

Évaluation d'une douleur

sachons poser les bonnes questions !

par Dominique Dion et Geneviève Dechêne

M^{me} Zoster, cette patiente atteinte il y a six semaines d'un zona, se dit « très souffrante », mais pourtant, vous ne trouvez absolument rien à l'examen clinique, sinon un faciès triste, déprimé. Comment allez-vous procéder pour évaluer le plus objectivement possible la douleur de cette patiente ?

L'EXPRESSION CLINIQUE d'une douleur aiguë nous est familière à tous : le visage crispé du patient, la posture antalgique, les manifestations vocales (plaintes, gémissements, pleurs) et l'activation du système nerveux sympathique pouvant accompagner cette douleur (tachycardie, diaphorèse, hypertension). Ce fut probablement le profil que présentait M. Péroné à l'urgence. Au stade de chronicité, les manifestations cliniques de cette douleur se font plus discrètes. À la limite, chez certains patients, on peut remarquer un faciès fatigué ou déprimé.

Si la douleur est, au départ, un mécanisme de survie essentiel, un signal d'alarme qui nous permet de reconnaître qu'il y a une menace à notre intégrité physique, elle perd complètement son utilité biologique et devient même nocive lorsqu'elle perdure.

Une douleur qui perdure peut avoir de nombreuses conséquences négatives. Parmi celles-ci, on trouve :

- ☉ **sur le plan physique :** diminution des capacités fonctionnelles, inactivité, déconditionnement, insomnie, perte d'appétit ;

La D^{re} Dominique Dion, omnipraticienne, exerce au service de soins palliatifs du département d'oncologie de l'Hôpital St. Mary's, à Montréal. La D^{re} Geneviève Dechêne, omnipraticienne, exerce à la Clinique médicale de l'Ouest, à Verdun.

ENCADRÉ

Jeannine Zoster, 62 ans, traitée il y a six semaines par des antiviraux pour un zona thoracique, revient vous voir, épuisée : les brûlures thoraciques persistent, malgré la disparition des lésions, et l'empêchent même de dormir. Elle a pris de la codéine pendant une semaine, mais a cessé en raison de nausées, d'une constipation grave et d'un soulagement très médiocre.

L'épouse de Gérard Péroné, 76 ans, vous appelle pour vous informer que son mari a été opéré il y a sept jours pour une fracture de la jambe et que, depuis son retour à domicile, il a pris des AINS, sans soulagement notable de la douleur. Il demeure souffrant, même au repos. Il ne mange presque plus.

Yvette Rhumatte, 68 ans, a une arthrose importante de la hanche gauche non opérable en raison d'un état de santé précaire. Elle vous consulte pour des douleurs exacerbées depuis trois mois, au point qu'elle ne peut plus se déplacer, même d'un fauteuil à l'autre, sans souffrir. Elle est parfois réveillée la nuit par cette douleur.

- ☉ **sur le plan psychologique :** anxiété, dépression ;
- ☉ **sur le plan social :** diminution de la capacité de travailler, de pratiquer des activités de loisirs, de participer à la vie familiale, isolement social.

Une douleur qui perdure peut avoir de nombreuses conséquences négatives. Parmi celles-ci, on trouve, sur le plan physique : diminution des capacités fonctionnelles, inactivité, déconditionnement, insomnie, perte d'appétit ; sur le plan psychologique : anxiété, dépression ; sur le plan social : diminution de la capacité de travailler, de pratiquer des activités de loisirs, de participer à la vie familiale, isolement social.

Quand parle-t-on d'une douleur chronique ?

Quand on parle de douleur chronique, on fait le plus souvent référence à une douleur d'une durée de plus de six mois. Cette définition, bien que très utile en recherche, est plus ou moins intéressante en clinique. En effet, avant de devenir chronique, une douleur a connu, évidemment, un début (aiguë), puis une évolution (subaiguë, puis chronique).

On peut également définir la douleur chronique comme une douleur qui persiste au-delà du temps normal de guérison. Par contre, cette définition ne tient pas compte des douleurs associées aux maladies chroniques, comme l'arthrose de M^{me} Rhumatte, mais elle a toutefois l'avantage de nous obliger à rester vigilant et à réévaluer rapidement notre traitement lorsqu'une douleur aiguë au départ semble vouloir persister, donc « se chroniciser », comme dans le cas de M^{me} Zoster.

