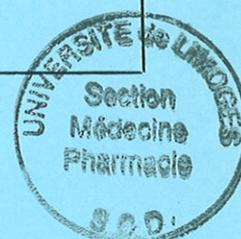


UNIVERSITE de LIMOGES  
Faculté de Pharmacie

ANNEE 2000

Thèse n° 326

**L'ECHELLE VISUELLE ANALOGIQUE (EVA)  
PARMI LES METHODES STANDARDISEES  
D'EVALUATION DE LA DOULEUR**



**THESE**

POUR LE

**DIPLOME D'ETAT  
DE DOCTEUR EN PHARMACIE**

*présentée et soutenue publiquement le 26 Juin 2000*

par

**Lucie LEFRANC**

née le 9 Juin 1975 à Châteauroux (Indre)

**EXAMINATEURS de la THESE**

Monsieur le Professeur J. BUXERAUD .....	PRESIDENT
Monsieur le Professeur P. BERTIN .....	JUGE
Monsieur P.-M. PREUX, <i>Maître de Conférences</i> .....	JUGE
Madame le Docteur V. RATSIMBAZAFY .....	JUGE

LEFRANC Lucie

L'échelle visuelle analogique (EVA) parmi les méthodes standardisées  
d'évaluation de la douleur

---

**Errata** : Correction de la page 77

**Exemple** : mesure de l'intensité du soulagement de la douleur (2)

soulagement

maximal

Les échelles à 101 niveaux, selon certains, n'apportent pas plus d'information que les échelles à 11 ou 21 niveaux. Ces échelles permettent d'obtenir une mesure de la douleur au moment de la consultation mais également de façon rétrospective et ce de façon fiable.

Elles peuvent être utiles en cas de difficulté de compréhension de l'EVA. (ceci a été évoqué plus loin) (2, 32)

# UNIVERSITE DE LIMOGES

## FACULTE DE PHARMACIE

**DOYEN DE LA FACULTE :**

Monsieur le Professeur GHESTEM Axel

**ASSESEURS :**

Monsieur le Professeur HABRIOUX Gérard

Monsieur DREYFUSS Gilles – Maître de Conférences

**PROFESSEURS :**

<b>BENEYTOT</b> Jean-Louis	BIOCHIMIE et BIOLOGIE MOLECULAIRE
<b>BERNARD</b> Michel	PHYSIQUE – BIOPHYSIQUE
<b>BOSGIRAUD</b> Claudine	BACTERIOLOGIE – VIROLOGIE PARASITOLOGIE
<b>BROSSARD</b> Claude	PHARMACOTECHNIE
<b>BUXERAUD</b> Jacques	CHIMIE ORGANIQUE CHIMIE THERAPEUTIQUE
<b>CARDOT</b> Philippe	CHIMIE ANALYTIQUE
<b>CHULIA</b> Albert	PHARMACOGNOSIE
<b>CHULIA</b> Dominique	PHARMACOTECHNIE
<b>DELAGE</b> Christiane	CHIMIE GENERALE ET MINERALE
<b>GHESTEM</b> Axel	BOTANIQUE ET CRYPTOGRAMIE
<b>HABRIOUX</b> Gérard	BIOCHIMIE – BIOLOGIE MOLECULAIRE
<b>LACHATRE</b> Gérard	TOXICOLOGIE
<b>MOESCH</b> Christian	HYGIENE – HYDROLOGIE – ENVIRONNEMENT
<b>OUDART</b> Nicole	PHARMACODYNAMIE

**SECRETAIRE GENERALE DE LA FACULTE - CHEF DES SERVICES ADMINISTRATIFS**

**POMMARET** Maryse

*A mon tendre fiancé Jean-Michel*

*A mes parents*

*A ma petite sœur Agathe*

*A mon frère Cyril*

*A toute ma famille*

*A mes amis*

*A Catherine Nouaille, à Monsieur et Madame Nouaille*

*A Madame Joubert et à Madame Sirieix*

*Je dédie ce travail.*

## ***A NOTRE PRESIDENT DE THESE***

**Monsieur le Professeur Jacques Buxeraud**

Service de Chimie Organique – Chimie Thérapeutique,

Faculté de Pharmacie de Limoges.

*Nous sommes très sensibles à l'honneur que vous nous avez fait en acceptant de présider ce jury.*

*Nous vous exprimons notre gratitude respectueuse pour les connaissances que vous nous avez apportées tout au long de notre cursus universitaire lors des cours de chimie thérapeutique. Nous vous remercions très particulièrement pour le soin que vous avez de rendre vos cours vivants et très didactiques.*

## ***A NOTRE DIRECTEUR DE THESE***

**Madame Voahirana Ratsimbazafy**

Docteur en Pharmacie,

Docteur en Sciences Pharmaceutiques,

Pharmacien des Hôpitaux, Pharmacie centrale du CHU de Limoges.

*Nous sommes très sensibles à l'honneur que vous nous faites d'avoir bien voulu diriger ce travail. Nous vous remercions de l'aide que vous nous avez apportée. Nous vous exprimons notre gratitude respectueuse pour votre disponibilité et votre gentillesse.*

## **A NOS JUGES**

### **Monsieur Philippe Bertin**

Professeur des Universités de Thérapeutique,

Rhumatologue des Hôpitaux,

Docteur en Médecine,

Docteur en Sciences.

*Nous sommes très sensibles à l'honneur que vous nous faites d'avoir bien voulu accepter de participer au jury de cette thèse. Nous vous remercions de l'aide que vous nous avez apportée et qui a permis la réalisation de ce travail.*

### **Monsieur Pierre-Marie Preux**

Maître de Conférences des Universités,

Praticien Hospitalier,

Biostatistiques, Informatique Médicale, Technologies de la communication.

*Nous vous remercions vivement d'avoir accepté de faire partie de ce jury. Nous vous remercions pour vos précieux conseils sans lesquels il n'aurait pas été facile de conclure ce travail.*

A Monsieur Marbouty, Professeur d'Anglais

Aux infirmières du service de Rhumatologie, à Madame Perruquaud,

A Monsieur Aubisse,

*Nous vous remercions vivement pour votre collaboration dans ce travail.*

# PLAN

<b>CHAPITRE 1 : LA DOULEUR</b>	<b>6</b>
<b><u>I. GENERALITES</u></b>	<b>10</b>
I.1. Définition du dictionnaire : Le Larousse Médical 1998 (Bordas)	10
I.2. La douleur : phénomène subjectif	10
I.3. Qu'est-ce que la souffrance?	11
<b><u>II. LES DIFFÉRENTES COMPOSANTES DE LA DOULEUR</u></b>	<b>12</b>
II.1. Les quatre composantes de la douleur	12
II.2. Le modèle circulaire de la douleur	15
<b><u>III. LES FACTEURS INFLUENÇANT LA DOULEUR</u></b>	<b>17</b>
III.1. Le temps	17
III.2. Localisations	18
III.3. Les expériences antérieures	18
III.4. Les facteurs culturels	19
III.5. Comportement et situation	19
III.6. Caractéristiques psychosociales de la douleur	19
III.7. La douleur selon le sexe	20
III.8. Le modèle pluridimensionnel de la douleur	21
<b><u>IV. CLASSIFICATIONS</u></b>	<b>22</b>
IV.1. Classification selon la localisation	22
IV.2. Classification selon des mécanismes physiopathologiques générateurs de la douleur	23
IV.3. Classification courante	26
IV.4. Classification de l'IASP	29

<b><u>I. GÉNÉRALITÉS</u></b>	<b>33</b>
I.1. Introduction	33
I.2. Nécessité d'une évaluation	34
I.3. En pratique, pourquoi évaluer la douleur ?	36
I.4. Les limites de la douleur	37
I.5. Les structures d'évaluation et de traitement de la douleur	38
I.6. La prise en charge de la douleur : priorité de santé publique	42
<b><u>II. PREMIÈRE DÉMARCHE : L'INTERROGATOIRE</u></b>	<b>48</b>
II.1. L'histoire de la maladie	48
II.2. Les antécédents pathologiques	49
II.3. Les caractéristiques cliniques de la douleur	50
II.4. L'enquête thérapeutique	50
II.5. L'évaluation des conséquences fonctionnelles et socioprofessionnelles	51
<b><u>III. L'ÉVALUATION QUALITATIVE DE LA DOULEUR</u></b>	<b>56</b>
III.1. Le comportement douloureux	56
III.2. Le langage de la douleur et son analyse	66
<b><u>IV. EVALUATION QUANTITATIVE DE LA DOULEUR</u></b>	<b>71</b>
IV.1. Les méthodes unidimensionnelles	73
IV.2. Les méthodes multidimensionnelles	115
<b><u>V. L'ENQUÊTE</u></b>	<b>126</b>
V.1. <i>Comparaison de moyennes</i>	130
V.2. <i>Etude de la corrélation</i>	132
V.3. <i>Les concordances</i>	133

**ANNEXE 1**

**ANNEXE 2**

**BIBLIOGRAPHIE**

**CHAPITRE 3 : CONCLUSION**

**156**

**CHAPITRE 1 :**  
**LA**  
**DOULEUR**

# **I. GENERALITES**

Aristote décrivait la douleur comme une passion de l'âme. Pour Descartes, en 1664, « la douleur n'est ni plus ni moins qu'un signal d'alarme, dont la seule fonction est de signaler une lésion corporelle ».

## **I.1. Définition du dictionnaire : Le Larousse Médical 1998 (Bordas)**

La douleur est une sensation pénible se manifestant sous différentes formes (brûlure, piqûre, crampe, pesanteur, étirement, ...) d'intensité et d'extension variables.

La douleur est associée à des lésions tissulaires, réelles ou potentielles, ou décrites comme si ces lésions existaient.

Cependant, il peut paraître surprenant qu'un fait aussi banal et universel que la douleur, que tout le monde est censé connaître et pouvoir identifier, échappe à toute possibilité de définition satisfaisante. (45)

## **I.2. La douleur : phénomène subjectif**

En effet, la douleur est un phénomène subjectif. C'est un vaste champ d'étude. La pensée réductionniste n'a pas de place quand il s'agit de comprendre la douleur. Nous devons parcourir un champ d'étude qui s'étend de la physiologie à la psychologie afin de pouvoir en explorer les multiples facettes. (43)

Cette subjectivité est bien désignée par la définition de l'IASP (International Association for the Study of Pain c'est-à-dire Association Internationale pour l'Etude de la Douleur) pour laquelle la douleur est :

« une expérience désagréable, sensorielle et émotionnelle qui est associée à un dommage tissulaire réel ou potentiel ou simplement décrit en termes d'un tel dommage ».

Cette définition reste centrée sur le caractère désagréable de la douleur et laisse persister toute l'ambiguïté de cet adjectif.

Exemple : la nausée, qui est une sensation et une émotion, serait une douleur au sens de l'IASP, car elle est désagréable et associée à des lésions présentes ou potentielles de l'estomac.

(45)

### **I.3. Qu'est-ce que la souffrance?**

La souffrance serait plutôt l'effet de la douleur, mais les exigences du langage nous font employer indifféremment ces deux mots. (45)

## **II. Les différentes composantes de la douleur**

### **II.1. Les quatre composantes de la douleur**

L'ensemble de la littérature s'accorde actuellement à reconnaître l'aspect pluridimensionnel de la douleur et incite à considérer non seulement le mécanisme générateur (la cause) mais aussi le phénomène douleur proprement dit (la conséquence) avec toute sa complexité. (7)

En effet, la perception de la douleur est la résultante de quatre composantes. Une bonne mesure de la douleur doit tenir compte d'au moins deux aspects : la dimension motivo-affective et la dimension sensori-discriminative. (43)

#### *II.1.1. La composante motivo-affective*

La dimension motivo-affective (c'est-à-dire la façon dont le patient ressent la douleur) exprime la connotation désagréable, pénible, aversive rattachée à la perception douloureuse. Elle peut se prolonger vers des états affectifs plus différenciés tels que l'anxiété ou la dépression. (7) C'est elle qui conduit le patient à consulter pour s'y soustraire.

Au souvenir d'une situation pénible, une personne ressent de la souffrance. Il n'y a pas nociception ou douleur, et la personne peut très bien ne pas exprimer extérieurement sa souffrance par des comportements de douleur.

Cette situation pourrait avoir l'air de déborder du cadre physiologique. Toutefois, le stress engendré par la souffrance augmente les douleurs déjà existantes et complique le tableau clinique du patient.

Sur le plan clinique, la composante motivo-affective doit donc être considérée lors du traitement au même titre que les aspects physiologiques. Le patient qui souffre de douleurs chroniques depuis plusieurs années peut présenter les symptômes d'une dépression qui rendent difficile l'évaluation objective de l'origine des douleurs. La douleur a provoqué la dépression, mais la détérioration de l'état mental du patient vient accroître la douleur dans un cercle vicieux infernal. (43)

Ainsi, la dimension motivo-affective est beaucoup moins stable et facilement modulée par des manipulations psychologiques, ou influencée par des composantes culturelles et environnementales. (43)

### *II.1.2. La composante sensori-discriminative*

La dimension sensori-discriminative de la douleur (c'est-à-dire ce que le patient ressent) correspond aux mécanismes neurophysiologiques de la nociception. (7)

Elle permet de définir l'intensité ainsi que les caractéristiques spatiales et temporelles de la douleur.

Cette composante est relativement stable comparativement à la motivo-affective. De plus, l'évaluation de l'intensité de la douleur est directement liée à l'intensité de la stimulation nociceptive.

Une étude réalisée en 1978 par Lamotte et Campbell a permis de vérifier qu'il y a une corrélation claire entre la décharge des fibres nociceptives et l'évaluation subjective de la douleur.

