribue une note de 0 à 10 pour décrire l'intensité de sa douleur.

0 = *Pas de douleur-Pas mal du tout.*

10 = *Douleur très forte-Douleur maximale imaginable.*

Les échelles :

intérêts et limites

Évaluer l'intensité de la douleur permet de suivre une personne malade et d'adapter son traitement. Mais cette évaluation ne donne aucune information ni sur la cause ni sur le mécanisme de la douleur. Comment quantifier la part de l'émotion ? Impossible de comparer deux malades entre eux à partir de ces échelles... La douleur exige une approche globale (modèle multidimensionnel) pour prendre en compte l'ensemble des facteurs. Dans la douleur chronique, cette approche ouvre sur l'intégration de propositions thérapeutiques dans un programme plurimodal (médicaments, suivis psychologique et physique).

Échelle visuelle analogique (EVA)

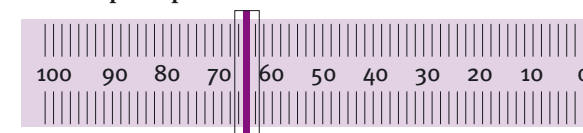
La personne positionne le curseur en un point d'une ligne dont l'extrémité de gauche correspond à *Pas de douleur-Pas mal du tout* et celle de droite à *Douleur très forte-Douleur maximale imaginable*.

Au verso, le soignant lit le chiffre correspondant à la position du curseur sur une échelle de 0 à 100.

Face présentée au patient



Face vue par le praticien



Échelle verbale simple

La personne malade décrit l'intensité de sa douleur à l'aide de mots simples : *pas de douleur, faible, modérée, intense.* (Voir chap. 12 et 13.)

Les échelles :

résultats discordants

La personne malade semble surcôter ou sous-côter sa douleur ? Peut-être qu'elle n'a pas bien compris la méthode choisie.

En proposer une autre. Si l'incohérence persiste, elle doit être relevée et donner lieu à un échange entre tous les intervenants afin d'en connaître la signification.

6. Douleur provoquée 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 très souvent douloureux. Il ne faut jamais méconnaître la douleur provoquée par les soins ni la banaliser.

Les personnels de santé ont à leur disposition des moyens pour prévenir et soulager la douleur lors :

- de poses de sonde, cathéter ou chambre implantable,
- de prélèvements sanguins veineux, artériels,
- de ponctions veineuses périphériques, centrales, artérielles, de chambre implantable, de ponctions lombaire, pleurale, hépatique, d'ascite, de moelle osseuse ou de biopsies médullaire ou hépatique,

- de mise en place de perfusion, d'injections intraveineuses,
- des pansements (plaies, cicatrices, escarres, ulcères),
- des soins d'hygiène et de confort (toilette, réfection du lit, installation ou mobilisation du malade),
- des soins de cathéters veineux et artériels, de poches de colostomie, de sonde de gastrostomie,
- des transports ou mobilisations-installations pour examen (radiologie, scanner) ou traitement (radiothérapie),
- d'endoscopie,
- de points de suture, de soins dentaires,
- de séances de rééducation.

Plus je fais d'examens, plus j'ai mal !

Des soins douloureux qui se répètent sont de plus en plus difficiles à supporter.

La hantise de leur retour augmente l'anxiété du malade et renforce sa perception de la douleur. Les soins deviennent de plus en plus difficiles et plus longs à dispenser.

Faites quelque chose pour m'éviter d'avoir mal !

En dehors du traitement antalgique, avant tout soin, quelques impératifs sont à observer : évaluer l'appréhension du malade, planifier le soin, regrouper les soins douloureux (effectuer un seul prélèvement sanguin au lieu de trois), informer la personne sur le déroulement du soin (différentes étapes, heure, lieu, durée, délai d'action du traitement antalgique), choisir du matériel adapté au soin, réfléchir avant

d'administrer un nouveau soin à quelqu'un qui en reçoit beaucoup.

Quels sont les médicaments qui empêchent d'avoir mal ?

Il n'est pas toujours possible de faire disparaître totalement la douleur lors des soins. Sauf exception, les médicaments de niveau 1 et 2 (*Voir chap. 14*) sont insuffisants pour contrôler efficacement ce type de douleur. Par contre, cette douleur peut être fortement atténuée par :

- les anesthésiques topiques de la peau ou des muqueuses (patch, crème anesthésiante, infiltration tissulaire, spray local, gel de lidocaïne) ;
- l'inhalation de Meopa (*voir glossaire*), association d'une analgésie de surface et d'un effet anxiolytique pour des soins douloureux de courte durée ;
- les antalgiques de niveau 3 (*voir chap. 14*) en tenant compte du délai d'action du produit ;
- la prise en charge de l'anxiété (anxiolytique, relaxation).

■ Anticiper et planifier
Il faut tenir compte du délai d'action des produits :
une à deux heures pour un patch de crème anesthésiante, généralement une heure pour la morphine orale.

Comment choisir et ajuster un traitement antalgique ?

Avant tout geste potentiellement douloureux, les professionnels de santé ont à prévenir la douleur et à mettre en œuvre un traitement adapté.

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

Échec à la douleur
Si le soin reste douloureux malgré le traitement préventif, il est nécessaire de changer de protocole, voire d'envisager une anesthésie générale.

personne pendant et après le soin, l'inciter à exprimer ce qu'elle ressent, à dire quand il faut arrêter ou interrompre le soin, à évaluer le niveau de sa douleur (*voir chap. 5*), favorisent une prise en charge personnalisée et adaptée (autres doses du même médicament, association d'un autre).

Peut-on atténuer ma douleur par d'autres moyens que les médicaments ?

Pour réaliser un soin dans des conditions optimales, il faut installer la personne dans une position adaptée à son état physique, donner des explications pendant le soin, veiller au calme de l'environnement, entretenir un état de décontraction (inciter à respirer calmement, dévier l'attention par le dialogue), user de gestes doux, habiles, attentifs. (*Voir chap. 16.*)

Des protocoles antalgiques préventifs et curatifs
La prévention et le traitement de la douleur provoquée par les soins s'inscrivent dans les priorités du Programme National de Lutte contre la Douleur 2002-2005. Élaborer des protocoles pour chaque soin douloureux est particulièrement recommandé.

Le sens du contact
Rester empathique et rassurant avant et pendant le soin est fondamental. Faire en sorte que la personne ait bien compris l'information sur le soin qu'elle va recevoir et le protocole antalgique choisi. Au besoin s'entourer d'un interprète ou d'un familier.

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, pour autant cette douleur ne doit être ni banalisée ni négligée. Quelle que soit son intensité, cette douleur doit être prise en compte et traitée. Pour la contrôler efficacement, il faut prévoir une évaluation régulière par la personne elle-même, et un traitement.

Un impératif
Prévenir systématiquement l'inefficacité ou l'insuffisance du traitement, en prévoyant dans la prescription : une augmentation de la posologie, une réduction de l'intervalle des prises, le recours à un produit plus puissant...

Comment repérer un service engagé dans la prise en charge de la douleur ?

Lors de la consultation préanesthésique, les outils de mesure et les méthodes d'évaluation de la douleur sont présentés au patient. Il est fait référence aux protocoles de traitement de la douleur élaborés par le service. Un *Contrat d'engagement contre la douleur* conçu par le ministère de la Santé est systématiquement remis. Pour plus de précision : consulter www.sante.gouv.fr (accès simplifié par le thème *Douleur*).

J'ai peur de prendre de la morphine ? Quel est le risque de dépendance ?

La morphine est l'un des produits de référence pour traiter la douleur postopératoire. L'utilisation de la morphine en postopératoire n'entraîne aucun risque de dépendance ni de toxicomanie. Pour les douleurs postopératoires modérées, il existe d'autres traitements antalgiques comme le paracétamol, les anti-inflammatoires, la codéine, le tramadol, le nefopam.

Comment effectuer une titration de morphine par voie veineuse ?

Pour une douleur postopératoire, la titration (*voir glossaire*) consiste à administrer par voie intraveineuse une quantité fractionnée de morphine (2 à 3 mg chez l'adulte, 0,05 mg/kg chez l'enfant, toutes les 5-10 minutes), jusqu'à obtenir un soulagement jugé satisfaisant par le patient. Et les protocoles prennent en compte le niveau de vigilance, la respiration et l'inten-

sité des douleurs. La dose totale de morphine administrée lors de cette titration dépend de différents facteurs : la sensibilité individuelle à l'action de l'opioïde, le niveau de douleur perçue, le type de chirurgie, le type d'anesthésie, la dose totale et la nature du morphinique utilisé en préopératoire. Pour les chirurgies douloureuses, la relation n'est pas établie entre la dose initiale de titration et la consommation ultérieure de morphiniques. Après ce soulagement initial, la morphine peut être administrée selon plusieurs voies :

- intraveineuse le plus souvent grâce à une pompe PCA ;
- sous-cutanée (SC) ;
- orale : morphine à libération immédiate parfois associée à de la morphine à libération prolongée (selon les recommandations de la Société française d'anesthésie et de réanimation – SFAR).

Quelles sont les autres méthodes pour calmer la douleur postopératoire ?

Pour certaines interventions chirurgicales, des techniques analgésiques locales et/ou régionales (péridurale, blocs nerveux) sont très efficaces. Des techniques non médicamenteuses (chaud, froid, neurostimulation transcutanée, relaxation) complètent l'action des médicaments.

J'ai une douleur chronique, faut-il arrêter mon traitement antalgique ?

Lors de la consultation préanesthésique, il est important de faire le point sur le traitement antalgique habituel de la personne. Un traitement antalgique antérieur, sauf exception, ne doit pas être interrompu (y

compris les antidépresseurs, antiépileptiques, morphiniques), sous peine de risque de rebond de la douleur (ou d'accident de sevrage s'il s'agissait d'opioïde fort).

Allez-vous me donner des médicaments contre la douleur à ma sortie ?