Au-delà de toutes ces considérations théoriques, retenons qu'en clinique, il faut agir, que la douleur soit aiguë, subaiguë ou chronique ! Le cas de M^{me} Zoster illustre bien cette situation : six semaines de douleur mal contrôlée, c'est déjà trop, et c'est certainement le signal indiquant qu'il faut réévaluer la thérapie antalgique sans délai.

Comment une douleur aiguë peut-elle devenir chronique ?

Il est facile de comprendre la persistance de la douleur chez M^{me} Rhumatte : les signes d'atteinte physique sont tangibles. Par contre, il est beaucoup plus difficile de s'expliquer pourquoi une douleur persiste alors que la lésion initiale est en grande partie (ou totalement) guérie. Il devient alors nécessaire de s'éloigner du modèle biomédical traditionnel dans lequel la douleur ne peut exister que s'il y a une lésion organique visible et dûment identifiable.

Il a été clairement démontré que la douleur n'est pas seulement le résultat de la transmission passive d'un influx nociceptif provenant de la périphérie vers le système nerveux central (SNC). La douleur telle qu'on la perçoit est la

résultante de cet influx nociceptif qui a été modulé à la baisse (inhibition de la douleur) ou à la hausse (exacerbation de la douleur) tout au long de son parcours dans le système nerveux. Plusieurs hypothèses sont actuellement évoquées pour expliquer la persistance d'une douleur. Certaines personnes pourraient avoir un système inhibiteur endogène déficient. Dans d'autres cas, le stimulus douloureux, en persistant, déclencherait des modifications à la fois anatomiques et biochimiques au niveau du système nerveux, le rendant ainsi hyperexcitable. C'est ce qui explique que l'intensité d'une douleur n'est pas nécessairement proportionnelle à l'importance de la lésion tissulaire.

Peut-on prévenir la « chronicisation » d'une douleur ?

Plusieurs études ont mis en évidence un lien entre une douleur aiguë persistante, mal soulagée, et un risque plus élevé de douleur chronique. Bien que la preuve n'en ait pas encore été établie, on croit qu'en traitant précocement et efficacement une douleur aiguë, on pourrait diminuer l'incidence des douleurs chroniques. On se trouverait ainsi à restreindre le développement d'une « mémoire » de la douleur au niveau du SNC en prévenant la modification des circuits neuronaux.

Existe-t-il plusieurs types de douleurs ?

Toutes les douleurs ne sont pas identiques. On reconnaît deux grandes classes de douleurs, les douleurs nociceptives et les douleurs neuropathiques (ou neurogènes).

La douleur nociceptive est elle-même divisée en deux catégories, selon son origine :

- somatique (peau, muscle, os, articulation) ;
- viscérale.

La douleur nociceptive représente une réponse normale à un stimulus nociceptif. C'est le type de douleur le plus fréquent en douleur aiguë (fracture, suites opératoires, angine, etc.), mais plusieurs affections chroniques peuvent entraîner ce type de douleur (arthrose, arthrite rhumatoïde, etc.).

L'intensité d'une douleur n'est pas nécessairement proportionnelle à l'importance de la lésion tissulaire.

Traiter précocement et efficacement une douleur aiguë pourrait réduire le risque qu'une douleur chronique se développe.

T A B L E A U I

Types de douleurs et implications thérapeutiques

Types de douleurs	Douleur nociceptive somatique	Douleur nociceptive viscérale	Douleur neuropathique (ou neurogène)
Caractère de la douleur	<ul style="list-style-type: none"> ● Généralement bien localisée ● Augmentée à la pression de la structure en cause, par la mobilisation ou par la mise en charge 	<ul style="list-style-type: none"> ● Localisation moins précise ● Peut être référée (projetée). ● Selon l'organe en cause, peut être constante ou d'allure crampiforme. 	<ul style="list-style-type: none"> ● Constante ou intermittente ● Peut être ressentie sous forme de brûlures, de picotements, de fourmillements. ● Peut être associée à une atteinte neurologique sensitive et (ou) motrice.
Implications thérapeutiques	<ul style="list-style-type: none"> ● Généralement sensible aux opiacés et aux non-opiacés (acétaminophène, AINS, coxibs) ● Des coanalgésiques peuvent être également utiles dans certaines situations. 	<p>Aiguë :</p> <ul style="list-style-type: none"> ● Généralement sensible aux opiacés ● Des coanalgésiques spécifiques peuvent être également utiles. <p>Chronique :</p> <ul style="list-style-type: none"> ● Les opiacés peuvent être utiles dans certaines situations cliniques. ● Considérer les coanalgésiques, selon la cause. 	<ul style="list-style-type: none"> ● Généralement moins sensible aux opiacés : des doses plus élevées peuvent être nécessaires. ● Associer d'emblée un coanalgésique ou même débiter par ces agents (antidépresseurs, anticonvulsivants, etc.).