Remarque : sans stimulation nociceptive, il peut y avoir perception de la douleur. Dans le cas de la douleur chronique, une fois la blessure initiale guérie, les stimulations nociceptives devraient être éliminées mais la douleur persiste.

### *II.1.3. La composante comportementale*

La composante comportementale (c'est-à-dire la façon dont le patient exprime sa douleur) correspond à l'ensemble des manifestations observables verbales (plaintes, gémissements, ...) et motrices (postures, attitudes antalgiques, immobilité ou agitation, limitation des activités professionnelles, physiques ou de loisirs...) qui assurent une fonction de communication et d'interaction avec l'entourage. (7)

Mais cette composante à elle seule ne permet pas à un observateur externe d'évaluer avec certitude l'intensité de la douleur ressentie par le patient. Cependant, il est important d'apprendre à reconnaître les comportements propres à certains patients qui ne peuvent pas communiquer clairement leurs douleurs, comme les enfants, les personnes confuses et les adultes introvertis. (43)

### *II.1.4. La composante nociceptive*

La seule activation des fibres responsables de la conduction nociceptive n'est pas une condition suffisante pour provoquer la douleur. D'une part, un seuil minimal d'activation doit être atteint, et d'autre part, de nombreux mécanismes peuvent bloquer ces afférences.

Exemple : la distraction peut ainsi bloquer la perception douloureuse.

Sur le plan clinique, l'enregistrement de l'information nociceptive n'est donc pas suffisante pour mesurer la douleur. Des stimulations de même intensité peuvent produire des réflexes de retrait de même amplitude mais provoquer ou non des douleurs selon le contexte. (43)

## **II.2. Le modèle circulaire de la douleur**

Cette représentation (voir p16) illustre les principales composantes de la douleur et leurs interrelations. (43)

Tout d'abord, la réaction en chaîne nociception - douleur - souffrance - comportements de douleur est représentée au centre des ovales par les chiffres 1 - 2 - 3 - 4. D'autres relations sont aussi possibles. Précisons toutefois que les composantes nociceptive, sensori-discriminative, motivo-affective et comportementale peuvent toutes exister les unes indépendamment des autres.

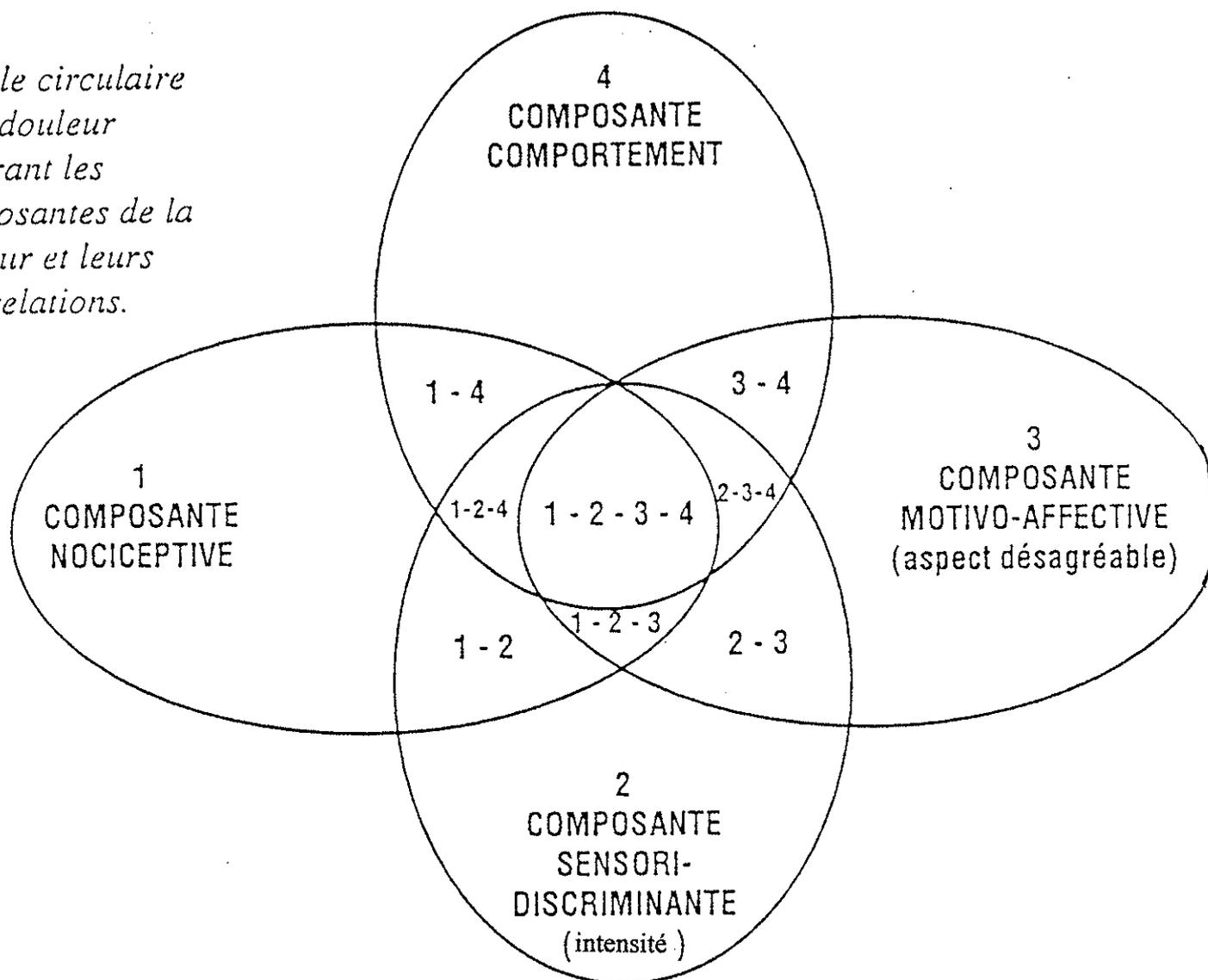
Exemple : La nociception peut provoquer de la douleur sans pour autant causer de comportements de douleur (1-2).

La nociception peut provoquer des comportements de douleur, comme le réflexe de retrait, sans pour autant être formulée comme douloureuse ou souffrance en soi (1-4).

Ainsi, ce modèle permet d'atteindre deux objectifs :

- Faire ressortir la complexité et l'interdépendance des composantes de la douleur.
- Mieux comprendre les différents facteurs qui interviennent dans la douleur et son traitement. (43)

*Modèle circulaire  
de la douleur  
illustrant les  
composantes de la  
douleur et leurs  
interrelations.*



## **III. Les facteurs influençant la douleur**

L'hypothèse selon laquelle l'intensité de l'expérience douloureuse est proportionnelle à la sévérité du dommage a permis aux travaux de laboratoire d'exprimer l'intensité douloureuse en termes d'énergie de stimulation. Il s'agit donc d'une théorie unidimensionnelle établie sur une relation mathématique entre l'intensité du stimulus et l'intensité de la douleur. Cependant, les observations cliniques (et expérimentales) ont permis de constater qu'il n'y a pas toujours perception de la douleur après un acte chirurgical ou un traumatisme. La perception de la sensation algique dépasse donc largement le problème de la lésion et de la simple étude physiologique. En effet, plusieurs facteurs semblent intervenir pour expliquer qu'une douleur peut être ressentie comme légère par un malade et intolérable chez d'autres. (69)

### **III.1. Le temps**

Même chez un patient souffrant de douleur chronique depuis plusieurs années, la douleur n'est pas toujours d'intensité égale selon l'heure de la journée ou d'une journée à l'autre.

Des études sur les rythmes circadiens dans les douleurs à la suite d'une angine de poitrine font bien ressortir ces variations. C'est pourquoi, la majorité des études cliniques mesure la douleur du patient à un moment précis et dépasse rarement une période de mesure de quelques heures.

Mais ce type de mesure peut présenter des problèmes de régression statistique, soit une tendance à rapprocher les extrêmes de la moyenne. Ainsi, si le patient se présente avec une douleur très importante ou une douleur relativement faible à la mesure prétraitement,

il y a de fortes chances qu'un traitement de même efficacité donne l'impression d'effets différents. Une des façons de remédier à ce problème est de mesurer la douleur sur plusieurs jours et à plusieurs moments pendant la journée. (43)

### **III.2. Localisations**

Avec l'aide du patient, il est facile d'établir la région de la douleur ainsi que son étendue. Mais cette localisation n'est pas suffisante pour établir un diagnostic ferme ; en effet, bon nombre de douleurs sont référées, c'est-à-dire que la douleur ressentie est souvent éloignée du site qui la provoque. Ces douleurs sont souvent d'origine viscérale, comme la douleur au bras gauche provoquée par la crise cardiaque.

Ainsi, la localisation de la douleur sera facilitée par la vérification des mouvements, postures ou événements qui augmentent ou diminuent la douleur. Par exemple, dans le cas de la lombalgie, si la douleur est augmentée quand le patient fait une extension arrière, nous penserons à une douleur d'origine « facettaire », tandis que si elle est augmentée quand il fait une flexion vers l'avant, nous penserons plutôt à une douleur d'origine discale. (43)

### **III.3. Les expériences antérieures**

Les expériences douloureuses sont mémorisées et pourraient servir de référence à un stimulus nociceptif. Cette notion est couramment employée en clinique, permettant de comparer une sensation algique récente à une douleur connue. (69)

### **III.4. Les facteurs culturels**

En effet, les rites religieux et ethniques de diverses sociétés (trépanation en Afrique Orientale, rite de la suspension aux crochets en Inde) n'entraînent que très rarement l'extériorisation d'une sensation douloureuse. (69)

### **III.5. Comportement et situation**

En fonction des situations qui les génèrent, les sensations douloureuses sont interprétées de façon très différente. Beecher (1959) a montré que les besoins en morphiniques sont différents chez les soldats blessés en situation de guerre et chez les civils qui présentent des lésions semblables : dans le premier cas, 33% des malades sollicitent un antalgique, 80% dans le deuxième. (69)

### **III.6. Caractéristiques psychosociales de la douleur**

La personnalité ou l'état psychologique du patient joue un rôle primordial dans la perception de la douleur. Un patient qui présente une douleur chronique provoquant un état dépressif ne répondra pas de la même façon à un traitement que s'il est émotionnellement stable.

Le milieu socio-culturel, de même que ses attentes et ses peurs face au traitement peuvent aussi grandement influencer sa perception de la douleur. (43)

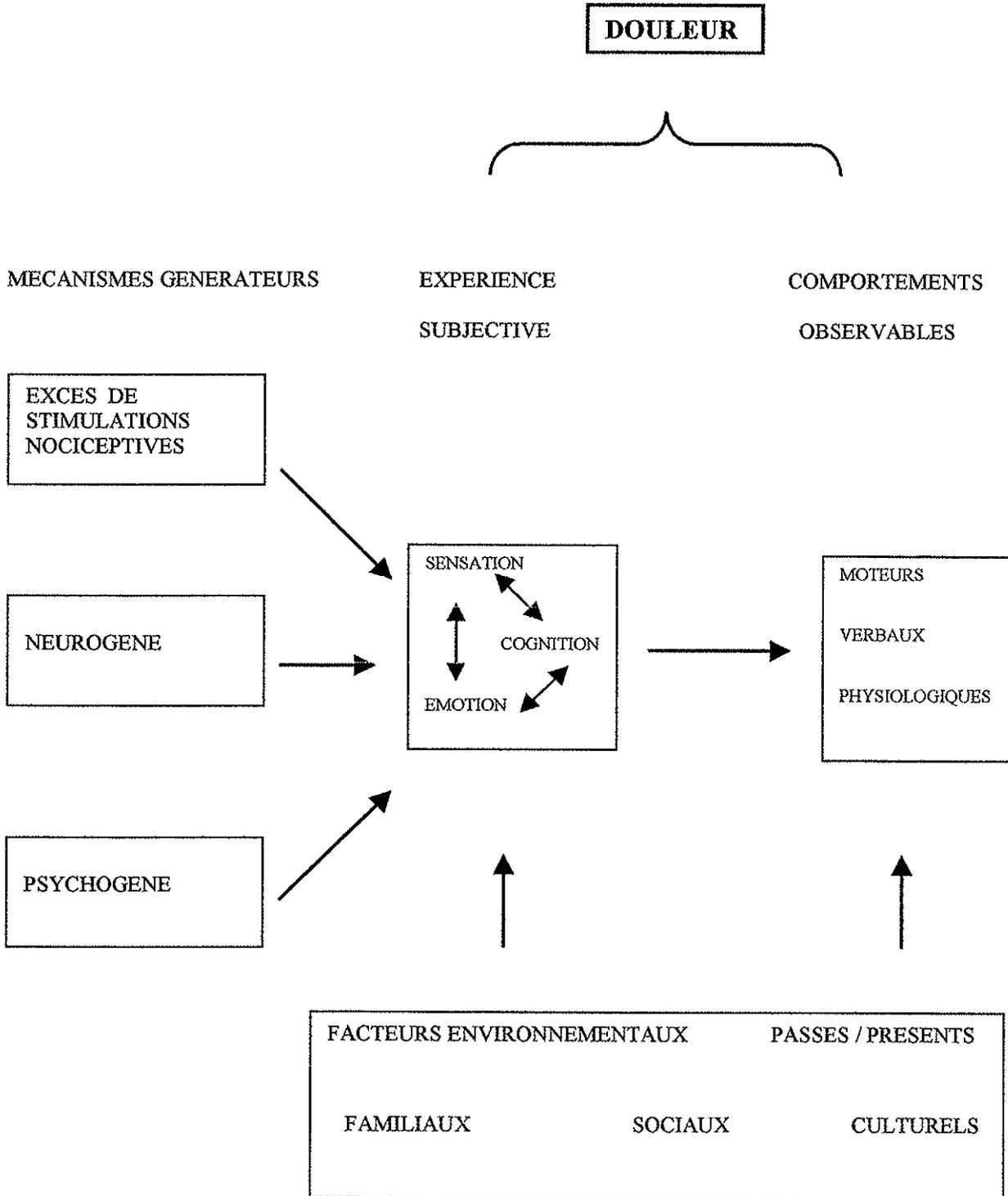
### **III.7. La douleur selon le sexe**

Les femmes, plus fréquemment que les hommes, sont affectées par des douleurs temporaires ou persistantes et semblent plus vulnérables face à certaines douleurs comme les maux de tête ainsi que les douleurs faciales et abdominales. Voilà en effet ce que révélèrent deux études épidémiologiques des années 1980.