Il ne doit pas y avoir de rupture dans la prise en charge de la douleur entre les temps hospitalier et posthospitalier. L'ordonnance de sortie comporte systématiquement des antalgiques adaptés à l'intensité de la douleur. Prévoir un traitement de 2^e intention en cas d'échec (augmentation de la posologie, réduction de l'intervalle des prises, recours à un produit plus puissant). Le médecin traitant doit être informé rapidement pour prendre le relais du suivi médical.

Passage de la voie IV à la voie orale

La dose de morphine IV reçue dans les dernières 24 heures (en mg) sera multipliée par 3 pour obtenir la dose de sulfate de morphine à prescrire par voie orale sur 24 h. Cette dose sera répartie toutes les 4 h (6 prises) pour la morphine à libération immédiate (LI) ou toutes les 12 h (2 prises) pour la morphine à libération prolongée sur 12 heures (LP 12 h), ou toutes les 24 h (1 prise) pour la morphine à libération prolongée sur 24 heures (LP 24 h). Ainsi le patient qui recevait 40 mg de morphine IV par 24 h devra recevoir 120 mg de morphine par voie orale¹. En cas d'accès douloureux (*voir glossaire*) ou d'actes douloureux prévisibles, la possibilité d'interdose supplémentaire (10 % de la dose totale) doit être anticipée par le prescripteur.

Prise en charge de la douleur : la bonne démarche
Lors de la visite préanesthésique, présentation des moyens disponibles pour évaluer la douleur et les traitements utilisés (pompe à morphine, péridurale). Remise du *Contrat d'engagement contre la douleur*.

1. Soit 20 mg toutes les 4 h avec de la morphine à libération immédiate (LI) ou 60 mg toutes les 12 h avec de la morphine à libération prolongée sur 12 h (LP 12 h), ou 120 mg toutes les 24 h avec de la morphine à libération prolongée sur 24 h (LP 24 h).

Est-on

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

Suis-je vraiment migraineux ?

Les critères symptomatiques de la migraine selon la définition de l'International headache society (IHS) sont :

1. le mal de tête évolue par crises (durée de quelques heures à trois jours) entrecoupées de périodes de rémission ;
2. au moins cinq crises ont été répertoriées ;
3. le mal de tête présente au moins deux des aspects suivants : localisé d'un côté de la tête, pulsatile, accru par l'effort physique, douleur forte à très forte ;
4. 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 malade remplit les quatre critères de définition de la migraine, elle est vraiment migraineuse. Si elle en présente trois sur quatre, elle est probablement migraineuse. Dans tous les cas, l'examen clinique est normal. Il existe très souvent des céphalées de tension associées aux crises migraineuses : céphalées d'intensité modérée, peu invalidantes, elles ne s'accompagnent pas de nausées, de vomissements ou de phono/photophobie.

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, stimulations sensorielles, certains aliments, changements de rythme de vie...

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

Dois-je faire des examens ?

Si le mal de tête de la personne correspond aux critères de l'IHS et si, en dehors des crises, l'examen clinique est strictement normal, il n'y a aucune raison de procéder à un scanner, IRM ou électroencéphalogramme. Contrairement à l'idée reçue, la douleur migraineuse n'a pas de lien avec les sinus, dents, vertèbres cervicales, yeux ou vésicule biliaire. Il est donc inutile de réaliser des examens pour explorer ces organes.

■ Les pièges diagnostiques
Il faut penser à la migraine pour toute douleur de la face (frontale et périorbitaire) et devant certains troubles visuels ou digestifs.



Quels sont les risques des migraines ?

Le risque majeur de la migraine est l'évolution progressive vers une céphalée chronique quotidienne. Les crises se font de plus en plus fréquentes et, entre les crises, le mal de tête persiste. Cette évolution peut être favorisée par l'anxiété, la dépression, l'utilisation excessive de traitements de crise. Elle résulte souvent d'une prise en charge incomplète centrée sur une approche pharmacologique considérant uniquement le traitement de crise et n'intégrant pas la globalité de la maladie et ses composantes psychosociales.

Comment raccourcir la durée de mes crises de migraine ?

Le traitement de crise fait appel aux anti-inflammatoires non stéroïdiens et à des médicaments antimigraineux spécifiques vasoconstricteurs des vaisseaux méningés comme les dérivés de l'ergot de seigle et surtout les triptans. Ce traitement sera d'autant plus efficace s'il est pris au tout début de la crise.

Comment diminuer le nombre de crises migraineuses ?

Dans cette optique, il est nécessaire de repérer, et si possible d'éviter, les facteurs déclenchants. En cas de crises fréquentes, le médecin peut prescrire un traitement quotidien (traitement de fond). D'autres méthodes – relaxation, meilleure gestion du stress – se révèlent souvent très efficaces. Il est essentiel d'éduquer la personne migraineuse à différencier

■ **La migraine, maladie psychologique ?**
Non, mais des facteurs déclenchants psychologiques (stress, anxiété, émotions) sont souvent à l'origine d'une authentique crise migraineuse.

■ **La migraine chez l'enfant**
5 à 10 % des enfants sont sujets à la migraine (voir chap. 12).

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

migraine et céphalée de tension afin d'éviter l'abus de médicaments et ses conséquences : l'apparition de céphalées chroniques quotidiennes.

Pourquoi

- les dents font-elles si mal ?
- j'ai mal à l'oreille et on me conseille d'aller chez le dentiste ?
- j'ai très mal à une dent et on me dit que je n'ai rien ?

J'ai mal aux sinus, aux mâchoires, dans la bouche... à qui en parler ?

Orienter la personne malade vers son dentiste ou son médecin généraliste. Ces praticiens sauront repérer quel est le domaine de compétence requis : chirurgie dentaire, stomatologie, ORL, chirurgie maxillo-faciale, neurologie, ophtalmologie...

Pourquoi les dents font-elles si mal ?

La face est la région la plus innervée du corps. Elle assure de multiples fonctions : manger, parler, voir, sentir, entendre et communiquer. Les douleurs orofaciales sont fréquentes, souvent sévères et handicapantes socialement et psychologiquement.

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 il est nécessaire de consulter un dentiste. Car si les infections et les destructions de dents sont importantes (caries, fractures) il faut bénéficier des soins d'un dentiste. Certaines personnes n'osent pas exprimer leur phobie des soins dentaires, les soignants doivent les encourager à en parler. Il existe actuellement de nombreux moyens pour soigner sans faire mal : anesthésie locale, prémédication, Meopa...

J'ai mal à l'oreille en mangeant et l'ORL m'oriente vers un dentiste, pourquoi ?

Ces douleurs ne sont pas forcément causées par les oreilles (ni même par les dents). La personne peut souffrir au niveau des articulations de la mâchoire et des muscles de la face (arthromyalgie). Ces douleurs ont tendance à s'étendre à la tête, au cou et aux oreilles.



J'ai très mal à une dent et on me dit que je n'ai rien. Dois-je la faire arracher ?

Au niveau de la face, comme pour les autres parties du corps, des lésions nerveuses peuvent être responsables de douleur. Ces douleurs neuropathiques (voir chap. 3) se traitent avec des médicaments. La dévitalisation ou l'extraction de la dent viendrait éventuellement aggraver la douleur.

La langue et les gencives me brûlent. Personne ne me croit. Est-ce psychologique ?

Ces douleurs assez courantes sont souvent méconnues. Mal prises en charge, elles se révèlent souvent invalidantes. Les soins dentaires (dépose d'amalgame, extraction) sont inefficaces. Les spécialistes connaissent bien cette maladie (glossodynie) et peuvent proposer des traitements spécifiques. Les douleurs entrent dans deux catégories différentes : symptomatiques (candidoses, anémies) ou idiopathiques (fréquentes souvent après la ménopause)

Qu'est-ce qu'une rage de dent ?

La pulpite aiguë est une douleur inflammatoire profonde, spontanée, exacerbée par la position allongée. Le traitement doit être strictement antalgique dans l'attente d'une consultation dentaire. Recourir aux antibiotiques est inutile. Quand la pulpe dentaire est infectée, le signe clinique majeur est la douleur à la percussion : dent intouchable. Le drainage chirur-

gical s'impose. Le recours aux antibiotiques relève de l'étendue de l'infection et des facteurs de risque propres à la personne.

Comment prendre en charge une arthromyalgie ?

La prise en charge est comparable à celles des lombalgies. Fréquentes, les arthromyalgies sont fortement corrélées à des états de stress et des déséquilibres hormonaux. Elles sont souvent la manifestation faciale de myalgies généralisées. La résolution spontanée est de l'ordre de 50 %. Privilégier en 1^{re} intention les approches fonctionnelles et pluridisciplinaires (explications, traitements physiques, pharmacologiques, orthopédiques, relaxation, thérapies cognitivo-comportementales, réadaptation fonctionnelle). Réserver le recours à la chirurgie (maxillo-faciale, dentaire, orthodontique ou prothétique) aux cas de dysmorphoses congénitales ou acquises avérées.

Soins dentaires pour les enfants, les personnes handicapées et les personnes phobiques

Dans le cadre de l'AMM (voir glossaire), le Meopa (voir glossaire) est recommandé pour les soins dentaires délivrés auprès de ces personnes. Actuellement cette prescription est réservée aux odontologues spécialement formés (voir chap. 12).

Neuropathies dentaires et maxillaires

Ces douleurs sont souvent iatrogènes et rebelles. La spécificité de l'innervation trigéminal explique la complexité et la sévérité de ces douleurs. Mal connues, elles ont tendance à conduire à des traitements chirurgicaux inutiles qui majorent la douleur.

Pourquoi

- j'ai mal au dos ?
- on ne m'a pas refait de radio ?
- les médicaments ne sont pas suffisants ?

Pourquoi j'ai 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.

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, travail physique de perception sensitivo-motrice ;
 - reconditionnement à l'effort, restauration fonctionnelle du rachis avec remise en confiance (réapprendre à faire plutôt qu'à éviter). (Voir Chap.18).
- 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.

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 et ne dominent jamais le tableau.



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 itérative : risque de déconditionnement à l'effort, de désocialisation, voire de licenciement...