La douleur neuropathique est causée par une lésion ou un dysfonctionnement du système nerveux périphérique ou central. L'atteinte neurologique peut avoir différentes origines : infectieuse (zona, etc.), traumatique (section nerveuse, etc.), ischémique (accident vasculaire cérébral, etc.), métabolique (diabète, etc.), dégénérative (sclérose en plaques, etc.), cancéreuse, toxique (chimiothérapie, etc.)...

L'intérêt de distinguer ces douleurs réside dans le fait que la réponse aux traitements pharmacologiques diffère selon le type de douleur (*tableau I*). Alors que la douleur nociceptive répond généralement bien aux analgésiques traditionnels (opiacés, anti-inflammatoires non stéroïdiens [AINS], coxibs), la douleur neuropathique y répond habituellement moins bien. L'approche pharmacologique de la douleur neuropathique devra le plus souvent reposer sur des coanalgésiques (antidépresseurs, anticonvulsivants, etc.).

L'évaluation objective d'une douleur est-elle possible ?

La douleur est une expérience subjective, mais elle peut être évaluée. Des outils très simples (*figure 1*) permettent d'en déterminer rapidement l'intensité et facilitent le suivi du patient par le même médecin ou par différents médecins. Pour les jeunes enfants, d'autres types d'échelles ont été mis au point. Chez les personnes qui présentent une at-

teinte des fonctions cognitives, l'évaluation reposera essentiellement sur l'observation de comportements évocateurs de douleur. Un outil comme l'échelle DOLOPLUS-2 peut alors s'avérer intéressant (<http://www.doloplus.com>).

L'évaluation de la douleur : une approche globale essentielle

Notre évaluation doit être individualisée et adaptée aux différentes situations cliniques. En présence d'une douleur aiguë, l'évaluation visera surtout à en trouver la cause de façon à ce que l'on puisse agir rapidement sur le processus en cours. Par contre, dans le cas d'une douleur subaiguë ou chronique, l'évaluation devra être plus globale (*tableau II*).

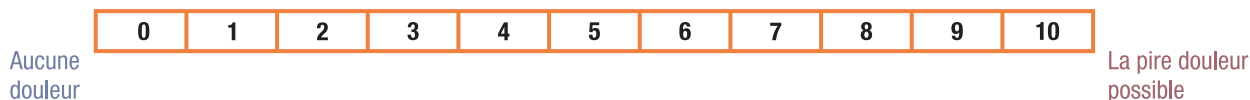
Rappelons que la douleur n'est jamais un processus uniquement sensoriel. Une composante émotionnelle s'y rattache toujours et module la perception de cette douleur. La douleur de M^{me} Rhumatte est probablement plus « affligante » ou décourageante en raison du diagnostic d'irréversibilité que celle de M. Péroné, qui est nouvelle et qui devrait s'atténuer graduellement. Dans le même ordre d'idées, une dépression, ou encore un épuisement causé, par exemple, par une insomnie due à une douleur persistante, comme dans le cas de M^{me} Zoster, ne peut qu'amplifier la souffrance. Plusieurs études ont mis en évidence une association entre douleur chronique et anxiété ou dépression. Il est donc important de reconnaître que ces

FIGURE 1

Quelques échelles d'évaluation de l'intensité de la douleur

Échelle numérique

L'échelle numérique permet aux patients de quantifier l'intensité de leur douleur en choisissant un chiffre entre 0 et 10 ; on précise que 0 représente « aucune douleur », et 10, la pire douleur imaginable. L'évaluation peut être faite verbalement ou par écrit et est généralement très bien comprise par les patients.