Différentes hypothèses ont été données sans être concluantes. Cette différence semblerait s'expliquer en partie par l'aspect socio-culturel. (43)

Ceci n'est qu'une description sommaire de la multitude des facettes dont nous devons tenir compte au moment d'évaluer la douleur.

### III.8. Le modèle pluridimensionnel de la douleur (18)



# IV. CLASSIFICATIONS

## **IV.1. Classification selon la localisation (70)**

Dans la plupart des cas, la localisation de la douleur est une notion simple à obtenir, en dehors des douleurs intéressant les structures somatiques profondes ou les viscères qui donnent naissance à des douleurs référées. Il est préférable de localiser la douleur lorsque le patient présente une crise, car très souvent le siège et l'étendue de la douleur deviennent moins précis quand celle-ci a cessé.

### *IV.1.1. Les douleurs localisées*

Elles ne présentent pas d'irradiation et restent localisées par définition au site d'origine. Par exemple, il s'agit des douleurs retrouvées dans les bursites, les tendinites ou les arthrites.

### *IV.1.2. Les douleurs projetées*

Ce sont des douleurs qui sont transmises le long du trajet d'un nerf avec une localisation intéressant un dermatome ou une région périphérique qui dépend du siège de la lésion. Le message nociceptif prend naissance quelque part sur le trajet des voies sensitives périphériques ou centrales. Elles sont ressenties comme étant radiculaires ou bien comme provenant du champ périphérique correspondant.

Exemples : radiculopathies des douleurs post-zostériennes

névralgie du trijumeau

### *IV.1.3. Les douleurs référées*

Cette douleur est référée d'une région profonde ou d'un viscère à un champ périphérique, éloigné de l'organe qui souffre, et qui *a priori* ne semble avoir aucun rapport avec lui.

L'examen clinique ne retrouve pas d'hyperalgésie ou d'hyperesthésie.

Ce sont, par exemple, des douleurs de l'épaule dans les affections hépato-biliaires ou la douleur dans le territoire du cubital de l'insuffisance coronarienne.

## **IV.2. Classification selon des mécanismes physiopathologiques générateurs de la douleur**

Cette classification concerne essentiellement les douleurs chroniques. Son intérêt majeur est de faciliter la compréhension des phénomènes à l'origine de la douleur et de pouvoir orienter de façon optimale le choix du traitement.

### *IV.2.1. Douleurs par excès de nociception (16)*

Celles-ci sont liées à une activation du système de transmission des messages nociceptifs par une stimulation excessive des nocicepteurs.

#### **IV.2.1.1. Douleurs cutanées, articulaires et musculaires**

La stimulation excessive des nocicepteurs peut avoir plusieurs origines :

- lésionnelle : cas des lésions rhumatologiques articulaires, des traumatismes, des phénomènes d'écrasement ou de torsion au niveau tissulaire ; ces différents phénomènes entraînent des stimulations mécaniques des nocicepteurs. La stimulation des nocicepteurs peut aussi être thermique (brûlures) ou chimique (agents irritants).

- inflammatoire.

- ischémique : au niveau musculaire, il y a une douleur intense quand la contraction se fait en ischémie.

Le plus souvent, la douleur est renforcée ou entretenue par la libération des substances algogènes endogènes (substance P, somatostatine, peptide intestinal vasoactif VIP, ACTH, dynorphine, enképhalines, acides aminés excitateurs comme le L-glutamate, le N-méthyl-D-aspartate NMDA) susceptibles d'activer directement ou indirectement les nocicepteurs. (20)

#### **IV.2.1.2. Douleurs viscérales**

Au niveau viscéral, un plus petit nombre de stimulations est susceptible d'entraîner des douleurs.

Il existe trois types de douleurs viscérales :

- les douleurs en relation directe avec l'organe malade,
- les douleurs secondaires à l'atteinte des séreuses qui entourent l'organe

en cause,

- les douleurs référées.

Le traitement de ces douleurs réside dans la diminution voire la suppression du message nociceptif tout le long de son cheminement jusqu'aux structures centrales.

#### *IV.2.2. Douleurs neurogènes (7, 20)*

Il s'agit de douleurs essentiellement neurologiques.

Elles sont regroupées sous différents termes : douleur par désafférentation, douleur neurogène (Europe), douleur neuropathique (Etats-Unis).

Il s'agit d'un dysfonctionnement du système nerveux, avec des mécanismes complexes à la fois périphériques et centraux. Ce phénomène se traduit par une douleur spontanée s'exprimant en dehors de toute stimulation périphérique.

#### Exemples :

- Douleurs post-zostériennes
- Neuropathies périphériques métaboliques (diabète) ou toxiques (alcool)
- Douleurs des amputés et membres fantômes (SNP)
- Douleurs du SIDA (SNC ou SNP) (20)

#### *IV.2.3. La douleur psychogène*

Il s'agit d'une douleur « *sine materia* » (18), c'est-à-dire sans support identifié ou identifiable, sans altération tissulaire, ou comportant une lésion tissulaire avec majoration psychogène (stress, dépression, anxiété).

### **IV.3. Classification courante (20)**

#### *IV.3.1. Douleur aiguë (ou « douleur signal d'alarme »)*

Elle est récente, transitoire et disparaît rapidement. (20, 64)

Elle se rencontre dans différents contextes. Elle est en particulier fréquente en milieu chirurgical dans la période postopératoire, en traumatologie ou encore dans le contexte des urgences.

Dans la majorité des cas, elle est liée à l'activation du système de transmission du message douloureux : douleurs par excès de nociception (brûlure, pincement...). Un traitement étiologique la fait en général disparaître.

En dehors du contexte postopératoire, la douleur aiguë est une fonction d'alarme pour le patient. Elle l'alerte sur l'existence du traumatisme, d'une lésion ou d'une pathologie en cours d'installation.

Elle constitue un véritable élément d'orientation pour le diagnostic, dès lors que le patient exprime une plainte pour une douleur précise dans sa localisation, ses horaires et ses circonstances de survenue.

Elle entraîne souvent anxiété et stress. (20)

Il s'agit là de situations médicales courantes où la conduite de l'examen clinique est bien codifiée. (64)

#### Exemples :

- Douleurs postopératoires
- La douleur traumatique
- La douleur des brûlés
- Les douleurs abdominales aiguës
- Les douleurs thoraciques aiguës

### *IV.3.2. La douleur chronique (ou « douleur maladie »)*

Elle se définit comme « une expérience sensorielle et émotionnelle désagréable, liée à une lésion tissulaire existante ou potentielle, ou décrite en termes évoquant une telle lésion, évoluant depuis plus de trois à six mois et/ou susceptible d'affecter de façon péjorative le comportement ou le bien-être du patient, attribuable à toute cause non maligne ». Le terme de « douleur chronique », sans autre qualificatif, s'applique à des douleurs non cancéreuses. En cas de pathologie maligne, il est préférable de préciser qu'il s'agit de « douleur d'origine cancéreuse ». (1, 100)

La douleur chronique est souvent plus complexe que la douleur aiguë car elle peut s'associer à des facteurs secondaires physiopathologiques ou psychologiques (douleur maladie). Pour un certain nombre de douleurs chroniques (migraine, névralgie du trijumeau...), les mécanismes physiopathologiques ne sont pas totalement clarifiés alors que les traitements peuvent apporter une efficacité indéniable.

Elle entraîne souvent une dépression. Cette douleur n'a plus aucune fonction biologique. (20)

Madeleine de Scudéry disait « Les plus violentes douleurs, quand elles sont de peu de durée, se peuvent souffrir sans murmure, et les plus petites, quand elles sont continues, ne se peuvent endurer sans se plaindre . » (57)

#### Exemples :

- Les migraines et céphalées
- Les lombalgies communes
- Les douleurs articulaires et péri-articulaires (arthrose, arthrite)

*IV.3.3. Tableau comparatif des douleurs aiguë et chronique (non cancéreuse) (7, 8, 18)*

	<b>DOULEUR AIGUË (symptôme)</b>	<b>DOULEUR CHRONIQUE (syndrome)</b>
Finalité biologique	Utile Protectrice Signal d'alarme	Inutile Destructrice Maladie à part entière
Mécanisme générateur	Unifactoriel	Plurifactoriel
Réactions somatovégétatives	Réactionnelles	Habitude ou entretien
Composante affective	Anxiété	Dépression
Comportement	Réactionnel	Admis
Modèle de compréhension	Médical classique	Pluridimensionnel Somato-psycho-social
Objectif Thérapeutique	Curatif	Réadaptatif

## IV.4. Classification de l'IASP (43)

L'Association Internationale pour l'Etude de la Douleur a proposé une classification normalisée de la douleur chronique (Merskey et Bogduk, 1994). Cette classification repose sur un système de codification à cinq axes :

- Axe 1 : la région de la douleur
- Axe 2 : l'organe ou le système dont le mal fonctionnement cause la douleur
- Axe 3 : les caractéristiques temporelles de la douleur (profil d'occurrence)
- Axe 4 : l'intensité selon le patient ; moment d'apparition de la douleur
- Axe 5 : l'étiologie

A partir de cette codification, l'intervenant pourra inscrire au dossier du patient une cote qui permettra d'identifier rapidement les cinq axes de la douleur.

### AXE 1 : Régions de la douleur

Enregistrer le site principal dans un premier temps. S'il y a deux sites importants de douleur, ils devront être encodés individuellement. Il est possible d'indiquer qu'il y a plus de trois sites de douleur sans les spécifier.

Tête, face et bouche	000
Région cervicale	100
Epaules et membres supérieurs	200
Région thoracique	300
Région abdominale	400
Région lombaire, sacrée et coccygienne	500
Membres inférieurs	600
Région pelvienne	700
Région anale, génitale et périnéale	800
Plus de trois sites majeurs	900

## AXE 2 : Systèmes

Système nerveux (central, périphérique et autonome) et sens spéciaux ; dysfonction physiologique	00
Système nerveux (psychologique et social*)	10
Système respiratoire et cardio-vasculaire	20
Système musculo-squelettique	30
Glandes cutanées et sous-cutanées	40
Système gastro-intestinal	50
Système génito-urinaire	60
Autres organes et viscères	70
Plus d'un système	80

\*tout trouble psychiatrique sans aucune base physiologique

## AXE 3 : Caractéristiques temporelles

Données non enregistrées, non applicables ou inconnues	0
Episodes uniques à durée limitée	1
Douleur continue, ou presque continue sans aucune fluctuation ( ex : certaines douleurs lombaires)	2
Douleur continue, ou presque continue, avec des fluctuations de la gravité (ex: rupture d'un disque intervertébral)	3
Douleur récurrente, irrégulière (ex : maux de tête)	4
Douleur récurrente, régulière (ex : douleurs prémenstruelles)	5
Douleur paroxystique (ex: tic douloureux)	6
Douleur continue avec une composante paroxystique	7
Autres combinaisons	8
Aucune des précédentes	9

## AXE 4 : Intensité selon le patient ; moment d'apparition de la douleur

Données non enregistrées, non applicables ou inconnues	.0
Légère :	.1
un mois ou moins	.2
Un mois à six mois	.3
plus de six mois	.4
Moyenne :	.5
un mois ou moins	.6
un mois à six mois	.7
plus de six mois	.8
Forte :	.9
un mois ou moins	.0
un mois à six mois	.1
plus de six mois	.2

## AXE 5 : Etiologie

Désordre génétique ou congénital	.00
Traumatisme, opération ou brûlure	.01
Maladie infectieuse, parasitaire	.02
Inflammation (sans agents infectieux connus), réactions immunitaires	.03
Origine néoplasique	.04
Origine toxique, métabolique (ex : neuropathie due à l'alcoolisme, anoxie : vasculaire, nutritionnelle, endocrine), radiation	.05

Origine dégénérative, mécanique	.06
Origine dysfonctionnelle (incluant psychophysiologique)	.07
Origine inconnue, autre	.08
Origine psychologique (ex : hystérie, dépression, hallucination)	
sans aucune cause physiologique identifiable	.09

Exemples :

Néuralgie postherpétique légère au niveau de T5-T6, depuis six mois : 302.22

Céphalée de tension grave, depuis plus de six mois : 034.97

Douleur lombalgique d'intensité moyenne, depuis trois ans et d'origine inconnue :

532.58

Il est important de retenir que cette cotation doit servir à mieux diagnostiquer les causes de la douleur et à donner le meilleur traitement possible. Toutefois, il serait hasardeux de se limiter à cette évaluation.