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.

sociale, professionnelle et l'amélioration de la qualité de vie. Cette prise en charge doit être mise en œuvre précocement : dès qu'une lomalgie commence à devenir chronique.

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 existant dans une structure spécialisée dans la prise en charge de la douleur chronique ou une structure de rééducation et réadaptation dédiée à la lomalgie chronique.

■ **Prescrire un arrêt de travail ?**
Dans les douleurs chroniques lombaires, un arrêt de travail n'est pas une vraie solution. Il peut même s'avérer néfaste. Il risque de diminuer la tolérance de la douleur, de provoquer un déconditionnement physique et d'enfermer la personne dans les cercles vicieux de la douleur et de ses conséquences.

Qu'apporte une prise en charge multidisciplinaire ?

Les programmes multidisciplinaires de réadaptation à l'effort conjuguent, dans des proportions variables, techniques psycho-corporelles, thérapies cognitivo-comportementales, éducation posturale, reconditionnement physique, conseils et aménagements ergonomiques... Cette prise en charge pluridisciplinaire des dimensions somatique, psychologique, sociale a pour finalité une réinsertion familiale,

Est-ce que

- **mon cancer s'aggrave : j'ai de plus en plus mal ?**
- **la chimiothérapie va soulager mes douleurs ?**
- **je risque des brûlures à cause des rayons ?**

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 la douleur n'est pas toujours liée à une évolution de la maladie. De nombreuses autres causes peuvent intervenir : arthrose, lombalgie, douleur postopératoire, effets du traitement, anxiété...

Pourquoi ai-je des douleurs, ma tumeur est toute petite ?

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 hyperalgiques.

Quels sont les effets des rayons sur ma douleur ?

Les rayons peuvent diminuer le volume de la tumeur, ce qui soulage 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 peut varier de 1 à 10 habituellement. Ce nombre est calculé selon des normes très précises. Ce soulagement n'est pas forcément immédiat, il peut être retardé de plusieurs semaines. A contrario, il arrive que les rayons entraînent une inflammation transitoire et aggravent les douleurs quelques jours. Il est alors nécessaire d'augmenter la dose du traitement antalgique et/ou d'introduire des anti-inflammatoires (souvent des corticoïdes) pendant cette période.

Quelles peuvent être les conséquences de l'irradiation ? Dois-je craindre des brûlures ?

Il peut être nécessaire de prévoir un traitement préventif de la douleur lors de l'installation de la personne sur la table d'exposition. Cette table est

Rémission et persistance de douleur

Les traitements peuvent entraîner des douleurs séquellaires. Elles sont souvent neuropathiques. Elles doivent être impérativement prises en charge. Toute modification de ces douleurs ou toute nouvelle douleur doit conduire à rechercher une récurrence.

de la position à adopter peut être douloureuse comme il arrive souvent en radiologie. Le risque d'inflammation des organes irradiés et de séquelles à long terme est de plus en plus faible car les calculs de doses sont devenus extrêmement précis. Il peut survenir quelques brûlures semblables à celles d'un coup de soleil. Elles sont temporaires et doivent faire l'objet d'un traitement local et d'une prescription d'antalgiques.

Est-ce que la chimiothérapie va soulager mes douleurs ?

La chimiothérapie diminue le volume de la tumeur, ce qui soulage le plus souvent la douleur, mais elle n'a pas d'action anti-inflammatoire spécifique. Elle peut être aussi responsable de douleurs : certaines molécules sont toxiques pour d'autres tissus (les muqueuses). D'éventuels effets sur les fibres nerveuses provoquent – surtout au niveau des mains et des pieds – des perceptions de fourmillements, de brûlure, de décharges électriques... (Voir chap. 3.)

Je prends de la morphine, peut-elle cacher une récurrence de mon cancer ?

Les médicaments opioïdes 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, elle est à même de mieux constater et signaler tout signe anormal.

Si je commence déjà à prendre de la morphine, pourra-t-on me soulager plus tard, même si ça va encore plus mal ?

Il n'y a pas de dose de morphine maximale. La dose administrée se module selon son seuil d'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 posologie ou d'élaborer une autre stratégie.

Est-ce que je cours le risque de dépendance à la morphine ?

La morphine utilisée comme antalgique, s'il n'y a pas erreur d'indication, ne rend pas dépendant. Quand la personne est soulagée, il est possible de diminuer progressivement les doses jusqu'à l'arrêt complet, sans problème.

Morphine et dépendance
La morphine utilisée comme antalgique n'entraîne pas de dépendance. Il est toujours possible d'arrêter un traitement de morphine s'il est devenu inutile.

Est-ce que



- les bébés ressentent la douleur ?
- les enfants souffrent de migraines ?
- c'est possible de donner de la morphine à un enfant ?

À partir de quel âge a-t-on mal ?

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.

Y a-t-il des douleurs utiles pour l'enfant ?

Les bosses, les chutes... sont nécessaires pour lui apprendre 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 provoquées par un acte médical (intervention chirurgicale, ponction lombaire, paracentèse) sont des expériences négatives parfois déstructurantes. Il est donc impératif de prévenir et de traiter ces types de douleurs.

Que faire pour les soins douloureux ?

La douleur prévisible lors de soins et examens (piqûres, pansements, pose de sondes), mais aussi de gestes quotidiens (déplacer l'enfant, faire sa toilette), doit être prévenue systématiquement. L'utilisation de la crème anesthésiante et l'inhalation de Meopa (*voir glossaire*) sont fondamentaux pour cette prévention. Il est important de solliciter – en toute circonstance – l'avis de l'enfant et de favoriser sa participation aux soins (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'en-

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 3*). Il utilise des métaphores et des images évocatrices ou des dessins. Il n'existe pas de critères diagnostiques validés comme chez l'adulte mais l'adaptation d'outils d'aide au diagnostic validés chez l'adulte (DN 4) permet actuellement une meilleure reconnaissance de ces douleurs. Elles doivent être recherchées systématiquement.

fant même s'il peut s'autoriser plus facilement à exprimer sa détresse.

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 qui 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 (0,2 mg/kilo toutes les 4 heures par voie orale). 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

■ **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 3-4 ans, l'enfant peut dire lui-même *combien* il a mal en lui proposant 3 niveaux (*un peu/beaucoup/très mal*) ou/et l'échelle de visage. À partir de 5-6 ans, on utilise la réglette (EVA) ou/et l'échelle de visage. À partir de 7 ans, en donnant une note entre 0 et 10 (échelle numérique). Pour les plus jeunes ou les enfants non communicants, les soignants disposent de grilles d'observation du comportement et des échelles OPSN EDIN, DEGR... accessibles sur le site www.cnrd.fr. Les parents peuvent également repérer si l'enfant présente des modifications dans ses activités : pleurs, jeu, sommeil, appétit, humeur...

quand la morphine est prescrite pour soulager ce type de douleur (*voir chap. 15*).

Les enfants sont-ils sujets à la migraine ?

Contrairement à l'idée reçue, la migraine est très fréquente chez les enfants (entre 5 et 10 % des enfants de moins de 15 ans, recommandations ANAES 2002). 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 inaugurale, une photo-phonophobie 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.

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 migraine, une maladie psychologique ?**
Non mais les facteurs déclenchants psychologiques (stress, anxiété, émotions) sont souvent à l'origine d'une authentique crise migraineuse.

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

13. Populations à risque :

personnes non-communicantes, personnes polyhandicapées, personnes âgées non-communicantes...

Doit-on

- **considérer qu'une personne âgée ou polyhandicapée qui ne se plaint pas, n'a pas mal ?**
- **prendre des précautions particulières face à une personne âgée ou polyhandicapée pour prévenir un geste douloureux ?**

Doit-on considérer qu'une personne qui ne se plaint pas, n'a pas mal ?

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

Quand les personnes ont des difficultés pour s'exprimer, comment évaluer leur douleur ?

Cette évaluation se fait à partir d'un axiome: *toute modification de comportement chez une personne polyhandicapée peut correspondre à une douleur*. Quand une personne ne peut s'exprimer oralement, le message passe par son corps et son comportement. L'observation permet d'apprécier l'intensité de sa douleur. Ce sont surtout les modifications par rapport aux jours précédents qui doivent alerter (gémissements, grimaces, raidissement, agitation, gestes pour protéger certaines parties du corps) et d'autres signes comme le repli sur soi, le refus de s'alimenter, les troubles du sommeil, l'irritabilité... L'utilisation régulière des grilles d'évaluation facilite le repérage de ces modifications.

Les personnes non communicantes
On doit rechercher systématiquement les douleurs chez toute personne présentant des troubles de la communication : personnes aphasiques, troubles de la conscience, patients intubés, troubles psychiatriques, personnes non francophones...

Doit-on prendre des précautions particulières avec les personnes non-communicantes, les personnes polyhandicapées ou les personnes âgées non communicantes pour prévenir un geste douloureux ?

Pour ces personnes dont la coopération fait très souvent défaut, une organisation particulière est à prévoir avant de réaliser un geste douloureux, par principe éthique et pour éviter des réactions incontrôlables (retrait ou agitation). Selon le geste à effectuer, les professionnels de santé utilisent entre autres : des anesthésiques locaux, des inhalations de Meopa (*voir glossaire*) ou d'autres techniques pour la réalisation du geste douloureux (*voir chap. 6*).



Quelles sont les douleurs les plus fréquemment rencontrées chez les personnes non-communicantes, les personnes polyhandicapées ou les personnes âgées non communicantes ?

Les douleurs les plus fréquentes sont liées aux points d'appui et aux postures, qu'il s'agisse d'immobilisation ou de mobilisation des personnes (séances de kinésithérapie, toilette). Ces douleurs sont d'origine ostéo-articulaire, musculo-tendineuse ou cutanée. D'autres douleurs sont consécutives à la chirurgie ou aux gestes invasifs (pose de cathéter, sonde, prélèvements de sang ou d'urine). Certaines douleurs sont associées à des complications (ulcères variqueux, escarres, problèmes dentaires).