Échelle visuelle analogue (EVA)

L'EVA est une réglette non graduée (généralement de 10 cm de longueur). On demande au patient de situer sa douleur (par écrit ou en utilisant un curseur) entre deux bornes extrêmes. On transforme la mesure (en cm) en score. Bien que très populaire, cet outil de mesure s'avère plus compliqué à expliquer que l'échelle numérique.



42

problèmes coexistent fréquemment. Mais attention ! Une association n'établit pas un lien de causalité. Il est souvent nécessaire de rassurer le patient sur ce point, car plusieurs pensent que si l'on parle d'anxiété ou de dépression, cela signifie qu'on doute de l'origine organique de leur douleur.

Il est également particulièrement important d'évaluer les répercussions fonctionnelles de la douleur sur les activités de la vie quotidienne et le travail. L'immobilisation de M. Péroné ou de M^{me} Rhumatte peut, à leur âge, entraîner rapidement une atrophie musculaire, un déconditionnement. C'est le début du cercle vicieux de la douleur : on bouge moins de peur d'avoir mal... et cette inactivité contribue à exacerber le phénomène douloureux. L'approche thérapeutique visera, entre autres, à rassurer le patient et à l'encourager à reprendre ses activités de façon progressive.

L'examen physique doit être ciblé. Dans le cas d'une douleur neuropathique, par exemple, on recherchera systématiquement les éléments cadrant avec une atteinte neurologique : des zones d'hypoesthésie ou d'hyperesthésie, d'hyperalgésie, d'allodynie (douleur provoquée par un sti-

mulus normalement non douloureux), une faiblesse musculaire ou une atrophie. Il est important de noter que l'absence d'anomalie à l'examen n'exclut pas un problème de douleur chronique ; l'anamnèse reste l'élément clé de l'évaluation du patient souffrant.

Les tests de laboratoire et d'imagerie seront utiles dans certaines situations pour compléter l'investigation. Cependant, il faut réaliser qu'il n'est pas rare, dans les cas de douleur chronique, que les résultats de l'investigation se révèlent décevants. On doit se rappeler que la douleur est un phénomène dynamique, et non structurel, et que la force de l'imagerie, à l'heure actuelle, est surtout de mettre en lumière des modifications anatomiques et morphologiques ! Il faut donc éviter de conclure, après un résultat d'investigation négatif, que la douleur est d'origine « non organique » ou « psychogène ». Les connaissances sur la douleur ont évolué : rappelons-nous qu'il y a plusieurs années, tant les douleurs du « membre fantôme » que les douleurs postherpétiques étaient considérées comme des douleurs psychogènes...

La douleur est ce que le patient nous dit qu'elle est, et

L'anamnèse reste l'élément clé de l'évaluation du patient souffrant.

La douleur est ce que le patient nous dit qu'elle est, et non ce qu'on pense qu'elle devrait être.

REPÈRES

T A B L E A U II

Évaluation d'une douleur

Caractéristiques de la douleur

Caractéristiques temporelles de la douleur	<ul style="list-style-type: none"> ● Depuis quand ? ● Quelles sont les circonstances qui ont entouré l'apparition de la douleur ? ● Apparition soudaine ou graduelle ? ● Douleur intermittente ou constante ?
Localisation de la douleur	<ul style="list-style-type: none"> ● Un schéma corporel peut aider à localiser une douleur et à en suivre l'évolution (figure 2).
Qualité de la douleur	<ul style="list-style-type: none"> ● Les termes employés par le patient pour décrire sa douleur peuvent aider à identifier une douleur neuropathique (brûlure, picotements, coup de poignard, choc électrique, etc.).
Intensité de la douleur	<ul style="list-style-type: none"> ● Choisir l'échelle qui est déjà utilisée dans votre milieu de pratique.
Autres symptômes associés à la douleur	
Facteurs exacerbant la douleur	
Facteurs contribuant à soulager la douleur	
Répercussions de la douleur sur :	<ul style="list-style-type: none"> ● les activités de la vie quotidienne ● l'humeur ● les activités physiques ● le sommeil ● la vie familiale et sociale ● la vie professionnelle (arrêt de travail, etc.)
Facteurs psychologiques associés	<ul style="list-style-type: none"> ● Rechercher des symptômes d'anxiété ou de dépression qui auraient précédé ou suivi l'apparition de la douleur chronique.
Démarches administratives ou légales en cours	