# **Chapitre 2 : l'évaluation de la douleur**

# I. Généralités

## I.1. Introduction

Depuis l'Antiquité, les médecins ont cherché à calmer la douleur. Ce symptôme traduit de nombreuses agressions du corps humain. L'idéal est d'en traiter la cause, mais à défaut, un traitement symptomatique s'impose. (55) Cependant, l'évaluation de la douleur est indispensable avant toute décision thérapeutique ou après la mise en œuvre d'un traitement antalgique pour en apprécier l'efficacité. (20)

Mais évaluer la douleur n'est pas chose facile : il faudrait, en effet, disposer de méthodes pleinement objectives pour mesurer un phénomène qui est éminemment subjectif, complexe, multidimensionnel. C'est vrai principalement de la douleur chronique qui perdure depuis plusieurs mois, mais aussi des douleurs aiguës, post-traumatiques, postopératoires, qui sont encore insuffisamment traitées. (6) L'académicien français Jean-François Deniau disait même « la douleur ne se mesure pas » et selon lui, toute appréciation reste dans le relatif et le personnel, pour ne pas dire le sentiment. (Personnellement, il utilise une échelle qui va de « tout à fait supportable » à « pas du tout supportable »). (57)

Il importe donc de mettre au point des méthodes valides, sensibles et reproductibles. La pharmacologie clinique s'y est employée depuis longtemps et de très nombreuses méthodes d'évaluation de la douleur se sont développées et affinées avec le temps. Nous passerons en revue les principales et nous nous intéresserons plus particulièrement à l'une d'entre elle, très employée actuellement : l'échelle visuelle analogique ou EVA. (55)

## **I.2. Nécessité d'une évaluation**

Malgré les progrès scientifiques, nous ne disposons actuellement ni de moyen de mesure du stimulus qui génère la douleur, ni de moyen de mesure des effets de ce stimulus sur un sujet, ni de marqueurs biologiques du phénomène douleur. Il n'en reste pas moins que des critères valides sont nécessaires pour décrire la symptomatologie douloureuse et apprécier les effets cliniques d'une thérapeutique.

La nature plurifactorielle de la douleur rend nécessaire l'élaboration de critères d'évaluation de la douleur qui aideront à préciser la nature de celle-ci et à proposer le traitement adéquat. Divers arguments plaident en faveur de cette nécessité.

### *I.2.1. L'absence de concordance anatomo-clinique*

Il n'existe pas de relation simple entre le stimulus causal et l'expérience globale de la douleur, ou entre les différentes dimensions qui la constituent. Certains adoptent des attitudes stoïques et malgré une importante douleur perçue, aucun comportement de douleur n'est manifesté. A l'inverse, certains patients manifestent des comportements douloureux qui paraissent, à celui qui ne les perçoit pas, exagérés par rapport à la cause identifiée. Ainsi, quelles que soient les étiologies d'une douleur, il existe d'importantes variations interindividuelles. (voir chapitre 1) Pour choisir dans une hiérarchie de moyens analgésiques donnés, il est donc utile de préciser la sévérité et les divers facteurs constitutifs du phénomène douleur.

### *1.2.2. La "placébo-sensibilité"*

Elle a clairement été démontrée pour toute douleur quelle que soit son étiologie. Elle rend indispensable une méthodologie d'évaluation respectant des règles strictes. A un niveau individuel, à la suite des travaux de Beecher, il est devenu classique de proposer des échelles d'évaluation. Au niveau des essais cliniques, certaines règles aujourd'hui bien définies, permettent de rendre valide une étude : groupe contrôle, randomisation, double-aveugle, évaluation statistique des résultats.

### *1.2.3. Les effets des thérapeutiques*

Dans les douleurs (chroniques en particulier), ils suivent rarement la loi du tout ou rien. Des appréciations sensibles sont donc indispensables pour mettre en évidence un effet hypoalgésiant de faible intensité.

### *1.2.4. L'absence de modèles expérimentaux*

Malgré les progrès incontestables dans la recherche en matière de douleur, on ne dispose pas actuellement de modèles animaux ou expérimentaux qui reproduiraient de façon satisfaisante les différentes situations cliniques. De plus, il n'est pas possible d'extrapoler simplement de l'animal ou des conditions de laboratoire à l'homme malade, en particulier du fait de l'importance de la situation relationnelle pour ce dernier. De ce fait, quand une étude de laboratoire ne met pas en évidence l'effet antalgique d'une substance, cela ne signifie pas que ce produit n'aura pas d'efficacité en clinique.

### *1.2.5. L'absence de marqueurs biologiques*

L'évaluation neurobiologique de la douleur clinique n'a pas permis jusqu'alors la mise au point d'un marqueur biologique qui serait témoin de la douleur. Et même, un tel marqueur est-il concevable ? Ce test refléterait-il la composante sensorielle ou affective de la douleur ? Aurait-il une valeur de diagnostic ?

## **I.3. En pratique, pourquoi évaluer la douleur ? (13)**

Différentes enquêtes nationales et internationales ont montré que la douleur est sous-estimée par les soignants et que sa prise en charge n'est pas toujours optimale.

On peut supposer que si l'intensité de la douleur est mieux évaluée en pratique quotidienne, à l'aide d'instruments validés, la qualité de prise en charge en sera améliorée.

Disposer d'une méthode standardisée d'évaluation de l'intensité de la douleur et du soulagement nous paraît présenter de nombreux avantages :

- Identifier les malades ayant une douleur.

Tous les malades n'expriment pas spontanément leur douleur. L'absence de manifestation de douleur ne signifie pas obligatoirement l'absence de douleur perçue. Il convient donc de savoir évaluer systématiquement la douleur.

- Faciliter les prises de décisions de traitements symptomatiques analgésiques.
- Contrôler l'efficacité des traitements mis en œuvre.
- Améliorer la communication entre le malade et les soignants.

Un malade qui a appris à utiliser une méthode d'évaluation sait mieux ultérieurement communiquer sa douleur. Que le malade soit hospitalisé ou en ambulatoire, les

scores de douleur doivent être inscrits dans le dossier de soins ou le dossier médical. Ils peuvent ainsi être pris en compte par l'ensemble des intervenants et permettent des comparaisons lors de mesures successives. La réponse aux thérapeutiques antérieures ne dépend plus ainsi uniquement du souvenir du malade.

- Améliorer la relation médecin/malade.

L'évaluation de la douleur possède également une valeur relationnelle importante pour le malade qui se sent ainsi reconnu dans sa plainte.

#### **I.4. Les limites de la douleur**

En raison de la subjectivité et du caractère multidimensionnel de la douleur, la science se bute à un problème majeur, celui de la mesure objective de cette douleur.

En effet, aujourd'hui encore, la majorité des cliniciens mesure la douleur en posant une question dont la réponse est souvent binaire : « Est-ce que ça va mieux ? » Bien entendu, une mesure aussi peu précise ne serait pas acceptable face à un diagnostic en cardiologie ou encore en neurochirurgie. (43)

De plus, mesurer la douleur, c'est plus souvent mesurer les limites des instruments d'évaluation. Nous verrons dans les paragraphes suivants les problèmes posés par chacune des méthodes étudiées. (43)

Se pose également une autre question : comment choisir la ou les méthodes adaptées pour mesurer la douleur ? Les cliniques de la douleur (la première fut fondée à Seattle à l'initiative de John Bonica) regroupent des spécialistes venus de différentes disciplines qui s'efforcent précisément de moduler leur action et d'adapter leurs stratégies à la malléabilité, au polymorphisme des phénomènes douloureux et à la spécificité des cas traités.

(6)

## **I.5. Les structures d'évaluation et de traitement de la douleur (3)**

Les structures d'évaluation et de traitement de la douleur chronique rebelle se sont développées jusqu'à présent grâce à la volonté d'équipes pluridisciplinaires, en réponse à des besoins importants.

Dans son rapport d'enquête sur les structures d'évaluation et de traitement de la douleur, la Direction Générale de la Santé (DGS) note que « Cette activité est fragile, d'autant plus que souvent mal décrite dans les départements d'information médicale. En effet, il n'existe pas de critères relatifs à la douleur dans la classification internationale des pathologies et aucun acte spécifique (consultation, gestes techniques, comité de décision...) n'est reconnu, malgré leur particularité liée à la durée du temps consacré à une évaluation correcte de la douleur et à l'approche pluridisciplinaire de la prise en charge ». Le Ministère constate également que « la prise en charge de la douleur n'est pas suffisamment développée en France. »

### *1.5.1. Types de structures spécialisées impliquées dans la prise en charge de la douleur chronique rebelle*

Une structure **pluridisciplinaire** d'évaluation et de traitement de la douleur chronique rebelle peut être organisée de trois manières différentes :

#### **- Les consultations d'évaluation et de traitement de la douleur**

Il s'agit d'une organisation de consultations pluridisciplinaires internes et externes, spécifiques à l'évaluation et au traitement de la douleur chronique rebelle. Elle permet

l'approche globale nécessaire : prévention, soin, réinsertion, prise en compte du patient douloureux dans son milieu familial, social et professionnel. Dans la plupart des cas, la consultation suffit à la prise en charge du patient. (3)

Elles peuvent être structurées au sein des établissements de santé publics ou privés. (21)

**- Les unités d'évaluation et de traitement de la douleur**

En plus de l'organisation de base des consultations pluridisciplinaires internes et externes, l'équipe dispose ou accède à des lits d'hospitalisation et/ou des places en hôpital de jour spécifiques à l'évaluation et au traitement de la douleur. (3)

La mise en route des thérapeutiques ne concerne dans ce cas qu'un faible nombre de patients. (21)

**- Les centres d'évaluation et de traitement de la douleur**

Les centres sont insérés dans des structures hospitalo-universitaires ou hospitalières, liées à une université, ayant une triple mission de soins, de recherche et d'enseignement. Ils regroupent des cliniciens spécialisés, des enseignants chercheurs, éventuellement des scientifiques, et permettent ainsi d'aborder conjointement la prise en charge des malades, la formation des médecins et du personnel soignant et les différents aspects de la recherche médicale. Ces structures ont à leur disposition des locaux de consultation, accèdent à des laboratoires d'exploration et comportent un secteur propre d'hospitalisation spécifique à l'évaluation et au traitement de la douleur.

Pour être identifiée en tant que centre, la structure doit avoir également satisfait aux exigences d'identification en tant que consultation et/ou unité pluridisciplinaire de prise en charge de la douleur chronique. (21)

Les principales caractéristiques des trois types d'organisation d'une structure d'évaluation et de traitement de la douleur sont décrites dans le tableau suivant :

<b>Structure d'évaluation et de traitement de la douleur</b>	<b>Consultation</b>	<b>Unité</b>	<b>Centre</b>
pluridisciplinarité	oui	oui	oui
Equipe mobile	oui	oui	oui
Lits d'hospitalisation spécifiques*	non	oui	oui
Temps de consultation externe	Temps partiel (minimum de deux demi-journées par semaine)	Temps partiel/complet (minimum de cinq demi-journées par semaine)	Temps complet (dix demi-journées)
Plateau technique**	Accès	Disponibilité	Acquisition ou disponibilité
Activités de formation	oui	oui	oui
Activités de recherche	oui (facultative)	oui (souhaitable)	oui (obligatoire)
Programme d'assurance de qualité	oui	oui	oui

\*Un lit d'hospitalisation spécifique est un lit d'hospitalisation dont l'encadrement soignant est formé spécifiquement à la prise en charge de la douleur.

\*\*Le plateau technique comprend à la fois des éléments matériels (par exemple, et respectivement, salle de neurochirurgie, salle de radiologie interventionnelle, d'une part et matériels de neurostimulation pour bloc anesthésique ... d'autre part) et des compétences (kinésithérapie, physiothérapie, techniques cognitives et comportementales, psychothérapie par exemple).

Remarque :

Les éléments pouvant caractériser un centre d'évaluation et de traitement de la douleur ont été définis en partie par le Comité sur le traitement de la douleur de la Société Américaine d'Anesthésie (ASA), par l'Association Internationale d'Etude de la Douleur (IASP) et par le groupe de travail sur les structures spécialisées dans le traitement de la douleur chronique. (53)

Le caractère régional, évoqué dans certains textes officiels ne paraît pas être actuellement un critère opérationnel pour le développement des centres. L'initiative locale, les compétences existantes et la volonté de développement de structures d'évaluation et de traitement de la douleur sont des facteurs plus importants. (52)

### *1.5.2. Mission*

La mission des structures d'évaluation et de traitement de la douleur est l'amélioration globale de la prise en charge et du traitement de la douleur chronique rebelle, tant en établissements de soins qu'en ambulatoire.

### *1.5.3. Domaines d'activités*

Les activités d'une structure d'évaluation et de traitement de la douleur peuvent être de trois ordres :

- Soins
- Enseignement
- Recherche

Une structure peut s'intéresser à une ou plusieurs pathologies selon la qualification des participants. Les pathologies les plus fréquemment rencontrées sont : la pathologie vertébrale, les cancers, les affections neurologiques, les céphalées et les psychalgies.

## **I.6. La prise en charge de la douleur : priorité de santé publique**

La prise en charge de la douleur des patients présentait, jusqu'à aujourd'hui, de nombreuses carences. (68) La lutte contre la douleur est devenue une priorité nationale. (21)

### *I.6.1. Loi de 1995 : article L710.3.1 du Code de la Santé*

#### *Publique CSP*

Cette loi fait obligation à tous les hôpitaux, privés ou publics, de s'intéresser à la prise en charge de la douleur. En effet, les établissements de santé doivent répondre depuis 1995 à l'obligation inscrite dans l'article L710.3.1 du CSP qui prévoit que « Les établissements de santé, les établissements médico-sociaux mettent en œuvre les moyens appropriés pour prendre en charge la douleur des patients qu'ils accueillent » et que « pour les établissements de santé publics, ces moyens sont définis dans le projet d'établissement. »

De même, l'article 2 de la Charte du patient hospitalisé mentionne « qu'au cours des traitements et des soins, la prise en compte de la dimension douloureuse physique et psychologique des patients et le soulagement de la souffrance doivent être une préoccupation constante de tous les intervenants. » (68)

## *I.6.2. La circulaire DGS/DH n°98/586 du 22*

*Septembre 1998*

Destinée aux établissements hospitaliers, cette circulaire fixe le programme de lutte contre la douleur, présenté par Bernard Kouchner.