Quel est le risque à ne pas reconnaître et ne pas traiter la douleur chez les personnes non-communicantes, les personnes polyhandicapées ou les personnes âgées non communicantes ?

En rappelant l'aspect éthique et soulignant le risque vital (signal d'alarme méconnu) que provoque cette ignorance, une douleur persistante non soulagée entraîne une aggravation du handicap, accélère la perte d'autonomie, favorise le repli sur soi...

Quels sont les outils d'évaluation de la douleur des personnes âgées ou polyhandicapées

Grille San Salvador, Echelle Doloplus 2 et Echelle comportementale personne âgée (ECPA) constituent des supports d'hétéro-évaluation destinés à repérer et à graduer la douleur malgré les troubles de communication verbale. Ces grilles peuvent être consultées sur les sites : www.cnrdr.fr et dans les recommandations ANAES (*voir bibliographie*).

Polypathologie et polymédication
Vigilance accrue
 Les personnes âgées non communicantes ou polyhandicapées sont particulièrement sensibles aux associations de traitements qui peuvent multiplier les effets indésirables. Les médicaments antalgiques surdosés provoquent des problèmes de désorientation, des risques de chute... Il faut bien adapter les modalités thérapeutiques pour éviter un risque iatrogène important. Il peut être efficace d'envisager d'associer des traitements non médicamenteux (*voir chap. 16*).

Quels sont



- les critères de choix d'un traitement antalgique ?
- les associations d'antalgiques justifiées ou contre-indiquées ?
- les modalités de traitement des douleurs neuropathiques ?

Comment choisir un médicament antalgique ?

En association avec le traitement étiologique, la prescription doit tenir compte du mécanisme de la douleur (nociceptive, neuropathique), de ses caractéristiques (pathologie causale, type, intensité, durée, localisation), des données psychosociales, des pathologies associées et de leurs traitements, et des prescriptions antalgiques en cours (y compris une éventuelle automédication).

Les douleurs psychogènes
Elles ne relèvent jamais de prescriptions d'opioïdes.

Quels sont les médicaments de la douleur ?

Pour les douleurs nociceptives, il est recommandé d'utiliser des antalgiques périphériques (paracétamol, aspirine, AINS) des opioïdes faibles et forts, des anesthésiques locaux (lidocaïne, crème anesthésiante) et le Meopa (*voir glossaire*). Pour les douleurs neuropathiques, on prescrit certains antidépresseurs et antiépileptiques.

Information aux personnes malades
Les personnes et leur entourage doivent absolument être informés des effets indésirables des antalgiques prescrits, en particulier le risque de somnolence... La conduite automobile doit être contre-indiquée en cas de signe manifeste de dépression du système nerveux central.

Pour une douleur nociceptive, quelles sont les modalités pratiques d'administration des antalgiques ?

La stratégie thérapeutique dépend de l'intensité, du décours temporel de la douleur et de la cinétique d'action du produit choisi. L'ajustement posologique interviendra rapidement en fonction de l'efficacité ou des effets indésirables du traitement. La douleur continue nécessite un traitement de fond. Le déclenchement d'accès douloureux (*voir glossaire*) implique la prescription d'interdoses. 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). (*Voir chap. 15.*)

Quelles sont les associations d'antalgiques justifiées ou contre-indiquées ?

Les associations se justifient quand il y a synergie pharmacologique (paracétamol/codéine, AINS/opioïde, anesthésiques locaux/Meopa). Elles sont

contre-indiquées en cas d'antagonisme entre deux produits (morphine/buprénorphine). L'association de morphine à libération immédiate (LI) et libération prolongée (LP) est conseillée pour la titration orale et le contrôle des accès douloureux (*voir chap. 15*).

Contre-indication
L'association de deux opioïdes à LP (Fentanyl patch/Morphine LP) est à proscrire par risque de surdosage.

Quelles sont les causes principales d'échec d'un traitement médicamenteux de la douleur ?

Il peut s'agir : d'une erreur d'indication (morphine prescrite pour une crise migraineuse, douleur psychogène), d'une erreur de posologie ou de voie d'administration, d'une absence de suivi (efficacité, ajustement posologique, effets indésirables mal contrôlés, mauvaise observance), d'une insuffisance de prise en compte des facteurs psycho-sociaux.

Composante d'un succès
La réussite d'un traitement est aussi liée à la qualité relationnelle soignant-patient, et à la précision de l'information donnée à la personne malade.

Comment traiter les douleurs nociceptives ?

De faible intensité

Utiliser les antalgiques de niveau 1 : antalgiques périphériques non opioïdes (paracétamol, anti-inflammatoires non-stéroïdiens). En cas d'inefficacité (évaluation après 24 heures) passer au niveau 2.

D'intensité modérée

Utiliser les antalgiques de niveau 2 : antalgiques opioïdes faibles (codéine, tramadol, dextropropoxyphène et associations avec du paracétamol). Assurer un suivi régulier (en particulier si les sujets sont fragiles), car ces opioïdes faibles ont des effets indésirables (constipation, baisse de vigilance). Les prescrire avec prudence tant dans la posologie que dans la durée.

D'intensité forte

Utiliser les antalgiques de niveau 3, antalgiques opioïdes forts (produit de référence : la morphine). Actuellement, on dispose en France d'autres produits : hydromorphone, oxycodone, fentanyl. Le fentanyl se présente sous trois formes galéniques : patch transdermique, dispositif pour application buccale transmuqueuse et solution injectable. (*Voir chap. 15*).

Comment traiter les douleurs neuropathiques ?

Les traitements utilisés en 1^{re} intention sont les antidépresseurs et les antiépileptiques. Les objectifs de ces traitements doivent être clairement présentés aux patients. Il est essentiel de faire comprendre que la prescription de ces médicaments est entièrement liée à leur action sur la douleur sans que cela signifie que les personnes soient ou déprimées ou épileptiques. Le traitement doit débuter par une posologie faible : le quart de la posologie habituelle. Il faut tenir compte des effets indésirables (nausées, vomissements, somnolence) pour adapter la posologie.

Niveaux 1, 2, 3 de l'oms

Le passage à niveau supérieur dans l'ordre 1, 2, 3 n'est pas systématique. Le choix d'un niveau s'effectue en fonction de l'intensité de la douleur et de ses composantes. Ainsi certaines douleurs chroniques non cancéreuses ne justifient pas l'accès au niveau 3 (*voir chap. 14*). Alors qu'une douleur aiguë nécessite dans certains cas (traumatologie) le choix d'emblée du niveau 3.

Simultanéité et classe pharmacologique

Ne pas utiliser simultanément 2 produits de la même classe pharmacologique (par exemple : 2 antidépresseurs).

Opioïdes et contre-indications

Crises migraineuses, céphalées chroniques, névralgies faciales essentielles, douleurs psychogènes

Quand



- prescrire un traitement avec un opioïde faible? Un opioïde fort?
- débiter un traitement avec la morphine?
- utiliser les autres opioïdes?

Qu'est-ce que 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). 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) soit des opioïdes de synthèse (dextropropoxyphène, tramadol). Ils peuvent être prescrits sous différentes formes galéniques : comprimé, gélule, solution buvable et injectable, patch...

Les contre-indications des opioïdes

Crises migraineuses, céphalées chroniques, névralgies faciales essentielles, douleurs psychogènes.

Où agissent les opioïdes ?

Les molécules agissent sur les récepteurs des opioïdes endogènes et miment leur action. Les sites antalgiques sont principalement médullaires, supra-médullaires et périphériques lors d'une inflammation. Il existe des récepteurs opioïdes dans la plupart des organes, ce qui explique d'autres effets (myosis, nausées, constipation).

Tableau des Opioïdes faibles et forts et des agonistes partiels-antagonistes, agonistes antagonistes et antagonistes purs

Type d'opioïde	Agonistes purs	Agonistes partiels-antagonistes Agonistes-antagonistes Antagonistes purs
Faibles	codéine dextropropoxyphène dihydrocodéine tramadol	
Forts	alfentanil fentanyl hydromorphone méthadone* morphine oxycodone péthidine sufentanil	buprénorphine nalbuphine pentazocine

* En France la méthadone n'a pas d'AMM pour la douleur.



Quand prescrire un traitement par opioïde faible (de niveau 2) ?

Les opioïdes faibles sont prescrits pour des douleurs nociceptives modérées, soit d'emblée, soit lors d'échec d'un antalgique de niveau 1 (paracétamol, AINS). 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.

Quelles sont les indications des opioïdes forts (de niveau 3) ?

La prescription d'opioïdes forts est particulièrement 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).

Pour la douleur du cancer, comment débiter 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 inter-individuelles, il faut toujours réaliser une titration (*voir glossaire*) initiale. Le traitement utilise des formes orales à libération

■ ■ **Nalbuphine**
La nalbuphine (souvent classée en niveau 3) possède une puissance limitée par son effet plafond ; en cas d'échec de ce produit, il faut savoir passer rapidement à une molécule plus efficace (morphine...)

La défaillance viscérale

En période terminale, ou en cas de défaillance polyviscérale un traitement par opioïdes peut s'appliquer en cas de douleur sévère. La posologie sera adaptée pour soulager la douleur et non accélérer la fin de vie.

Interdoses

Utilisées pour la titration et le contrôle des accès douloureux (*voir glossaire*) (prévisibles ou non) sous forme LI (*voir glossaire*) (10 % de la dose de 24 heures). Une personne qui reçoit 400 mg de morphine/24 heures, aura des interdoses de 40 mg.

immédiate ou libération prolongée en association avec des interdoses. 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.

Pour la douleur du cancer, comment effectuer la titration initiale ?

La posologie initiale est habituellement de 60 mg/jour :

- soit 6 fois 10 mg de morphine LI (*voir glossaire*) ;
- soit 2 fois 30 mg de morphine LP (*voir glossaire*).

Si la personne n'est pas soulagée, prescrire des interdoses (5 à 10 mg) en respectant au minimum une heure entre chaque prise jusqu'à 6 à 8 prises par 24 heures.