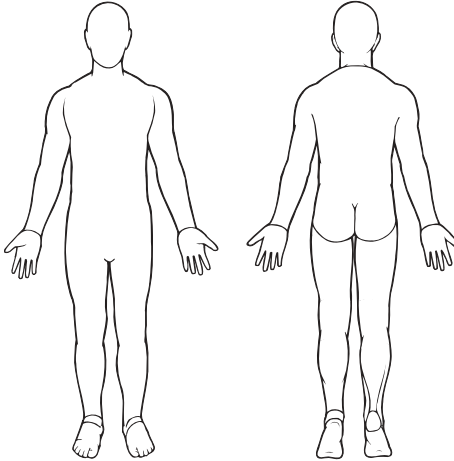
Réponse aux traitements

Agents pharmacologiques	Bien répertorier les essais thérapeutiques antérieurs : posologies, raisons de l'abandon (absence de réponse ou [et] effets secondaires intolérables). L'échec thérapeutique est quelque fois attribuable à des doses sous-optimales.
Infiltrations ou blocs	
Autres modalités thérapeutiques (physiothérapie, manipulations, etc.)	
Préférences et réticences du patient quant à certains traitements	Pour assurer une bonne observance du traitement, il est important de discuter avec le patient de ses préférences et de ses réticences face à certaines options thérapeutiques.

FIGURE 2

Évaluation de la douleur : C.L.I.C.H.E.S.

Nom : _____ N° de dossier ou adresse : _____

<p>Cause</p> <p>Intensité</p> <p><input type="checkbox"/> 0 = Pas de douleur <input type="checkbox"/> 2 = Légère <input type="checkbox"/> 4 = Gênante <input type="checkbox"/> 6 = Forte <input type="checkbox"/> 8 = Grave <input type="checkbox"/> 10 = Insupportable</p> <p>Caractéristiques</p> <p><input type="checkbox"/> Serrement <input type="checkbox"/> Torsion <input type="checkbox"/> Poing <input type="checkbox"/> Sourde <input type="checkbox"/> Brûlure <input type="checkbox"/> Coup de poignard <input type="checkbox"/> Chocs électriques <input type="checkbox"/> Engourdissement <input type="checkbox"/> Autre :</p>	<p>Localisation</p> 
---	--

Horaire (pics de douleur journaliers) Début : _____ **Durée :** _____

<p>Exacerbation</p> <p><input type="checkbox"/> Bouger <input type="checkbox"/> Marcher <input type="checkbox"/> Manger</p>	<p><input type="checkbox"/> Position particulière <input type="checkbox"/> Autre :</p>
--	---

<p>Soulagement</p> <p><input type="checkbox"/> Médicaments <input type="checkbox"/> Repos <input type="checkbox"/> Changement de posture</p>	<p><input type="checkbox"/> Distraction <input type="checkbox"/> Autre :</p>
---	---

<p>Limites imposées par la douleur</p> <p><input type="checkbox"/> Dormir <input type="checkbox"/> Se déplacer <input type="checkbox"/> Travailler</p>	<p><input type="checkbox"/> Manger <input type="checkbox"/> Soins personnels <input type="checkbox"/> Loisirs</p>
---	---

Examen de la région douloureuse

Peau	<input type="checkbox"/> saine	<input type="checkbox"/> rougeur	<input type="checkbox"/> lésions cutanées	<input type="checkbox"/> œdème	<input type="checkbox"/> déformation de la région
Douleur >	<input type="checkbox"/> effleurement	<input type="checkbox"/> palpation musculaire	<input type="checkbox"/> palpation osseuse		
Abdomen	<input type="checkbox"/> souple	<input type="checkbox"/> durci	<input type="checkbox"/> distendu		
Élimination intestinale : _____					
Élimination urinaire : _____					

_____ Date : _____ Évaluateur, évaluatrice : _____

© France Hudon, inf., chargée d'enseignement à l'Université de Montréal.
 Reproduction permise par M^{me} France Hudon, infirmière spécialisée en soins palliatifs et suivi de douleur, extrait de son cours « Soins palliatifs à domicile ». Ce document peut être utilisé librement ou adapté.

44

non ce qu'on pense qu'elle devrait être.