Ce plan anti-douleur s'articule autour de quatre axes principaux :

- **Prendre en compte la demande du patient (21, 68)**

Le plan de lutte contre la douleur met le patient au centre du système de soins et de santé et prévoit un certain nombre de mesures qui le concernent directement :

- L'élaboration et l'attribution du carnet de la douleur, qui sera remis au patient à son arrivée dans l'établissement de soins, qu'il soit privé ou public. Ce carnet permettra une meilleure information sur la douleur, son évaluation, sa prise en compte par l'équipe soignante et la réponse adaptée qu'il est en droit de demander et qui peut y être apportée.

- **La systématisation de l'utilisation des outils de mesure de la douleur** (échelle analogique ou réglette), l'attribution à tous les professionnels de santé - à peu près un million de personnes en France - de réglottes d'évaluation de la douleur ne pouvant se concevoir qu'avec une information et uniquement s'il existe des protocoles de soins accessibles.

- **La mesure de la satisfaction** des usagers, qui sera faite à l'aide des fiches de sortie hospitalière relatives où les patients reporteront des éléments permettant d'apprécier la qualité de prise en charge des douleurs en cours d'hospitalisation.

- L'information des patients sur l'existence des **centres de lutte contre la douleur**.

- L'attribution aux établissements de santé de **pompes d'auto-analgésie contrôlée** par le patient. Après avoir réalisé un état des lieux et dans le cadre de projets pilotes, ces pompes seront attribuées aux établissements de santé qui en auront fait la demande. Une formation sera assurée au sein de chaque établissement concerné. Mille pompes seront ainsi attribuées.

- Dans le cadre de l'urgence, **les infirmières et les infirmiers pourront débiter un traitement anti-douleur**, à condition que ce traitement fasse partie d'un protocole, que ce protocole soit clairement lisible et accessible et qu'il soit consigné par le chef de service et le directeur des services de soins infirmiers. Ce protocole pourra être débuté par l'infirmier ou l'infirmière, à condition que ces derniers aient prévenu le médecin de sa mise en œuvre.

- Le plan de lutte contre la douleur vise également à **simplifier les modalités de prescription des antalgiques majeurs**. Ainsi, le carnet à souche est remplacé par des ordonnances filigranées infalsifiables utilisées, par ailleurs, pour toutes les prescriptions.

- La mise sur le marché de **formes pédiatriques** d'antalgiques majeurs sera facilitée (une préparation de codéine à usage pédiatrique, Codenfan\*, est à la disposition du corps médical).

▪ **Développer la lutte : établissements et réseaux de soins (68)**

- Afin de se conformer à la loi, un guide sera mis au point, permettant aux établissements de santé de définir des objectifs de prise en charge de la douleur en termes de

projet médical, de projets de soins infirmiers, de plan de formation, de gestion et de système d'information.

- Les établissements de santé seront incités à mettre en place des **comités de lutte contre la douleur**.

- Des postes de praticiens hospitaliers (P.H) dévolus à la prise en charge de la douleur seront créés : huit en 1998, neuf en 1999.

- La refonte de la nomenclature des actes diagnostiques et thérapeutiques a permis d'identifier au sein de cette nomenclature un chapitre douleur qui a été l'objet de nombreux travaux de la part de la CNAM et du Collège national des médecins de la douleur. Cette nomenclature est terminée et la réflexion actuelle repose sur l'attribution d'un aspect tarifaire à chaque libellé et code de la nomenclature.

- La qualité de la prise en charge de la douleur au sein des établissements sera un des éléments pris en compte dans les procédures d'accréditation. De même, les contrats d'objectifs et de moyens passés entre l'établissement et les agences régionales d'hospitalisation comporteront des indicateurs de qualité sur la prise en charge de la douleur.

- En ce qui concerne les réseaux, le cahier des charges qui sera proposé aux réseaux susceptibles de bénéficier de financements publics intégrera la réflexion sur la lutte contre la douleur au niveau de la charte de la formation des intervenants et de la formation des réseaux et des référents.

Les réseaux ville-hôpital de prise en charge de la douleur chronique rebelle seront privilégiés et une réflexion est portée actuellement sur la valorisation de la première consultation ou de la constitution d'un forfait douleur.

- **Développer la formation et l'information des professionnels de santé (68)**

Le thème de la douleur sera intégré dans les différentes formations des médecins comme dans celles des autres professionnels : formation initiale, optionnelle, continue.

Par ailleurs, **des antalgiques majeurs seront sortis de la réserve hospitalière et mis à la disposition des praticiens de ville.**

- **Informier le public (68)**

Une campagne d'information grand public a débuté fin 1998 et se poursuit.

Conclusion :

Il faut considérer chacune des actions décrites comme étant une des pièces d'un puzzle qui, assemblées les unes aux autres, permettront d'assurer la qualité de la prise en charge de la douleur en France.

Le Docteur Alain Serrié, du Département de diagnostic et de traitement de la douleur à l'hôpital Lariboisière à Paris dit « Il faut concevoir chaque action avec une information, une formation et une évaluation du suivi. Vouloir maîtriser la douleur doit s'imposer comme une priorité de notre système de santé. Ce plan d'action doit pouvoir contribuer à l'amélioration de

la qualité de cette prise en charge et doit pouvoir permettre un changement dans la pratique quotidienne et dans les mentalités. » (68)

Nous allons maintenant examiner les moyens principaux pour évaluer la douleur.

En pratique, pour examiner un douloureux et évaluer la sévérité de son état, on dispose d'une batterie d'outils :

- l'interrogatoire du patient et de son entourage,
- l'examen clinique : général et neurologique,
- l'analyse du vocabulaire utilisé, grâce à des questionnaires dont l'objectif est d'étudier et de dissocier les composantes sensorielles et affectives de la douleur,
- l'utilisation d'échelles d'auto-évaluation permettant une estimation globale de l'intensité d'une douleur chez un patient donné,
- l'utilisation d'échelles comportementales appréciant le retentissement sur les activités du patient,
- enfin, l'entretien psychologique et des tests psychométriques évaluant plus spécifiquement la composante psychologique. (41) (Ce sujet ne sera pas abordé)

Etant donné l'existence d'une multitude de méthodes de mesure, nous distinguerons l'évaluation **qualitative** de la douleur de l'évaluation **quantitative**.

## **II. Première démarche : l'interrogatoire**

On évoquera principalement l'interrogatoire du douloureux chronique. En effet, en cas de douleur aiguë, la composante " durée " n'intervient pas, ce qui simplifie énormément le problème.

L'interrogatoire des malades souffrant de douleurs chroniques demande beaucoup de temps, mais temps bien évidemment limité. C'est pourquoi, l'entretien initial doit être parfaitement organisé par un interrogatoire guidé à l'aide d'un véritable " check-list ", qui permet de ne rien oublier. Quel que soit le stade évolutif de la " douleur maladie ", l'histoire du patient doit être analysée point par point, de manière à vérifier le diagnostic, à établir la gravité de ses conséquences socioprofessionnelles et à essayer de comprendre la raison des échecs thérapeutiques antérieurs. (41, 70)

C'est ainsi que l'on précisera :

### **II.1. L'histoire de la maladie**

#### *II.1.1. Le mode de début*

Il faut connaître le mode de début ainsi que les circonstances exactes d'apparition de cette douleur : progressive ou brutale.

Et il est important de savoir comment elle a été prise en charge dans cette phase initiale. (41, 70)

Il faudra enfin penser à rechercher tous les éléments familiaux, sociaux ou professionnels contemporains du début de la douleur et qui auraient pu jouer le rôle de " choc émotionnel " prédisposant à sa chronicité.

### *II.1.2. L'évolution de la douleur*

Sa durée est variable : des mois ou des années. Elle doit être prise en compte dans le retentissement. Des circonstances de la vie du malade peuvent jouer le rôle de facteurs favorisant et aggravants, ou au contraire, de facteurs améliorants de la douleur chronique. Certains de ces facteurs sont immédiatement évocateurs d'un diagnostic étiologique.

Par exemple, l'importance des facteurs alimentaires ou hormonaux dans le déclenchement des crises de migraine, la notion de métier exposé, d'efforts physiques exagérés dans la genèse des lombalgies... Il sera d'autant plus important de les connaître que le traitement de fond de la " douleur maladie " devra en tenir compte.

Le mode évolutif de la douleur chronique est très souvent caractéristique : soit selon un mode continu et stable, soit permanent avec des paroxysmes de recrudescence plus ou moins longue, soit enfin par crises paroxystiques entrecoupées de périodes plus ou moins longues d'accalmie complète. (41)

## **II.2. Les antécédents pathologiques**

Le passé médical du patient, ainsi que son état de santé antérieur à la douleur chronique sont importants car ils donnent un aperçu de l'objectif potentiel à atteindre. (70) Spontanément le malade va impliquer un événement médical, personnel ou autre, dans l'origine de sa douleur. Parfois, au contraire, il la considérera comme spontanée.

L'interrogatoire s'efforcera de vérifier la relation de cause à effet : c'est ainsi qu'une carie dentaire peut, à tort, être accusée d'être à l'origine d'une névralgie du trijumeau.(41)

De plus, il est certain qu'un patient au passé médical lourd n'aura pas, dans la plupart des cas, la même possibilité de récupération que celui qui était en excellent état général quand a débuté la douleur. (70)

Il est donc utile de faire préciser l'existence de toute pathologie antérieure, du retentissement socioprofessionnel qu'elle a pu avoir, et surtout de rechercher l'éventualité d'antécédents de syndrome dépressif. (41)

### **II.3. Les caractéristiques cliniques de la douleur**

Ces données doivent toujours être analysées avec attention tellement elles sont significatives. Il s'agit des données :

- topographiques : point de départ exact, trajet précis et prolongement à distance de la douleur, c'est-à-dire irradiation,
- qualitatives : intensité, description...
- associées : signes d'accompagnement divers. (41)

### **II.4. L'enquête thérapeutique**

Elle doit s'attacher à rassembler l'ensemble des traitements proposés, qu'ils soient médicamenteux, physiques, psychologiques, psychiatriques, chirurgicaux ou parallèles. (70)

La manière dont un patient a réagi aux différents traitements déjà effectués représente une information non négligeable, voire primordiale. D'une part, certains

médicaments ont une véritable signification de test diagnostique : par exemple, le tartrate d'ergotamine pour la crise de migraine.

D'autre part, il est important de connaître la manière dont un médicament a été prescrit (voie orale ou intraveineuse pour les antidépresseurs tricycliques), quelles sont les doses qui ont été utilisées, et pendant combien de temps, quels sont les effets secondaires qui ont pu conduire à son interruption. En effet, autant il s'avère inutile de prescrire un médicament s'il a été inefficace ou mal toléré, autant il peut être indiqué de le prescrire à nouveau si son mode de prescription n'a pas été conforme ou s'il a été trop rapidement interrompu. D'où l'intérêt du carnet de santé où toutes les prescriptions ainsi que leurs effets favorables et/ou indésirables seraient notés.

De plus, il faut déterminer si les caractères de la douleur ne sont pas modifiés sous l'effet d'un traitement. C'est ainsi qu'après un geste chirurgical percutané, la douleur, qui était violente et paroxystique, a pu être atténuée mais reste continue. Dans ce cas, toute la stratégie thérapeutique doit changer.

Enfin, l'enquête permet de juger la manière dont le patient a vécu les échecs successifs face à sa douleur rebelle, comment au cours d'un périple thérapeutique, parfois long, ont évolué ses relations avec son entourage ainsi qu'avec le corps médical. (41)

## **II.5. L'évaluation des conséquences fonctionnelles et socioprofessionnelles**

La limitation des activités habituelles de la vie quotidienne, l'interruption d'activités sportives, les insomnies, les arrêts de travail répétés, la modification du caractère et de l'humeur, la perte de l'appétit... sont d'autant d'indicateurs fiables du retentissement de la

douleur. L'entretien avec l'entourage direct du patient, mais aussi avec le médecin de famille, permet d'en mesurer la gravité.

Il est enfin indispensable d'apprécier le contexte socioprofessionnel. Existe-t-il en particulier une situation de conflit avec la sécurité sociale ou l'employeur ? Une demande de réévaluation de pension d'invalidité a-t-elle été formulée ? Est-ce qu'un changement de poste de travail a été demandé ou refusé ?

La douleur chronique rebelle est la plus grande cause d'interruption de travail. De plus, le handicap qu'elle entraîne est souvent mal compris car la douleur n'est pas une maladie évidente. (41)

Tableau : grille d'entretien semi-structuré avec le patient douloureux chronique (2)

### **Ancienneté de la douleur**

#### **Mode de début**

- Circonstances exactes (maladie, traumatisme, accident de travail...)
- Description de la douleur initiale
- Modalités de prise en charge immédiate
- Événements de vie concomitants
- Diagnostic initial, explications données
- Retentissement (anxiété, dépression, troubles du sommeil, incapacités fonctionnelle et professionnelle...)

### **Profil évolutif du syndrome douloureux**

- Comment s'est installé l'état douloureux persistant à partir de la douleur initiale
- Profil évolutif : douleur permanente, récurrente, intermittente...
- Degré du retentissement (anxiété, dépression, troubles du sommeil, incapacités fonctionnelle et professionnelle...)