La posologie initiale sera diminuée de moitié environ chez les personnes fragiles (grand âge, insuffisants hépatiques, insuffisants rénaux, dénutris...).

Quels sont les principaux effets indésirables des opioïdes ?

En administration chronique, la constipation est pratiquement inévitable et nécessite d'emblée 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 ten-

Important : cas particulier

Si un malade prend 4 interdoses successives à une heure d'intervalle, sans obtenir de soulagement, une réévaluation médicale voire une hospitalisation s'imposent. Il n'y a pas de limite supérieure aux doses d'opioïdes agonistes forts tant que les effets indésirables sont contrôlés.

dance eux aussi à s'éliminer 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. L'hydromorphone (forme LP), l'oxycodone (LI et LP), le fentanyl (patch transcutané à LP 72 heures) sont indiqués dans le traitement des douleurs d'origine cancéreuse en cas de résistance ou d'intolérance à la morphine. Le profil pharmacocinétique du patch de fentanyl doit inciter à une grande prudence chez la personne âgée ou fragile. Le patch agit au bout de 12 heures, il faut donc, en même temps que la pose du patch, assurer l'antalgie de cette période de 12 heures. Il ne faut pas oublier qu'après le retrait du patch il reste encore actif durant 15 à 17 heures.

Et pour les douleurs chroniques non cancéreuses ?

La morphine est le seul opioïde qui ait l'AMM (*voir glossaire*) pour le traitement des douleurs non cancéreuses. La prescription n'est jamais systématique, de première intention, ni une solution en elle-même. Dans les douleurs nociceptives non cancéreuses,

cette prescription s'intègre dans un projet thérapeutique global avec des objectifs clairement définis (soulagement significatif avec amélioration fonctionnelle, reprise des activités). La prescription résulte obligatoirement d'une évaluation rigoureuse de l'ensemble des composantes (notamment psychosociales) de la douleur.

Pour les douleurs non cancéreuses, quel suivi ?

La prescription est effectuée par un même médecin qui, à tout moment, doit pouvoir remettre en cause l'indication du traitement. Ces signes d'alerte peuvent être : un soulagement partiel (voire nul) mais une activité améliorée par l'effet psychique de l'opioïde, la nécessité d'augmenter les doses en dépit d'une pathologie non évolutive, la perte récurrente d'ordonnance, le non-respect du suivi régulier (nomadisme médical...).

Pour les douleurs non cancéreuses, quand faut-il arrêter le traitement ?

Il est recommandé d'interrompre le traitement si la personne ne respecte pas les règles de la prise en charge, si le soulagement est insuffisant à la fin du premier mois, si l'amélioration de la symptomatologie douloureuse et la qualité de la vie de la personne sont liées à d'autres traitements (non médicamenteux par exemple). Le prescripteur devra arrêter progressivement le traitement et rechercher avec la personne une autre solution thérapeutique. Au moindre doute sur l'indication d'un traitement par

DCNC
L'intérêt de la prescription d'opioïdes dans le traitement des douleurs chroniques non cancéreuses (DCNC) doit être évalué avec précision afin de ne pas administrer un médicament peu ou pas efficace, et de plus susceptible d'induire une toxicomanie iatrogène.

Douleurs mécaniques ou inflammatoires
Certaines poussées de douleurs rhumatismales inflammatoires sont mieux contrôlées, en 1^{re} intention, par des anti-inflammatoires plutôt que par des opioïdes. L'horaire et la posologie des prises d'opioïdes doivent être modulés selon le rythme de la douleur et les exigences de l'activité de la personne.

opioïde fort, il faut faire appel à une équipe entraînée (structure de lutte contre la douleur chronique rebelle).

Pour les douleurs non cancéreuses, quelles modalités de titration ?

Adapter la forme galénique au rythme journalier de la douleur et aux facteurs déclenchants. Choisir de préférence la morphine LP en excluant les produits LP de plus de 12 heures. Débuter le traitement par une posologie faible 10 à 20 mg de morphine, deux fois par jour, avec une adaptation posologique progressive. La dose maximale de morphine/jour est de 120 mg. Ne jamais utiliser la voie sous-cutanée, intraveineuse ou transdermique. Programmer une consultation de réévaluation hebdomadaire le premier mois. En cas d'échec, orienter la personne vers une équipe spécialisée.

■ Douleur neuropathique et opioïdes
Les douleurs neuropathiques réagissent de manière peu prévisible aux opioïdes qui ne peuvent s'envisager qu'en 2^e intention (épuisement de tous les traitements spécifiques) après avis spécialisé (de préférence par une équipe entraînée et multidisciplinaire).

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.

Associations contre-indiquées d'opioïdes
Des agonistes partiels et/ou antagonistes (*voir glossaire*) – buprénorphine, nalbuphine – ne doivent jamais être associés, sauf exception, aux agonistes purs (risque de compétition sur les récepteurs).

Comment arrêter un traitement avec un opioïde fort ?

Prescription	Modalité d'arrêt
Durée de prescription inférieure à 48 heures	Arrêt simple
Doses de morphine inférieures à 60 mg/jour, durée de prescription inférieure à 7 jours	Opiïde faible
Doses de morphine supérieures à 60 mg/jour, durée de prescription supérieure à 7 jours	Diminution par paliers de 30-50 %

Comment rédiger une ordonnance ?

Les prescriptions d'opioïdes forts doivent être rédigées en toutes lettres sur des **ordonnances sécurisées** difficilement falsifiables. Ces ordonnances sont commandées auprès d'imprimeurs agréés dont la liste actualisée peut se retirer auprès du Conseil de l'Ordre des Médecins. Toutes les formes de morphine peuvent être prescrites pour une période maximale de 28 jours. Pour les formes injectables d'opioïdes, la durée de prescription est de 7 jours (sous-cutanées ou intraveineuses). Cette durée est de 28 jours lors d'utilisation d'un *système actif de perfusion*.

16. Moyens non pharmacologiques, principales approches alternatives

Qu'est-ce que

- la neurostimulation ?
- la méthodologie psycho-corporelle ?
- l'hypnose ?

Peut-on soulager ma douleur autrement que par la prise de médicaments ?

Il existe des techniques non médicamenteuses pour soulager la douleur. Les traitements physiques sont nombreux : massages, kinésithérapie, physiothérapie (application de chaleur, de froid, de courant électrique), balnéothérapie, contentions (corset de maintien lombaire, collier de mousse, strapping), éducation posturale et gestuelle. D'autres méthodes, dites psycho-corporelles ou comportementales, permettent d'apprendre à diminuer l'anxiété et le stress, ce qui a pour effet de minorer la perception de la douleur. D'autres

■ ■ La qualité relationnelle entre la personne et le professionnel de santé, des explications simples et claires sur la maladie et son traitement sont les prérequis de toute prise en charge antalgique.

recours thérapeutiques – acupuncture, ostéopathie, homéopathie ou mésothérapie – bien que non confirmés scientifiquement, peuvent être efficaces auprès de certaines personnes.

Que m'apporte la neurostimulation ?

La neurostimulation transcutanée consiste à appliquer sur le territoire douloureux un courant électrique de faible intensité délivré par un boîtier porté à la ceinture. La personne ressent alors une sensation non douloureuse. Cette stimulation tactile superficielle *ferme la porte* à la transmission de la douleur. Après une *séance test*, lors de la consultation initiale pour ajuster les paramètres (localisation, intensité, fréquence), le courant est appliqué par la personne en ambulatoire, soit par intermittence (par exemple lors d'une à deux séances par jour d'une vingtaine de minutes environ) soit en continu sur la journée. L'ajustement se fait en fonction de la durée du soulagement perçu. La neurostimulation transcutanée proposée dans les structures de prise en charge de la douleur chronique rebelle est partiellement remboursée par l'Assurance Maladie. Des équipes spécialisées maîtrisent d'autres techniques de neurostimulation non plus périphérique mais centrale.

Autres méthodes

D'autres modalités thérapeutiques antalgiques sont liées à l'électricité : le courant continu pour une galvanisation ou une ionisation.

En quoi consistent les méthodes psycho corporelles ?

L'apprentissage des techniques de relaxation (training autogène, sophrologie) s'effectue en séance individuelle ou en groupe. Des consignes *ritua-*

lisées (sensation de relâchement, de lourdeur, de chaleur, de bien-être, respiration profonde, image-rie mentale) sont progressivement mises en place au fur et à mesure des acquisitions du patient. Selon les méthodes, une période de verbalisation sur les perceptions, les expériences ressenties, les difficultés rencontrées, est réalisée.

Comment agit l'hypnose ?

L'hypnose induit une modification de l'état de conscience plus prononcée (un état de relaxation y est souvent associé). Le professionnel instaure une relation spécifique avec la personne pour l'accompagner, la guider en lui proposant des images mentales agréables de confort, de bien-être. La suggestion directe centrée sur le symptôme (disparition de la douleur) n'est pas toujours la règle. En auto-hypnose, la personne apprend en plusieurs séances à retrouver seule rapidement cet état de conscience modifié, déconnecté partiellement de l'environnement externe.

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.

La modification de la perception de la douleur obtenue renvoie à plusieurs types d'explication :

- la diminution de l'anxiété souvent très importante chez les personnes douloureuses chroniques ;

- l'apprentissage du *lâcher prise* chez les personnes hypervigilantes (migraineux) ;
- la mobilisation des ressources psychiques personnelles ;
- une perception du corps, nouvelle et différente (agréable) ;
- le décentrage du symptôme, le déconditionnement, le détournement de l'attention...

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, d'autres professionnels de santé les utilisent en se concentrant sur la modification de la perception de la douleur. Quel que soit le champ, une sélection préalable des patients doit être effectuée en respectant les contre-indications.