L'évaluation continue : la clé du succès du traitement

La surveillance de l'évolution des scores d'intensité de la douleur dans le temps peut constituer une façon d'évaluer la réponse au traitement. Une autre méthode consiste à demander au patient de quantifier le pourcentage de soulagement de sa douleur (0 signifiant 0 % de soulagement, et 100, 100 % de soulagement). Il ne faut pas être surpris s'il y a une légère discordance entre les données obtenues avec les scores d'intensité de la douleur et celles qui reposent sur le pourcentage de soulagement. Le patient peut dire que son état s'est amélioré de 50 % alors que vous observez une diminution minimale des scores de douleur. L'explication avancée par les experts est que le pourcentage de soulagement englobe plus que l'aspect strictement « intensité » de la douleur. En clinique, les deux mesures peuvent se révéler intéressantes.

Le soulagement de la douleur : une responsabilité de tous et chacun

Le soulagement de la douleur doit devenir une préoccupation de tous les intervenants en santé. Dans plusieurs centres hospitaliers d'Amérique du Nord, la douleur est maintenant considérée comme le cinquième signe vital, au même titre que la tension artérielle, la respiration, la fréquence cardiaque et la température. Tous les intervenants en santé sont interpellés et peuvent participer tant à l'évaluation qu'au suivi d'une douleur (figure 2).

Le patient lui-même doit être sensibilisé au fait qu'il est important que sa douleur soit bien soulagée. Son rôle est primordial, car lui seul peut juger de l'intensité de sa douleur et du soulagement obtenu. Avant une intervention chirurgicale, il est important qu'il soit familiarisé avec les outils utilisés pour évaluer la douleur et qu'il soit informé des différents moyens de la soulager. En soins ambulatoires, la même démarche doit être faite : le patient doit être informé des changements qu'il pourra apporter lui-même à son traitement médicamenteux, des effets indésirables possibles et des façons de les corriger. Des réévaluations rapprochées et un système de communication fiable et rapide sont essentiels.

S I LA PLUPART DES DOULEURS AIGÜES sont relativement simples à soulager, il en est souvent autrement des dou-

S U M M A R Y

Assessing pain: asking the right questions. The assessment of pain implies searching for its intensity, its location, its etiology and its duration, with also, in case of a chronic pain, the social context and the consequences on daily living. Verbal and numeric scales are clinically useful for both the initial assessment and the efficacy of our treatment. Early pain treatment may be helpful to prevent the development of chronic pain. The analgesic treatment implies opiates and non opiates, analgesic, and specific coanalgesics, especially for neuropathic pain, as that pain responds less to opiates.

Key words: pain, neuropathic pain, assessment, numeric and verbal scales, prevention of chronic pain.

leurs chroniques. Il est important de s'informer des attentes du patient et d'établir avec lui des objectifs réalistes. Il est primordial de prendre en considération l'aspect multidimensionnel de la douleur lorsqu'elle est chronique. Une approche multimodale (pharmacologique et non pharmacologique) est probablement la mieux adaptée pour soulager ce type de douleur. C'est seulement lorsque le patient sait qu'il est écouté, compris et cru qu'il pourra entretenir l'espoir de moins souffrir et commencer à retirer la douleur du centre de son existence pour reprendre une vie plus équilibrée et plus enrichissante. ☞

Date de réception : 3 juillet 2002.

Date d'acceptation : 31 août 2002.

Mots clés : douleur, douleur neurogène ou neuropathique, évaluation, échelles numériques et verbales, prévention de la douleur chronique.

Lectures suggérées

1. Pasero C, Paice JA, McCaffery M. Basic mechanisms underlying the causes and effects of pain. Dans : McCaffery M, Pasero C, réd. *Pain – Clinical Manual*. 2^e éd. St. Louis : Mosby, 1999 : 15-34.
2. McCaffery M, Pasero C. Assessment – Underlying complexities, misconceptions, and practical tools. Dans : McCaffery M, Pasero C, réd. *Pain – Clinical Manual*. 2^e éd. St. Louis : Mosby, 1999 : 35-102.
3. Jovey R. General Principles of Pain Management. Dans : Jovey RD, réd. *Managing Pain – The Canadian Healthcare Professional's Reference*. Toronto : Rogers Media, 2002 : 15-20.
4. Galer BS, Dworkin RH, réd. *A Clinical Guide to Neuropathic Pain*. Minneapolis : The McGraw-Hill Companies, 2000.
5. Société québécoise de la douleur : <http://www.sqd.ca>.
6. Société canadienne pour le traitement de la douleur : <http://www.canadianpainsociety.ca>.