### **Traitements effectués et actuels**

- Traitements médicamenteux et non médicamenteux antérieurs, actuels
- Modes d'administration des médicaments, doses, durées
- Effets bénéfiques partiels, effets indésirables, raisons d'abandon

### **Antécédents et pathologies associées**

- Familiaux
- Personnels (médicaux, obstétricaux, chirurgicaux et psychiatriques) et leur évolutivité
- Expériences douloureuses antérieures

### **Description de la douleur actuelle**

- Topographie
- Type de sensation (brûlure, décharge électrique...)
- Intensité
- Retentissement (anxiété, dépression, troubles du sommeil, incapacités fonctionnelle et professionnelle...)
- Facteurs d'aggravation et de soulagement de la douleur

## **Contextes familial, psychosocial, médico-légal et incidences**

- Situation familiale
- Situation sociale
- Statut professionnel et satisfaction au travail
- Indemnisations perçues, attendues ; implications financières
- Procédures

## **Facteurs cognitifs**

- Représentation de la maladie (peur d'une maladie évolutive...)
- Interprétation des avis médicaux

## **Facteurs comportementaux**

- Attitude vis-à-vis de la maladie (passivité...)
- Modalités de prise des médicaments
- Observance des prescriptions

## **Analyse de la demande**

- Attentes du patient (faisabilité, reformulation)
- Objectifs partagés entre le patient et le médecin

Ainsi, l'interrogatoire dirigé et systématique devra prendre en compte toutes ces composantes de manière à mieux orienter la poursuite de l'évaluation clinique : très souvent, il peut déjà permettre une proposition thérapeutique adaptée.

De nombreux centres d'évaluation et de traitement de la douleur préparent ce long interrogatoire par questionnaire dit " d'orientation ". Il est confidentiel, et permet d'une part de vérifier que le patient relève effectivement d'une prise en charge dans un centre anti-douleur et d'autre part de faciliter l'orientation du malade vers le ou les spécialistes concernés de l'équipe pluridisciplinaire. (41)

Remarques : l'examen clinique et les examens complémentaires.

La deuxième étape clinique est primordiale. Orienté par l'histoire de la douleur et des antécédents du patient, l'examen clinique comprend principalement quatre étapes (41, 70) :

- Un examen général

Il permet d'apprécier l'état général, l'état viscéral (64) (Par exemple, une augmentation de la fréquence cardiaque et de la pression artérielle est souvent contemporaine de la survenue des douleurs. Les modulations de la fréquence respiratoire peuvent être un témoin indirect de la qualité de l'analgésie. En réalité, elles restent surtout un élément de surveillance des traitements antalgiques morphiniques.) (18), l'état vasculaire, l'état neurologique, l'état articulaire, un examen soigneux de la colonne vertébrale, y compris la mobilité de chacun de ses segments.

- Un examen de la région douloureuse
- Un examen neurologique
- Un examen musculo-squelettique (70)

Des examens complémentaires doivent être envisagés au moindre doute : un changement d'allure dans l'évolution de la douleur, l'apparition à l'examen clinique d'un signe

déficitaire qui n'existait pas auparavant, une récurrence de la symptomatologie douloureuse après une période d'accalmie inexplicite de l'état général. (70)

Il existe bien sûr à l'heure actuelle de nombreuses techniques : scanner, IRM, méthodes électrophysiologiques, électromyographiques...

### **III. L'évaluation qualitative de la douleur**

#### **III.1. Le comportement douloureux**

##### *III.1.1. Le comportement douloureux : une langue internationale*

Certains s'étonneront que l'évaluation d'un phénomène subjectif comme la douleur considère ses aspects comportementaux. La raison est que le retentissement d'une douleur est indiscutablement l'indicateur le plus " objectif " du degré de handicap, d'invalidité et donc de la sévérité de la douleur. Il est, par conséquent, important de savoir évaluer une douleur d'après ce que le patient fait ou ne fait pas et non uniquement d'après ce qu'il dit de sa douleur. (8, 28)

D'où l'attention que soignants et proches doivent porter à la " mimique " et à " l'attitude " du malade douloureux. Un faciès crispé (57), un visage plissé de rides, des yeux fermés... la mimique traduit fidèlement l'intensité de sa souffrance. Notons que la mimique dépend aussi de facteurs sociaux et culturels. L'impassibilité, la retenue, le sourire affecté maquillent la douleur. (45)

Les gestes, les contorsions (45), une boiterie, certaines postures, une agitation (57) ou au contraire l'immobilité, la parcimonie dans le mouvement, la non-utilisation d'un segment de membre (8), l'attitude repliée et précautionneuse... traduisent les émotions qui accompagnent la douleur : angoisse, tristesse ou à l'inverse l'irritation, l'impatience, l'agressivité. Ils complètent l'expression du visage.

### *III.1.2. L'analyse du comportement*

Peu d'études ont abordé les comportements douloureux observables lors de la consultation médicale. Reposant sur l'observation directe, ils auraient l'intérêt d'être plus objectifs. (8)

#### **III.1.2.1. Avantages de cette méthode**

Dans certaines situations cliniques ou aux âges extrêmes de la vie (enfant, personne âgée notamment démente), l'impossibilité du rapport verbal reste un handicap pour apprécier une douleur. Des approches comportementales permettent alors de quantifier celle-ci au travers de ses manifestations observables ou comportementales.

Ainsi, dans la douleur aiguë, l'appréciation du comportement peut s'avérer utile lorsque le rapport verbal est difficile à recueillir. Se limiter à la seule observation des comportements douloureux peut apporter une aide.

Pour déterminer la sévérité d'une douleur chronique, l'appréciation du retentissement sur le comportement a un intérêt particulier. Lors de l'analyse des effets à long terme d'un traitement analgésique, le résultat final s'apprécie non seulement par le soulagement de la douleur perçue, mais aussi par les modifications observées dans le

comportement quotidien du patient. Pour éviter que l'observateur décide de façon arbitraire si une douleur est plus ou moins intense, plus ou moins exagérée, plus ou moins invalidante, il lui faut disposer d'indices objectifs, reproductibles, fidèles d'un observateur à l'autre. Diverses manifestations comportementales peuvent servir d'indices pour apprécier la sévérité d'une douleur.

Notons qu'un grand nombre d'échelles a été élaboré ; les plus utilisées, notamment dans le domaine de la cancérologie sont les échelles de Bourhis et Coll. Les échelles ne se contentent pas de quantifier la douleur (70), elles permettent aussi d'apprécier le retentissement fonctionnel du handicap entraîné par la douleur, ses répercussions. Elles sont également un moyen pour le patient de s'auto-observer et donc d'améliorer ses propres performances, d'où leur valeur thérapeutique. De plus, le recours à des échelles standardisées permet au patient et à l'équipe médicale et paramédicale soignante de partager des critères d'efficacité et de surveillance thérapeutique communs. (41)

### **III.1.2.2. Un inconvénient majeur**

Une limite tient à la courte durée de l'observation (8) et à sa réalisation en dehors du contexte habituel. (70)

Autant l'observation directe est facile à réaliser lors d'une consultation, autant les problèmes deviennent plus complexes pour des observations portant sur 24 heures chez un patient hospitalisé, et *a fortiori* chez un patient consultant externe. Dans ce cas, les informations vont souvent dépendre du rapport verbal du patient et perdent, de ce fait, pour une part leur valeur d'observation directe. (8)

Ainsi, si l'on désire une appréciation plus objective, il est nécessaire d'utiliser les échelles comportementales à différents temps de la prise en charge du patient. (70)

### III.1.3. Les échelles comportementales de Bourhis et

#### Coll

Ils ont décrit trois échelles comportementales qui permettent d'apprécier le comportement douloureux :

- la fréquence des plaintes et l'envahissement du langage,
- le retentissement sur les activités professionnelles et de loisirs,
- la demande d'antalgiques.

Ce dernier paramètre entraîne plusieurs remarques :

- En premier lieu, il est très discutable, puisqu'*a priori*, les antalgiques ne sont pas donnés à la demande, certains patients en abusent et d'autres n'en demandent pas. (70)

- En second lieu, lorsqu'on utilise ces échelles, il convient de s'assurer que les antalgiques pris sont efficaces car l'arrêt d'un traitement sans efficacité ne peut être retenu comme un critère valable.

- De plus, l'évaluation de la demande doit préciser ce qui revient à un comportement douloureux spontané et ce qui revient au mode de prescription.

- Et avant de conclure à une efficacité ou une inefficacité, le rythme des prescriptions des analgésiques doit être fait à rythmes réguliers. En effet, diverses études ont montré qu'il est préférable de prescrire les antalgiques à horaire fixe plutôt qu'à la demande.

- Enfin, le docteur Bond a observé que même si l'évaluation par l'EVA ne montre pas une plus grande douleur perçue, les patients extravertis sont plus enclins que les introvertis à se plaindre et à réclamer des médicaments.

Tableau : exemple d'échelles comportementales (8, 58)

### **Envahissement du langage par la plainte**

1. Pas de plainte, même à l'interrogatoire
2. Plainte uniquement à l'interrogatoire
3. Plainte spontanée, mais peu fréquente, et s'adressant seulement à certaines personnes de l'entourage
4. Envahissement partiel du langage par la plainte : le patient se plaint à tout le monde, mais est cependant capable de parler d'autre chose
5. Envahissement complet du langage par la plainte

### **Réduction des activités spontanées**

1. Activité normale : le sujet se rend au travail
2. Activité extérieure partielle : le sujet abandonne certains travaux et distractions habituels
3. Activité de chambre
4. Confinement au lit : malade grabataire

### **Demande d'antalgiques**

1. Demande nulle
2. Demande  $\leq$  3 fois/24h d'antalgique per os
3. Demande  $>$  3 fois/24h d'antalgique per os
4. Demande  $\leq$  3 fois/24h d'antalgique injectable
5. Demande  $>$  3 fois/24h d'antalgique injectable

### *III.1.4. Méthode d'observation de Keefe et Block (35)*

C'est un outil largement utilisé pour évaluer les " comportements douloureux ", en particulier pour les lombalgies, mais aussi pour d'autres syndromes douloureux.

Ceci recouvre cinq catégories de comportements :

- la raideur anormale, le mouvement rigide ou interrompu lorsque le sujet passe d'une position à une autre, (la mise en garde)
- la position stationnaire dans laquelle un membre totalement déroulé, soutient et maintient une distribution anormale du poids du corps, (l'ancrage)
- toucher, frotter, ou tenir la partie du corps douloureux, (frottement)
- les expressions douloureuses de la face, avec le front ridé, les yeux mi-clos, les lèvres pincées, la bouche crispée et les dents serrées, (les grimaces)
- une expiration évidente et exagérée. (le soupir)

Au cours des enregistrements vidéo, l'expérimentateur dit au patient de s'asseoir, de marcher, de se mettre debout, et de s'allonger. Des observateurs dûment formés visionnent les enregistrements et cotent les comportements ci-dessus. Les séquences durent 30 secondes.  
(36)

Dans de nombreuses études, Keefe et ses collaborateurs, mais aussi d'autres auteurs, ont noté une fidélité et une validité satisfaisantes de ces mesures.

Malheureusement, même si cet outil est excellent sur le plan psychométrique, le temps d'examen est long, ce qui pose un problème d'utilisation en clinique. (18)

### *III.1.5. Les check-lists comportementaux*

Il est plus facile de les manier que d'effectuer des observations comportementales.

Nous pouvons citer :

### **III.1.5.1. L'échelle de comportements douloureux de l'Université d'Alabama-Birmingham (ECDUAB)**

Elle a été mise au point par Richards, Népomucéno, Riles et Suer en 1982. (62)

Elle implique un observateur pour coter sur une échelle en trois points l'intensité et la fréquence de dix comportements douloureux. Les catégories comprennent des expressions non-verbales de la douleur, la position allongée, les grimaces, la posture, la mobilité, le langage corporel, le recours aux aides, le mouvement pendant le repos et la prise de médicaments.

Les auteurs font part d'une validité et d'une fidélité acceptables de cet instrument.

### **III.1.5.2. Le check-list des comportements douloureux interpersonnels (CCDI)**

Celui-ci, version modifiée de l'échelle précédente, a été mis au point par Vlaeyen.

Il comprend 22 items (exemple : position anormale, agité et nerveux) qui sont cotés sur une échelle en cinq points.

Les auteurs font part d'une fidélité et d'une validité acceptables. (73)

### **III.1.5.3. Le check-list des comportements douloureux (CLCD)**

Il varie sur deux dimensions " visible, audible " et " affective, comportementale ".

### **III.1.5.4. L'échelle de comportements douloureux de Tübingen (ECDT) (27)**

Elle recouvre 10 comportements douloureux :

- boiter (ou une marche pas équilibrée),
- soupirer (l'inspiration profonde et l'expiration rapide),
- grimacer,
- être figé (le faciès imperturbable et l'absence de changements de posture et de gestes),
- toucher la partie du corps atteinte,
- effectuer des changements de posture fréquents,
- effectuer des mouvements de façon lente,
- émettre des plaintes (manifestations verbales de la douleur),
- pleurer,
- le repos (éviter de bouger, ou les mouvements très circonscrits).

De nombreuses études avec l'ECDT chez les patients présentant des céphalées de tension chroniques, des lombalgies... ont permis de mettre en évidence une fidélité inter-évaluateur élevée (Kappa > 0,91), une concordance élevée entre la vidéo et les observations directes (Kappa > 0,90) et une fidélité interne élevée (Alpha de Cronbach > 0,82). Une corrélation élevée entre l'ECDT et l'outil d'évaluation de Keefe et Block ( $r > 0,60$ ) garantit la validité de l'ECDT.