Données expérimentales

En relaxation profonde, on peut observer une action sur le système nerveux autonome : diminution de la fréquence cardiaque et vasodilatation cutanée... Sous hypnose, il est possible d'augmenter les seuils thermiques de perception de la douleur

Traitement antimigraineux

Le recours aux méthodes psychocorporelles en traitement de fond de la migraine est recommandé par l'ANAES (voir bibliographie), en particulier chez l'enfant et l'ado-

lescent : « Les données de la littérature permettent de conclure à l'efficacité de la relaxation, du rétro-contrôle, des thérapies comportementales et cognitives dans la prévention de la migraine chez l'enfant et l'adolescent,

où ces méthodes sont préférables de première intention aux traitements médicamenteux. Il n'est pas possible de conclure à la supériorité d'une de ces thérapies par rapport aux autres. »

Comment



Prescripteurs

- définir le placebo ? L'effet placebo ?
- *ça marche* un placebo ?
- valoriser l'effet placebo ?

Comment définir le placebo ?

Le placebo est un moyen construit pour simuler une thérapie médicale, alors qu'il n'est pas scientifiquement censé posséder de propriétés thérapeutiques spécifiques sur la cible choisie.

Comment définir l'effet placebo ?

L'effet placebo consiste en tout effet attribuable à un médicament, une médication, une exploration, un acte, un geste, indépendamment de ses propriétés pharmacologiques ou spécifiques. L'effet placebo n'est pas toujours lié à un procédé thérapeutique, il peut résulter de la qualité relationnelle soignant-patient. Inversement, en présence de l'aggravation

d'un symptôme ou de la maladie, on parle d'effet placebo négatif, ou d'effet nocebo.

Comment ça marche ?

Plusieurs mécanismes sont associés.

- Les mécanismes cognitifs : anticipation du soulagement de la douleur (facilitée par l'attente positive du malade) et suggestion d'efficacité faite par le prescripteur. Efficacité favorisée par la conviction du praticien et la confiance de la personne malade.
- La réduction de l'anxiété : explications, réassurance et attitude de soutien (empathie) des soignants.
- L'activation des systèmes opioïdes : plusieurs études récentes (*voir bibliographie*) montrent que l'effet placebo est associé à une libération de substances pharmacologiquement actives dont les opioïdes endogènes. C'est aussi par activation de systèmes opioïdes que l'activité des médicaments antalgiques est renforcée d'un effet placebo comme il a été démontré (*voir bibliographie*). Dès lors que des mécanismes neurobiologiques sont identifiés dans le cadre de l'antalgie placebo, il n'apparaît plus rationnel de définir le placebo comme étant totalement dépourvu d'activité spécifique sur le symptôme. L'effet placebo est réellement antalgique ; il est omniprésent dans toute activité thérapeutique y compris la chirurgie.





Un sujet placebo-répondeur est-il psychologiquement fragile ?

Aucune étude n'a conclu sur ce sujet : les personnes qui répondent positivement au placebo ne présentent pas de profil psychologique spécifique. Toute personne malade peut un jour ou l'autre être *placebo-répondeur*.

Si le placebo est efficace une fois, le sera-t-il après ?

La reproductibilité de l'effet placebo n'est pas la règle. Rien ne peut laisser présager qu'une personne placebo-répondeur le sera encore le lendemain ou dans une autre circonstance.

Peut-on prescrire un placebo ?

En tant que test thérapeutique, la prescription délibérée d'un placebo n'est plus admissible. Comme traitement antalgique, la prise en compte de toutes les composantes de la douleur du malade et la mise en place de protocoles antalgiques permettent d'éviter d'y recourir.

Comment valoriser l'effet placebo ?

S'il n'y a pas lieu de prescrire un produit placebo, il faut par contre valoriser au maximum l'effet placebo lors de toute proposition thérapeutique, c'est-à-dire tout mettre en œuvre pour développer une relation de confiance soignant/patient.

■ Une douleur soulagée par un placebo est-elle une douleur psychogène ?
La réponse (positive ou négative) au placebo n'a aucune valeur diagnostique quant au mécanisme de la douleur. L'effet antalgique placebo s'observe dans tous les types de douleur. Le placebo n'a aucune valeur en tant que test thérapeutique

■ La mauvaise image de l'effet placebo
Les professionnels de santé ont en général une représentation erronée de l'effet placebo. Sa constatation perturbe et dérange les praticiens et les équipes soignantes, elle induit des attitudes négatives vis-à-vis du malade. La plainte du malade est alors disqualifiée. Cette suspicion ruine la confiance indispensable à toute relation de soin.

Quand recourt-on systématiquement à un placebo ?

Pour démontrer l'efficacité spécifique d'une nouvelle molécule, comme tout traitement a un effet placebo, il est nécessaire de recourir à des études randomisées en double aveugle contre un placebo. Cette utilisation pour conserver un cadre éthique doit comporter la possibilité d'une prescription antalgique de secours efficace pour le groupe placebo lorsque le niveau de la douleur atteint un seuil prédéfini.

18. Structures de prise en charge de la douleur chronique rebelle

Est-ce possible

- d'avoir mal depuis des années ?
- d'avoir mal sans arrêt : c'est dans ma tête ou dans mon corps ?
- qu'on me dirige vers la consultation d'Évaluation et de traitement de la douleur (CETD) ?

Est-ce possible d'avoir mal depuis des années ? Que peut-on faire ?

Par définition une douleur chronique rebelle aux traitements usuels peut durer des mois, parfois des années : au minimum 3 mois selon la définition de l'International association for the study of pain. Cette douleur nécessite d'être évaluée sous tous ses aspects (somatiques et psycho-sociaux), avant d'envisager une thérapie adaptée.

Quelles sont les causes des douleurs chroniques ?

Ces douleurs ont des origines diverses. Il existe des douleurs dues au cancer (évolution de la maladie ou séquelles des traitements) ou au VIH, des douleurs chroniques d'origine neurologique par lésion du système nerveux périphérique ou central, des douleurs rhumatologiques et musculo-squelettiques... Dans tous les cas, ces douleurs sont pluridimensionnelles mêlant aux facteurs somatiques une dimension psycho-affective. À l'inverse, une maladie dépressive peut s'exprimer uniquement sur un mode douloureux (céphalées, lombalgies).

Quels sont les mécanismes des douleurs chroniques rebelles ?

Ces *douleurs-maladie* ont des retentissements généraux au-delà de l'organe ou de la partie du corps concernés. La composante psycho-affective de la douleur est déterminante. La personne malade amplifie parfois inconsciemment sa plainte de peur que sa douleur soit niée ou mal comprise par son entourage familial et professionnel. La crainte que cette douleur soit mise en doute par des soignants consultés et placés en échec thérapeutique. À la plainte douloureuse s'ajoutent une fatigabilité anormale, une perte d'intérêt, des troubles de l'attention ou du sommeil, une modification du comportement (repli sur soi, baisse d'activité, désinvestissement général...).

+ **Douleur chronique, douleur aiguë**
L'approche médicale de la douleur aiguë (recherche étiologique et traitement de la cause) est très souvent inadaptée à la douleur chronique rebelle sous peine d'être inefficace et même iatrogène (actes invasifs inadaptés). Si la douleur reste difficile à contrôler, le traitement sera à visée essentiellement réadaptative. C'est souvent le cas lors d'une longue évolution négligée.

J'ai toujours aussi mal, faut-il arrêter d'en chercher la cause ?

L'excès de recours à la médecine (nomadisme médical, recherche vaine d'un diagnostic méconnu, examens complémentaires répétés, abus médicamenteux, chirurgies itératives) renforce la plainte douloureuse, voire crée des douleurs iatrogènes. Dans ce contexte, le handicap fonctionnel a tendance à s'auto-entretenir, non seulement par la douleur mais aussi par les effets secondaires des traitements.

Quelles peuvent être les répercussions sur le plan social ?

La situation socioprofessionnelle et financière de la personne peut être gravement affectée induisant des demandes d'indemnités compensatrices qui constituent parfois des facteurs pervers de renforcement de la douleur. En situation d'accident du travail, la consolidation est crainte par le malade qui redoute qu'elle ne conduise à un déni des douleurs et des préjudices ressentis. Le conflit avec l'employeur et les organismes sociaux favorise la chronicité des douleurs.

Quelle est la démarche spécifique de ces structures « douleur » ?

L'approche initiale est fondamentale (une, voire plusieurs, consultations nécessairement de longue durée) pour réaliser une évaluation pluridimensionnelle : clinique et paraclinique, somatique, psycholo-

Les structures de prise en charge de la douleur chronique rebelle

Ces structures sont nécessairement pluridisciplinaires et pluriprofessionnelles (somaticiens de différentes spécialités, psychiatre, paramédicaux et travailleurs sociaux). Il existe trois types de structure : les Consultations, les Unités (possibilité d'hospitaliser les malades pour bilan et traitement), et les Centres (en milieu hospitalo-universitaire, avec des missions élargies à l'enseignement et la recherche clinique ou/et fondamentale) Ce sont des structures de recours et non de première intention.

gique et sociale (approche bio-psycho-sociale). Elle comporte notamment :

- une analyse sémiologique pour préciser les mécanismes de la douleur chronique (hyperalgésie, allodynie...), (*voir chap. 1*);
- une évaluation psychologique pour déterminer l'insertion de la douleur dans l'histoire de la personne (sens donné à la douleur, représentations, attentes, remaniements affectifs) ;
- un bilan social pour établir le retentissement du syndrome douloureux chronique et repérer l'influence des facteurs sociaux sur la pérennité de la douleur.

Par la suite, après la synthèse pluridisciplinaire, le projet thérapeutique (multimodal) sera discuté avec la personne malade : explication, éducation, engagement dans la durée, rôle des différents partenaires (malade, famille, médecin traitant, *structures douleur*).

Ce projet sera régulièrement évalué et réajusté. Le suivi doit permettre de corriger les erreurs d'interprétation de la douleur et d'enrayer les cercles vicieux comportementaux et émotionnels en visant la reprise d'activités.

Quand faire appel à une structure de la douleur chronique rebelle ?

Dès que la douleur est jugée chronique et même si possible avant qu'elle ne puisse être qualifiée de rebelle, il faut contacter une *structure douleur*. Plus la prise en charge pluridisciplinaire est précoce plus les chances de contrôle et de réinsertion sont grandes.