Cet outil est, en plus, d'usage facile en clinique. (18)

### *III.1.6. Un questionnaire pour les patients douloureux chroniques ambulatoires*

Chez les patients consultants externes, l'importance du retentissement sur l'ensemble des activités quotidiennes est un indice précieux pour apprécier le degré de sévérité

d'une douleur. Boureau a décrit un questionnaire de 15 items pour évaluer les modifications de comportement observables chez le patient douloureux chronique.

Cette échelle du comportement permet l'auto-évaluation par le patient du retentissement de sa douleur sur ses activités.

Cette auto-évaluation impose au patient de doser ses efforts en fonction de la survenue de douleurs. Le médecin peut avoir une idée globale du niveau de handicap lié à la douleur.

Le tableau ci-dessous représente un questionnaire précisant les comportements douloureux habituellement observés dans des douleurs d'étiologies variées (10). Indépendamment de la signification de chaque comportement, leur présence traduit par elle-même le degré de handicap ou de complexité du problème.

Ce questionnaire peut être rempli par le patient, par un proche ou par le médecin à partir des informations recueillies après un entretien.

Dans certains cas, il importe de focaliser l'observation sur certains comportements cibles, par exemple le temps quotidien passé en position assise, à la marche ou en position allongée. Il faut savoir recourir au besoin à des évaluations adaptées à chaque cas.

Prenons l'exemple d'une douleur accentuée par la marche, qui réduit le périmètre de marche et de ce fait perturbe de nombreuses activités quotidiennes. Spontanément, un malade détermine toujours avec beaucoup de difficultés la distance ou la durée qu'il peut s'autoriser : soit il cherche à éviter toute marche par crainte d'accroître sa douleur, soit il continue à marcher jusqu'à la limite de l'insupportable. Après une période de contrôle, l'évaluation du temps de marche sur 24 heures permettra de mieux préciser les effets de l'introduction d'un traitement analgésique. (8)

Tableau : échelle du comportement douloureux d'après Boureau. (70)

Nom :		Prénom :		Date :	
Rempli par :					
<i>Vous trouverez ci-dessous des énoncés que les gens utilisent pour décrire le retentissement de leur douleur dans la vie quotidienne. Répondez en entourant la réponse correcte.</i>					
		1	2	3	4
1	Mon temps de marche, les distances que je peux faire ont diminué	Pas du tout	Un peu	Modérément	Beaucoup
2	Quand je marche, on peut voir que j'ai mal	Presque jamais	Quelquefois	Souvent	Presque toujours
3	Dans la journée, je reste allongé la plupart du temps	Presque jamais	Quelquefois	Souvent	Presque toujours
4	Mes activités professionnelles ont diminué	Pas du tout	Un peu	Modérément	Beaucoup
5	Je fais comme d'habitude le travail quotidien de la maison	Presque jamais	quelquefois	Souvent	Presque toujours
6	Mon temps de loisirs a diminué (lecture, radio, télévision...)	Pas du tout	Un peu	Modérément	Beaucoup
7	Mes relations avec mes amis ont diminué	Pas du tout	Un peu	Modérément	Beaucoup
8	Je parle de ma douleur avec ma famille, mes amis	Presque jamais	Quelquefois	Souvent	Presque toujours
9	Je porte souvent la main pour frotter, tenir, protéger ou masser la région de ma douleur	Presque jamais	Quelquefois	Souvent	Presque toujours
10	Les gens qui m'entourent se rendent compte quand j'ai mal	Presque jamais	Quelquefois	Souvent	Presque toujours
11	Il m'arrive de prendre un médicament même si je le sais très peu efficace	Presque jamais	Quelquefois	Souvent	Presque toujours
12	Je dors bien	Presque jamais	Quelquefois	Souvent	Presque toujours
13	Je me sens fatigué	Presque jamais	Quelquefois	Souvent	Presque toujours
14	J'ai bon appétit	Presque jamais	Quelquefois	Souvent	Presque toujours
15	Mon intérêt pour les choses sexuelles a diminué	Pas du tout	Un peu	Modérément	Beaucoup

## III.2. Le langage de la douleur et son analyse

### III.2.1. Description de la douleur par le patient : le vocabulaire employé et sa complexité

Une analyse du vocabulaire utilisé par la patient pour décrire la douleur va fournir des informations pour apprécier sa sévérité. (8)

Ainsi, faire parler le patient est une étape primordiale. Généralement, on est frappé par la pauvreté du vocabulaire du patient, par la difficulté qu'il éprouve à exprimer sa propre expérience douloureuse. Spontanément, il n'utilise que les termes généraux comme : « j'ai très mal », « c'est une douleur », « je souffre atrocement »... (8, 41) Parfois sollicité par une question telle que « à quoi ressemble cette douleur ? », le patient peut utiliser des qualificatifs décrivant les aspects sensoriels et affectifs de sa douleur. Ce sont des qualificatifs affectifs qui sont souvent utilisés en premier : gênant, pénible, insupportable... Les qualificatifs sensoriels sont ensuite précisés : brûlure, lourdeur, décharges électriques... (8)

Les mots et les phrases élaborés viennent plus tard lorsque la douleur est devenue moins violente. A cet égard, et dans chaque culture, le langage populaire comme le vocabulaire médical, offrent une riche palette de nuances personnelles qui approchent la perception réelle : « ça ronge, ça vrille, ça lance, ça brûle, ça pulse... c'est froid, pénible, cruel, c'est obsédant... ». Ces touches de la douleur ressentie peuvent être évocatrices voire presque caractéristiques d'une maladie comme la douleur pulsatile de la migraine, ou mieux encore, la douleur « en étau » de l'angine de poitrine et de l'infarctus du myocarde.

Cependant, la diversité des langues parlées engendre une grande complexité dans le vocabulaire. A côté de termes précis relatifs au phénomène douleur, nous usons de comparaisons, d'allusions, de références à la vie quotidienne. Le langage évolue avec celle-ci. L'expression « douleur électrique » signifie quelque chose pour nous ; elle aurait été

dépourvue de sens il y a un siècle. Inversement, « les coliques de miserere » et « les douleurs navrantes » n'évoquent plus rien pour qui n'a que quelques notions de la langue médiévale.

Par ailleurs, il n'est pas possible de transposer le discours en mot à mot d'une langue à l'autre. Certains termes sont totalement intraduisibles ; transposées, des métaphores sont vidées de leur sens. A la limite, il est même possible que des émotions ne soient pas perçues quand elles ne trouvent pas de mots pour les signifier. Un japonais possédant parfaitement notre langue et comprenant fort bien l'expression « douleur lancinante » avouait ne pas trouver d'expression équivalente dans sa propre langue et en être réduit à proposer une approximation. (45)

De plus, le vocabulaire reflète le fond socio-culturel. Le nombre des mots ou locutions disponibles varie considérablement avec le groupe humain.

Notons également la difficulté de comprendre certains malades qui vient autant du sens qu'ils donnent aux mots que de la pauvreté de leur vocabulaire. (45) Ces mots manquants peuvent être de véritables canaux d'incommunication. De plus, le malade lui-même peut avoir des difficultés à bien exprimer sa douleur :

- La douleur apprise, répétition d'un savoir médical mal digéré, imprégné d'explications apprises en consultation, lors de discussions ou dans les médias... Le malade confond inconsciemment sa douleur réelle avec des stéréotypes de douleurs apprises : plutôt que de décrire sa propre douleur, il en avance la cause, l'explication, le diagnostic tels qu'il les imagine. Ce peut être à juste titre mais aussi par erreur qu'il parlera de « sa sciatique », de « sa douleur cardiaque » ou qu'il pensera que « c'est ma vésicule », « c'est mon colon ».

- Le langage de revendication, assez fréquent chez le lombalgique par exemple, reflète le sentiment que sa douleur n'a pas été réellement prise en compte. Parfois

même, le malade se sent persécuté : « si on m'avait mieux soigné tout de suite, je n'en serais pas là... »

- Ce peut être aussi la volonté de cacher la douleur ou au contraire de l'exagérer, afin d'en retirer des avantages : arrêt de travail ou autres bénéfices secondaires. Ceci peut être le fait d'exagérations volontaires comme la traduction de troubles psychologiques authentiques, la distinction entre les uns et les autres étant souvent, en pratique, très délicate.

- Ceci peut être simplement la peur d'une maladie redoutée ou de sa récurrence, parfois à juste titre : un patient qui redoute un infarctus du myocarde peut vouloir coûte que coûte rattacher la douleur à une mauvaise digestion. Un autre redoutera un accident vasculaire cérébral au moindre mal de tête, parce que son père en est mort.

- Il se peut aussi que le patient reste mutique, " emmuré " dans sa douleur, par exemple par dépression, déception, lassitude de devoir expliquer encore et encore une douleur maintes fois répétée sans être entendue.

- Divers freins peuvent voir également entraver l'expression de sa douleur. C'est le cas notamment lorsque la douleur est source de conflit avec l'entourage, lorsque le malade redoute d'être traité de pusillanime, de " douillet " ou pire de simulateur. (57)

### *III.2.2. Le langage du personnel médical*

#### **III.2.2.1. Impasses et stéréotypes du discours médical**

Le refus du dialogue est l'impasse par excellent. Il en est de même du discours magistral stéréotypé : « votre douleur est causée par une destruction partielle et irrévocable des fibres nerveuses et ce sont les sympathalgies qui provoquent les brûlures ! »

Les paroles de consolation sont, elles aussi, insupportables, parce que distantes et artificielles : « ça va vite s'arranger, vous verrez. » Les paroles de résignation sont toujours synonymes de démission : « il faut vous y faire. »

Le discours moralisateur et culpabilisant : « Ah, si vous étiez venu me voir plus tôt », ainsi que le discours de compassion « Je vous comprends, ça doit être pénible » ne sont pas non plus les solutions. (57)

### **III.2.2.2. L'indispensable dialogue**

Comme le dit Jean-François Deniau, « on ne partage pas le mal physique ». En effet, nous n'avons jamais directement accès à la douleur de l'autre, toujours subjective, toujours unique par son retentissement émotionnel. Même si nous sommes affectés par la douleur d'autrui, la plus grande sympathie (au sens étymologique : souffrir avec) ne nous permet pas de souffrir à sa place.

Prendre en charge la douleur nécessite l'alliance d'un acte de foi, d'un acte d'écoute et d'un acte de discernement. La douleur est avant tout un enjeu de croyances, de confiance, de fidélité. (57)

Les rapports malades/soignants doivent être conçus comme un échange permanent, une collaboration. Le malade fournit les éléments indispensables à l'établissement d'un diagnostic et d'un traitement. Et le soignant, grâce à ses connaissances et à son expérience, est le mieux placé pour déceler, derrière la plainte douloureuse, les mécanismes pathologiques qui sont à l'origine du mal, en prévoir les implications possibles, comprendre ce qu'éprouve le patient sans savoir ou sans oser l'exprimer. (Ce non-dit est souvent plus important que ce qui est exprimé spontanément)

Le meilleur moyen d'obtenir une bonne coopération est d'établir un langage commun, fondé sur une connaissance partagée entre le soignant et son malade de tout ce qui touche à la douleur. (45)

### *III.2.3. Analyse du langage de la douleur : les questionnaires d'adjectifs*

Depuis toujours, les médecins ont souligné, dans la description clinique des symptômes d'une maladie, l'existence d'un vocabulaire spécifique qui permet déjà d'orienter le diagnostic. C'est ainsi que, lorsqu'on demande à un patient de décrire sa douleur et de préciser à quoi elle ressemble, les termes qu'il utilise spontanément sont souvent évocateurs.

#### Exemples :

- La douleur du rhumatisme est « sourde », « rongeante »...
- La crise de migraine provoque une douleur à type de « battements », de « pulsations »...
- La névralgie du trijumeau est responsable d'une douleur en « éclair », « en coup de poignard »...
- La douleur d'une lésion nerveuse périphérique est à type de « brûlure », de « chaleurs »...
- Les douleurs viscérales provoquent des « coliques », des « torsions »...
- Les douleurs musculaires sont à type de « lourdeur », de « pesanteur », de « compression » et parfois aussi de « crampes ». (41)

A la suite de ces constatations, différentes recherches ont été réalisées par deux chercheurs cliniciens canadiens Melzack et Togerson. (49)

Ce travail expérimental préliminaire a conduit R. Melzack (46) à élaborer en 1975 un outil standardisé qui a été développé à l'hôpital Mac-Gill de Montréal, sous le nom de Mac Gill Pain Questionnaire. Puis, en 1984, dans un souci d'amélioration, F. Boureau a conçu le questionnaire dit de Saint-Antoine.

Etant donné qu'ils permettent une évaluation qualitative mais aussi quantitative (intensité) de l'expérience douloureuse, ces questionnaires seront étudiés dans le chapitre suivant " évaluation quantitative de la douleur ". Ainsi, il sera plus facile de les comparer aux autres méthodes employées. (41)

## **IV. Evaluation quantitative de la douleur**

En dépit des progrès incontestables réalisés dans le domaine de la compréhension neurophysiologique des mécanismes de la douleur - qu'elle soit aiguë ou chronique - de son contrôle et de son traitement, son évaluation et sa mesure restent encore aujourd'hui des notions très controversées.

Le regain d'intérêt pour la douleur clinique et pour la douleur expérimentale a conduit à créer nombre de méthodes pour définir et quantifier les profils clinique et psychologique de celui qui souffre.

Les objectifs de ces méthodes d'évaluation sont multiples :

- Diagnostiques, permettant de sélectionner le traitement le plus approprié.
- Mesure et contrôle des fluctuations du niveau de la douleur.
- Vérification, de façon fiable, du traitement entrepris.