Le partenariat

Il est essentiel entre les différents acteurs de santé et surtout le médecin traitant afin de renforcer la collaboration et les échanges patient-professionnels-structure. Il doit être étendu aux organismes sociaux et à la médecine du travail pour favoriser la réinsertion socio-professionnelle du malade.

La liste actualisée de ces structures

est disponible sur le site www.sante.gouv.fr (accès simplifié par le Thème Douleur, puis Plan d'amélioration...).

Comment

- **acquérir les principes et les comportements adaptés au quotidien ?**
- **accéder à des informations actualisées ?**
- **bénéficier d'actions de formation continue ?**

Comment choisir une formation ?

Quelques questions à prendre en compte pour sélectionner une formation : quels sont vos besoins ? Quelle est votre pratique quotidienne ? Quel est votre contexte professionnel ? Quels sont vos objectifs ?

Que peut-on attendre des formations courtes ?

Les formations courtes (quelques jours) de type *Adaptation à l'Emploi* (non diplômante), s'adressent à l'ensemble des professionnels de santé (professionnels médicaux, paramédicaux et administratifs) qui souhaitent acquérir ou améliorer leurs connaissances dans le domaine de la prise en charge de la douleur. Ces formations de courte durée sont notamment centrées sur la dimension sociale et psychologique de la douleur (complexité du phénomène douloureux, variabilité de sa perception et de son expression) ainsi que sur l'approche de la douleur (évaluation de l'intensité de la douleur, élaboration et mise en place de protocoles de prise en charge de la douleur). Elles doivent permettre d'acquérir des connaissances théoriques de base mais aussi susciter un changement de comportement de la part des professionnels. Ainsi, les connaissances acquises à l'issue de ces formations permettront d'engager une réflexion personnelle ou de toute une équipe sur les pratiques soignantes et aideront à la mise en place d'actions d'amélioration.

Vers quel type de formation universitaire se diriger ?

Les formations universitaires portant sur la prise en charge de la douleur s'adressent aux professionnels de santé qui, dans le cadre d'un projet professionnel, souhaitent compléter et maîtriser les divers aspects de la prise en charge de la douleur. Il est recommandé que les médecins responsables de structures de prise en charge de la douleur chronique rebelle



ainsi que les professionnels « ressources », dans le domaine de la douleur (médecins, infirmiers) identifiés dans les établissements de santé suivent ce type de formation.

L'université propose plusieurs types de formation dans le domaine de la prise en charge de la douleur : les diplômes universitaires, interuniversitaires, la capacité et le Diplôme d'Études Spécialisées Complémentaires (DESC).

Les Diplômes Universitaires (DU)

Ces formations ont pour objectif d'apporter ou de compléter des connaissances dans le domaine de l'évaluation et du traitement de la douleur pour répondre aux besoins spécifiques des malades dans une approche globale et multidisciplinaire. Cet enseignement dispensé majoritairement sur une période de 1 an est ouvert à de nombreux professionnels de santé : médecins généralistes ou spécialistes, chirurgiens-dentistes, pharmaciens, sages-femmes, infirmiers, kinésithérapeutes, psychologues, ergothérapeutes...

Les Diplômes Inter-Universitaires (DIU) formation des professionnels de santé à la prise en charge de la douleur

Certains diplômes universitaires ont été transformés en diplômes Inter-Universitaires (DIU) formation des professionnels de santé à la prise en charge de la douleur. Cette démarche, menée sous l'égide du Collège National des Enseignants Universitaires de la Douleur (CNEUD), a pour objectif d'harmoniser ces formations dans leurs contenus, durée, validation et d'y inclure un enseignement pratique.

Les organismes de formations courtes

Ces formations sont proposées, soit par des associations et notamment par l'Association nationale pour la Formation Permanente du personnel hospitalier (www.anfh.asso.fr) pour les personnels hospitaliers, soit par des organismes publics comme l'École nationale de Santé Publique (www.ensp.fr), les Unions régionales des médecins libéraux (www.urml.fr) ou des organismes privés.

La Capacité d'évaluation et de traitement de la douleur

Enseignement théorique et pratique dispensé sur une période de 2 ans, et comportant 180 heures de cours théoriques, sans omettre un stage pratique d'une durée minimale d'un mois. Ce cursus est ouvert aux médecins déjà installés généralistes ou spécialistes, aux pharmaciens et aux chirurgiens dentistes.

Le diplôme d'études spécialisées complémentaires Médecine de la douleur et médecine palliative

Non qualifiant, du groupe 1, ouvert à toutes les spécialités médicales et chirurgicales, il est organisé à l'intention des médecins susceptibles d'intégrer ou d'encadrer « les structures douleurs » ou les structures de soins palliatifs. Il est organisé sur 2 ans et comporte 4 stages d'une durée de 6 mois chacun (2 stages effectués au cours de l'internat, 2 stages en post-internat). L'enseignement théorique correspond environ à 170 heures de cours et comporte au cours de la première année 6 séminaires (tronc commun) et en 2^e année 3 séminaires de l'orientation choisie, 1 séminaire de l'orientation complémentaire et 2 séminaires optionnels.

Formation théorique et pratique

Les DIU proposent un enseignement théorique, sous forme de cours d'une durée d'au moins 60 heures, et un enseignement pratique sous forme d'ateliers et de tables rondes. Le contrôle final des connaissances comprend au moins une épreuve écrite.

Contrat d'engagement contre la douleur



L'amélioration de l'information des patients est une des mesures prioritaires des programmes nationaux de lutte contre la douleur. Le *Carnet douleur* diffusé en 1998 est désormais remplacé par le *Contrat d'engagement contre la douleur*. Cette fiche d'information, intégrée au livret d'accueil, est remise à chaque patient dès le début de son hospitalisation. Elle constitue un acte d'engagement dans

une politique d'amélioration de la prise en charge de la douleur. Un espace est prévu sur cette fiche afin que chaque établissement de santé puisse préciser sa politique en matière de lutte contre la douleur. Il revient à chaque établissement de santé d'assurer l'impression de cette fiche, disponible uniquement par téléchargement sur le site Internet du ministère de la Santé: www.sante.gouv.fr, rubrique *Douleur* puis *Plan d'amélioration...*



Pour le téléchargement de ce document, il est nécessaire de disposer du logiciel Acrobat Reader disponible gratuitement sur www.adobe.fr

Ouvrages de référence

1. **Les Structures d'évaluation et de traitement de la douleur.** Caractéristiques et critères de l'activité. Recommandations ANDEM, novembre 1995.
2. **Évaluation et suivi de la douleur chronique chez l'adulte en médecine ambulatoire.** Recommandations et références professionnelles. ANAES février 1999.
3. **Évaluation et stratégies de prise en charge de la douleur aiguë chez l'enfant de 1 mois à 15 ans.** Recommandations pour la pratique clinique. ANAES décembre 2000.
4. **Évaluation et prise en charge thérapeutique de la douleur chez la personne âgée ayant des troubles de la communication verbale.** Recommandations pour la pratique clinique. ANAES octobre 2000.
5. **Diagnostic, prise en charge et suivi des malades atteints de lombalgie chronique.** ANAES décembre 2000.
6. **Prise en charge diagnostique et thérapeutique des lombalgies et lombosciatalgies communes de moins de trois mois d'évolution.** ANAES février 2000.
7. **Prise en charge diagnostique et thérapeutique de la migraine chez l'adulte et chez l'enfant : aspects cliniques et économiques.** Recommandations pour la pratique clinique ANAES octobre 2002.
8. **Prise en charge de la douleur post-opératoire chez l'adulte et l'enfant.** Conférence de consensus. Société française d'anesthésie et de réanimation, décembre 1997.
9. **Standards, options et recommandations 2002 pour les traitements antalgiques médicamenteux des douleurs cancéreuses**

par excès de nociception chez l'adulte. Fédération Nationale des Centres de Lutte Contre le Cancer.

10. **Recommandations pour la pratique clinique : standards, options et recommandations pour l'évaluation de la douleur chez l'adulte et l'enfant atteints d'un cancer.** Fédération Nationale des Centres de Lutte Contre le Cancer.

Références bibliographiques spécifiques

■ Édito

1. Bouhassira D et al. **Prevalence of chronic pain with neuropathic characteristics in the general population.** Pain, 2007, doi:10.1016/j.pain.2007.08.013.
2. **Genèse des recours urgents ou non programmés à la médecine générale,** Études et résultats n° 607 novembre 2007, www.sante.gouv.fr/drees/etude-resultats/er607/er607.pdf
3. Breivik H et al. **Survey of chronic pain in Europe: prevalence, impact on daily life and treatment.** Eur J Pain, 2006 ; 10 : 287-333.
4. **Étude observationnelle des patients atteints de douleurs neuropathiques dans les structures de traitement de la douleur en France.** SFETD, mai-juin 2007, (1410 patients, 88 structures).
5. National Institute of Health. NIH Guide : **New Directions in Pain Research I.** September 4 1998. August 6th, 2007-11-17. <http://grants.nih.gov/grants/guide/pa-files/PA-98-102.html>

■ Chapitre 3 : L'administration de morphiniques pour un abdomen aigu

1. Lee J.-S., Stiell I.G., Wells G.A., Elder B.R., Vandemheen K., Shapiro S. **Adverse outcomes and opioid analgesic administration in acute abdominal pain.** Acad Emerg Med 2000 Sep ; 7(9) : 980-7 7(9) : 980-987.
2. Thomas S.H., Silen W., Cheema F., Reisner A., Aman S., Goldstein J.N. et A.L. **Effects of morphine analgesia on diagnostic accuracy in Emergency Department patients with abdominal pain: a prospective, randomized trial.** J Am Coll Surg 2003 ; 196(1):18-31.
3. McHale P.M., LoVecchio F. **Narcotic analgesia in the acute abdomen – a review of prospective trials.** Eur J Emerg Med 2001 ; 8(2):131-136.
4. Kim M.K., Strait R.T., Sato T.T., and Hennes H.M.A. **Randomized clinical trial of analgesia in children with acute abdominal pain.** Acad. Emerg. Med., 2002 ; 9 : 281-287.

■ Chapitre 9 : Douleurs oro-faciales

1. Dallel R., Villanueva L., Woda A., Voisin D. **Neurobiologie de la douleur trigéminal.** L. Médecine et Sciences, 2003 ; 19 : 567-574.
2. Woda A., Pionchon P. **Tableau sémiologique et hypothèses physiopathologiques des algies oro-faciales idiopathiques.** Rev. Neurol, 2001 ; 57 : 265-283.
3. Boucher Y., Pionchon P., **Les Douleurs orofaciales. Diagnostics et traitements.** Éd. CDP, paris 2006, 160 pages.

■ Chapitre 17 : Le placebo

1. Amanzio M., Pollo A., Maggi G., Benedetti F. **Response variability to analgesics : a role for non-specific activation of endogenous opioids.** Pain, 2001, 90 (3) : 205-215.
2. Hrobjartsson. A, Gotzche P.C. **Is the placebo powerless ? An analysis of clinical trials comparing placebo with no treatment.** N Engl J Med, 2001 ; 345 : 1594-1602.
3. Riet G. ter, de Craen A.J.M., de Boer A., Kessels G.H. **Is placebo analgesia mediated by endogenous opioids ? A systematic review.** Pain, 1998, 76 : 273-275.
4. Rowbotham D.J. **Endogenous opioids, placebo response, and pain.** Lancet, 2001, 357(9272) : 1901-1902.
5. Vase L., Riley J.L., Price D.D. **A comparison of placebo effects in clinical trials versus studies of placebo analgesia.** Pain, 2002 ; 99 : 443-452.

Textes législatifs et réglementaires

Article L.1110-5 du code de la santé publique (Loi n° 2002-303 du 4 mars 2002 relative aux droits des malades et à la qualité du système de santé) : « [...] Toute personne a le droit de recevoir des soins visant à soulager sa douleur. Celle-ci doit être en toute circonstance prévenue, évaluée, prise en compte et traitée [...] ».

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) : « les établissements de santé publics ou privés

et les établissements sociaux et médico-sociaux mettent en œuvre les moyens propres à prendre en charge la douleur des personnes malades qu'ils accueillent et à assurer les soins palliatifs que leur état requiert, quelles que soient l'unité ou la structure de soins dans laquelle ils sont accueillis [...] Les obligations prévues pour les établissements mentionnés au présent article s'appliquent notamment lorsqu'ils accueillent des mineurs, des majeurs protégés par la loi ou des personnes âgées ».

Article R.4311-2 du code de la santé publique (Décret n° 2002-194 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 [...] ».

Décret 95-1000 du 6 septembre 1995 portant code de déontologie médicale, article 37 : « En toutes circonstances, le médecin doit s'efforcer de soulager les souffrances de son malade [...] »

Adresses utiles Sites Internet 2007

**Ministère de la Santé,
de la Jeunesse et des Sports**
www.sante.gouv.fr
(rubrique *Douleur*)

**Agence française de sécurité sanitaire
des produits de santé (AFSSAPS)**
www.afssaps.sante.fr

**Association pour le traitement
de la douleur de l'enfant (Pediadol)**
www.pediadol.org

**Centre national de ressources
de lutte contre la douleur (CNRD)**
www.cnrd.fr

Association Sparadra
www.sparadrap.org

**Collège national des chirurgiens-dentistes
de la douleur (CNCDD)**
www.sfetd-douleur.org

**Collège national des médecins
de la douleur (CNMD)**
www.sfetd-douleur.org

**Collège national des psychologues
de la douleur (CNPDP)**
www.sfetd-douleur.org

**Fédération nationale des centres
de lutte contre le cancer (FNCLCC)**
www.fnclcc.fr

Haute Autorité de Santé (HAS)
www.has-sante.fr

Institut national du cancer
www.inca.fr

**Institut national de prévention
et d'éducation pour la santé (INPES)**
www.inpes.sante.fr

Institut Upsa de la douleur
www.institut-upsa-douleur.org

Ligue nationale contre le cancer
www.ligue-cancer.net

**Société française d'étude des migraines
et des céphalées (SFEMC)**
www.sf-neuro.org

**Société française d'étude et de traitement
de la douleur (SFETD)**
www.sfetd-douleur.org

**Société française d'accompagnement
et de soins palliatifs (SFAP)**
www.sfap.org

**Société française d'anesthésie
et de réanimation (SFAR)**
www.sfar.org

Société française de neurologie
www.f-neuro.org

Société française de neurochirurgie
www.neurochirurgie.fr

Société française de rhumatologie
www.rhumatologie.asso.fr

Définitions générales et abréviations

• 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 (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.

• AMM

Autorisation de mise sur le marché d'un médicament.

• Effet plafond

Effet pharmacologique qui n'augmente plus avec la dose administrée.

• Hyperalgésie

Réponse anormalement intense à une stimulation douloureuse mécanique ou thermique.

• Hyperesthésie

Sensibilité accrue à toute stimulation douloureuse ou non.

• LI

Libération Immédiate.

• LP

Libération Prolongée.

• Meopa

Mélange équimolaire d'oxygène et de protoxyde d'azote. Mélange gazeux combinant une action antalgique et anxyolitique.

• PCA

Patient controlled analgesia, ou ACP (Antalgie contrôlée par le patient). Technique qui permet à la personne de s'auto-administrer à l'aide d'une pompe des doses programmées d'antalgiques (morphine) par voie veineuse ou sous-cutanée.

• 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).

Sources :

- IASP (International association for study of pain) *Classification of Chronic Pain : Descriptions of Chronic Pain Syndromes and Definitions of Pain Terms*. 2nd ed. Seattle, USA : IASP Press 1994.
- SOR (Standards, Options & Recommendations) : *Traitements antalgiques des douleurs cancéreuses par excès de nociception chez l'adulte*. FNCLCC 2003.

Remerciements

Collège national des chirurgiens-dentistes de la douleur
Collège national des enseignants universitaires de la douleur
Collège national des généralistes enseignants
Collège national des médecins de la douleur
Collège national des psychologues de la douleur
Fédération nationale des infirmiers
Société française d'accompagnement et de soins palliatifs
Société française d'anesthésie et de réanimation
Société française du cancer
Société française d'étude des migraines et céphalées
Société française de neurochirurgie
Société française de neurologie
Société française de pédiatrie
Société française de psycho-oncologie
Société française de rhumatologie
Unaformec

Docteur ANNEQUIN Daniel
Docteur BOUREAU François
Professeur CESSÉLIN François
Docteur COLLIN Elisabeth
Madame DEFONTAINE-CATTEAU Marie-Claude
Docteur DELORME Thierry
Professeur ESCHALIER Alain
Docteur FERGANE Bernard
Docteur LANTÉRI-MINET Michel
Professeur LAURENT Bernard
Docteur LE BARS Daniel
Docteur LUU MAÏ Christine
Docteur MEMRAM Nadine
Docteur MICK Gérard
Docteur PERROT Serge
Docteur PIONCHON Paul
Docteur POULAIN Philippe
Docteur ROSTAING-RIGATTIERI Sylvie
Docteur VASSORT Erik

Comité de rédaction 2004

Docteur VUILLEMIN Nicole, coordinatrice SFETD
Docteur ANNEQUIN Daniel, chef de projet Programme national de lutte contre la douleur 2002-2005
Madame BENASSIS Françoise, rédactrice
Docteur COLLIN Elisabeth, SFETD et CNMD
Madame CULLET Danièle, chef de projet Programme national de lutte contre la douleur 2002-2005, DHOS
Docteur KRAKOWSKI Ivan, past president de la SFETD
Docteur PIONCHON Paul, président de la SFETD
Docteur POLLEZ Bruno, DGS
Docteur VINCENT Isabelle, INPES

Relecteurs 2004

Infirmières
Madame MALKA Géraldine
Madame NADALIN Nathalie
Ergothérapeute
Monsieur TEXIER Frédéric, cadre de santé
Kinésithérapeute
Madame MACIEJEWSKI Catherine, cadre de santé
Médecin généraliste
Docteur PETER Jean-Michel

Actualisation deuxième édition, février 2008

Dr Éric SERRA – DGS, Mme Danièle CULLET – DHOS, Dr Christine RICARD, coordinatrice SFETD, les membres du conseil d'administration 2004-2007 de la SFETD : Dr Laurent BALP, Dr Antoine BIOY, Pr Serge BLOND, Dr Jean BRUXELLE, Pr Bernard CALVINO, Dr Claire DELORME-MORIN, Dr Mathieu DOUSSE, Dr Michel LANTÉRI-MINET, Mme Jocelyne LE GALL, Dr Malou NAVEZ, Dr Paul PIONCHON, Dr Christine RICARD, Dr Alain SERRIE

Diffusion

Centre national de ressources de lutte contre la douleur (CNRD)
26, avenue du Dr Arnold Netter
75012 Paris
Tél. : 01 44 73 54 21 – Fax : 01 44 73 54 22
secretariat.cnrdr@trs.aphp.fr

Ouvrage financé par la Direction générale de la Santé

Deuxième édition de février 2008, mise à jour de l'édition de novembre 2004.

Toute reproduction, même partielle, interdite sans l'accord de la direction générale de la Santé du ministère de la Santé, de la Jeunesse et des Sports et de la Société française d'étude et de traitement de la douleur.

Conception graphique : © François Caspar | Rédaction : © Françoise Benassis | Photographies : © Photodisc
www.francoiscaspar.com

Au quotidien, vous êtes au contact de personnes malades, à soigner, conforter, informer, accompagner... Ce mémento est conçu pour vous proposer des éléments de réponses aux questions qui vous sont fréquemment posées dans différentes situations cliniques. Vous trouverez, en marge du texte, des précisions et des conseils pour mieux comprendre et réagir face à la douleur. Une attitude d'écoute, une parole qui explique, suscitent la confiance. C'est une étape importante pour apaiser et commencer à soulager une personne.