Les méthodes de mesure et d'évaluation de l'intensité de la douleur doivent aussi répondre à un certain nombre de critères et d'impératifs :

- ◆ *La validation* : la mesure de la dimension de la douleur doit permettre de séparer les composantes sensori-discriminatives des composantes affectivo-émotionnelles.
- ◆ *Le fidélité et la reproductibilité* des résultats : les résultats obtenus par les méthodes utilisées doivent être reproductibles dans le temps. (60)
- ◆ L'utilisation dans les douleurs expérimentales et cliniques. (30, 70)

Principales techniques dont on dispose à l'heure actuelle :

- ↳ Les échelles unidimensionnelles
- ↳ Les échelles multidimensionnelles
- ↳ Les échelles comportementales

## IV.1. Les méthodes unidimensionnelles

Diverses échelles se proposent d'apprécier globalement l'intensité de la douleur ou de son soulagement :

- Echelle Verbale Simple (EVS)
- Echelle Numérique (EN)
- Echelle Visuelle Analogique (EVA)

On les qualifie d'**UNIDIMENSIONNELLES** parce qu'elles se présentent comme des échelles susceptibles d'apprécier une intensité. Ainsi, elles permettent une estimation **globale** de l'intensité de la douleur (sans rechercher à dissocier qualitativement ses différentes composantes sensorielles, affectives et émotionnelles ou comportementales (41)) et ne mesurent qu'une seule dimension. (70)

### ➤ **Avantages :**

- Elles ont l'immense intérêt d'être simples, facilement renouvelables et *a priori* facilement compréhensibles. (41)
- Elles sont facilement interprétables. (18)
- Ce sont des échelles d'*auto-évaluation*. (58) Le patient peut exprimer l'intensité de sa propre douleur et surtout en percevoir les fluctuations, spontanément ou sous l'effet d'une thérapeutique quelconque (41) dans telle ou telle situation (pendant la marche, au repos allongé, en position assise, dans une situation de stress...)
- Elles offrent une efficacité à court terme voire immédiate. (58)

- Ce sont des méthodes sensibles (8) et aptes à établir une cinétique d'action grâce à la possibilité et à la facilité de mesures répétées dans le temps (58). Il devient alors plus facile d'ajuster la dose et la fréquence d'administration d'un antalgique.

➤ **Inconvénients :**

- Ces méthodes offrent l'inconvénient commun d'être des estimations globales (8) et sommaires. Elles sont mal adaptées à l'évaluation, dans une mesure unique, par exemple de douleurs d'intensité différente qui existent simultanément dans plusieurs localisations.

Remarque : c'est pourquoi les rhumatologues leur associent systématiquement les indices articulaires (58) tenant compte en particulier du nombre d'articulation atteinte et du caractère spontané ou induit par la mobilisation articulaire.

Il s'agit des indices de Lansbury (39) et de Ritchie (63) essentiellement utilisés dans les arthrites, et celui de Doyle utilisé pour les douleurs arthrosiques. (18)

- D'autre part, elles ne prennent pas en compte le retentissement de la douleur sur le comportement et ne permet qu'une évaluation quantitative. Elles ont un caractère nécessairement réducteur, l'intensité ne constituant qu'un aspect de la douleur. Les échelles comportementales et les questionnaires descriptifs sont donc plus informatifs. (58)

- De plus, malgré leur apparente simplicité, il faut garder à l'esprit que certaines modifications en apparence minimes dans la présentation peuvent induire des changements parfois importants dans le comportement ou les réponses du patient.

### *IV.1.1. Les échelles numériques et les échelles verbales*

Ce sont des méthodes largement utilisées en raison de leur facilité d'utilisation.

(43)

#### **IV.1.1.1. Les échelles numériques**

Considérée comme la méthode " la plus simple ", elle est fréquemment employée, notamment chez les personnes âgées, que ce soit pour mesurer l'intensité de la douleur que l'intensité du soulagement. (2)

Elles peuvent être présentées verbalement ou par écrit. (18)

Elles sont discontinues.

Elles consistent à évaluer le niveau de la douleur en lui attribuant un chiffre. Par exemple, elles permettent au patient de coter sa douleur de 0 à 5 avec

- 0 = absence de douleur
- 1 = douleur légère
- 5 = douleur intolérable

ou même de 0 à 10, 0 à 20, ou de 0 à 100. (8, 41, 58)

De la même manière, l'importance du soulagement peut être évaluée en pourcentage de 0 à 100%.

Exemples : mesure de l'intensité de la douleur (2)

Douleur au moment présent :

Pas de douleur	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	douleur maximale imaginable
----------------	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	----	-----------------------------

Douleur habituelle depuis les huit derniers jours :

Pas de douleur	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	douleur maximale imaginable
----------------	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	----	-----------------------------

Douleur la plus intense depuis les huit derniers jours :

Pas de douleur	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	douleur maximale imaginable
----------------	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	----	-----------------------------

Exemple : mesure de l'intensité du soulagement de la douleur (2)

Pas de soulagement	0%	1%	2%	3%	4%	5%	6%	7%	8%	9%	10%	soulagement maximal
--------------------	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	-----	---------------------

Les échelles à 101 niveaux, selon certains, n'apportent pas plus d'information que les échelles à 11 ou 21 niveaux. Ces échelles permettent d'obtenir une mesure de la douleur au moment de la consultation mais également de façon rétrospective et ce de façon fiable.

Elles peuvent être utiles en cas de difficulté de compréhension de l'EVA. (ceci a été évoqué plus loin) (2, 32)

#### **IV.1.1.2. les échelles verbales**

Elles sont généralement réservées aux personnes ayant des difficultés (faible capacité d'abstraction) à utiliser les EN ou les EVA.

Elles sont fondées sur le choix d'un adjectif pour définir l'intensité de la douleur.  
(2)

Elles comportent une série variable de qualificatifs hiérarchisés parmi lesquels le patient choisit celui qu'il pense le mieux correspondre au degré de sa douleur au moment précis de l'évaluation. (58)

Comme les EN, certaines EV s'intéressent à l'intensité de la douleur (a), d'autres à son soulagement (b).

Exemples :

- Les échelles verbales simples (EVS) sont de type ordinal c'est-à-dire constituées de quatre ou cinq catégories ordonnées de descripteurs. A chaque catégorie, correspond un score. Ce score sert au traitement statistique des données. (2)

(a) Douleur	Scores
Absente	0
Faible	1
Modérée	2
Intense	3
Extrêmement intense	4

(b) Soulagement	scores
Nul	0
Faible	1
Modéré	2
Important	3
Complet	4

- L'échelle verbale en sept points (41) :

- douleur  absente
- douleur  très légère
- douleur  légère
- douleur  modérée
- douleur  marquée
- douleur  très marquée
- douleur  insupportable

- On peut concevoir une échelle verbale à dix niveaux en combinant les adjectifs avec des adverbes d'intensité. Leur présentation peut être ordonnée (55) :

- 0 - douleur absente
- 1 - douleur très faible
- 2 - douleur faible
- 3 - douleur très modérée
- 4 - douleur modérée
- 5 - douleur assez forte
- 6 - douleur forte
- 7 - douleur très forte
- 8 - douleur extrêmement forte
- 9 - douleur maximum que l'on puisse imaginer

ou désordonnée (55) :

absente	assez forte	très forte
modérée		très modérée
extrêmement forte	maximum que l'on puisse imaginer ressentir	
	faible	
très faible		forte

- Autres présentations (22) :

J'ai beaucoup plus mal
J'ai plus mal
J'ai aussi mal
J'ai moins mal
J'ai beaucoup moins mal

Tableau : échelle verbale relative (a)

1	2	3
J'ai extrêmement mal J'ai très mal J'ai mal J'ai un peu mal Je n'ai pas mal	Je souffre atrocement Je souffre beaucoup Je souffre moyennement Je souffre un peu Je ne souffre pas	Douleur intolérable Douleur extrêmement forte Douleur très forte Douleur un peu forte Douleur moyenne Douleur supportable Douleur faible Douleur minimale Aucune douleur

Tableau : échelle verbale (b)

(c) Quel est le niveau actuel de votre douleur ?

Cochez la réponse correspondante.

- pas de douleur
- très faible douleur
- faible
- modérée
- intense
- très intense
- extrêmement intense

#### **IV.1.1.3. Avantages**

- Simplicité de compréhension.
- Simplicité d'utilisation : le patient choisit lui-même les qualificatifs ou les chiffres qui lui sont présentés.
- La réponse est immédiate. (55, 69)

#### IV.1.1.4. Inconvénients

- La simplicité qui fait l'avantage de ces méthodes pourrait en contrepartie être un obstacle à appréhender une dimension aussi complexe et polymorphe que la douleur. (69)

- La difficulté et la limite de ces techniques résident dans la détermination de la juste mesure entre ce qui est une échelle ne comportant qu'un faible nombre de catégories (échelle à quatre ou cinq points) et une échelle constituée par un nombre trop important de qualificatifs ou de chiffres. (41)

→ dans la première éventualité, on peut leur reprocher un manque de sensibilité : les points fixes servant de repère et de référence sont en petit nombre (de trois à cinq chiffres ou descripteurs) et il est impossible de se situer entre ces repères. (69)

→ dans la seconde (uniquement pour les échelles verbales), ces échelles sont difficiles à comprendre et il est très douteux qu'un patient (ou même le personnel soignant) soit apte à faire la différence de signification entre deux adjectifs voisins pratiquement synonymes. C'est pour cela que les utilisateurs préfèrent habituellement une solution intermédiaire, c'est-à-dire la classique échelle à sept points. (41)

De plus, bien que les descriptions verbales de la douleur soient d'un usage facile, elles présentent des inconvénients : les mots n'appartiennent pas toujours à la même catégorie, ce qui fait que l'échelle peut être multidimensionnelle.

Les échelles verbales peuvent avoir trop peu de niveaux distincts de douleur, et les résultats varier selon la présentation des descriptions. Et même, les patients refusent d'utiliser le vocabulaire proposé, préférant leurs propres mots. En conséquence, les échelles ne recouvrent pas forcément la diversité de leurs douleurs. (18, 75)

- Dans le cas d'utilisation de descripteurs ou de chiffres, le même mot ou le même chiffre n'a pas forcément la même signification pour le patient. (69)

- L'intervalle entre le mot choisi et le suivant ou le précédent ne représente pas une unité identique dans l'échelle d'intensité douloureuse ; ainsi, une douleur intense qui devient modérée est-elle comparable à une douleur légère qui devient absente ? (54)

- Et quand interviennent des augmentations de l'intensité de la douleur, certains se situeront dans la catégorie supérieure alors que d'autres resteront dans la catégorie inférieure. (69)

- En ce qui concerne les échelles numériques, les intervalles sont, certes égaux, mais l'attraction ou la préférence systématique des patients pour certaine valeur (les chiffres " ronds ") ne donne pas une même chance aux différentes valeurs proposées.

Notons cependant que les échelles numériques sont réputées avoir une meilleure sensibilité que les échelles verbales. (58)

- Pour les échelles verbales, il y a une différence entre les échelles paires et les échelles impaires. Pour ces dernières, il existe un attrait inconscient vers la valeur centrale. De même, les valeurs extrêmes sont rarement utilisées. (55)

Remarque :

Echelle à quatre niveaux = échelle paire

- 1 - douleur absente
- 2 - douleur légère
- 3 - douleur modérée
- 4 - douleur intense

Echelle à cinq niveaux = échelle impaire

- 1 – douleur absente
- 2 – douleur faible
- 3 – douleur modérée
- 4 – douleur intense
- 5 – douleur extrêmement intense

Il est, par conséquent possible de conclure que ce ne sont pas des outils idéaux mais ils orientent certainement sur le niveau de douleur du patient.

#### *IV.1.2. Les EVA (échelles visuelles analogiques)*

Les EVA, dont on retrouve les traces maintenant anciennes dans la littérature (Haye, 1921 ; Freyd, 1923) (55) ont été initialement utilisées, notamment en psychiatrie (55), pour évaluer des états subjectifs comme la dépression ou le sommeil.(69) (domaine qui ne sera pas abordé ici)

Ce n'est qu'ensuite qu'elles ont été appliquées à la douleur en particulier grâce à Huskisson (1974).

##### **IV.1.2.1. Définitions**

###### *IVI.1.2.1.1. Les échelles analogiques (43)*

Les échelles analogiques sont élaborées par pairage inter-modalité, c'est-à-dire que la perception douloureuse est traduite par une référence sensorielle, par exemple l'intensité d'un son, la longueur d'une ligne, la force de poigne ou un chiffre.

Ce sont des échelles de rapport : l'évaluation des stimuli est ajustée à notre perception (notion de données continues) à la différence des échelles nominales et ordinales qui sont des échelles de position.

Selon le type, les échelles analogiques présentent des limites.

Dans le cas d'échelle utilisant la force de poigne ou la longueur d'une ligne pour évaluer l'intensité de la stimulation, l'existence de limites supérieures peut produire *un effet de plafonnement*. Autrement dit, une fois que le sujet a utilisé les limites supérieures de sa force de poigne ou encore l'extrémité de la ligne, même si la douleur suivante est perçue comme supérieure, il ne peut pas indiquer une plus grande valeur.

Il peut y avoir également un effet de *tendance centrale*, suivant lequel les sujets évitent d'utiliser les valeurs extrêmes. (Stevens et Galantes, 1957).

Les différents biais que l'on retrouve pour les échelles analogiques sont généralement reliés au type d'échelle que l'on utilise, aux descripteurs qui sont utilisés et aux directives que l'on donne aux utilisateurs de ces échelles. (Stevens et Marks, 1980 ; Price, 1988).

#### *IV.1.2.1.2. les échelles visuelles analogiques*

Une échelle analogique qui utilise la longueur d'une ligne non graduée comme modalité sensorielle de référence est dite " échelle visuelle analogique " ou EVA.

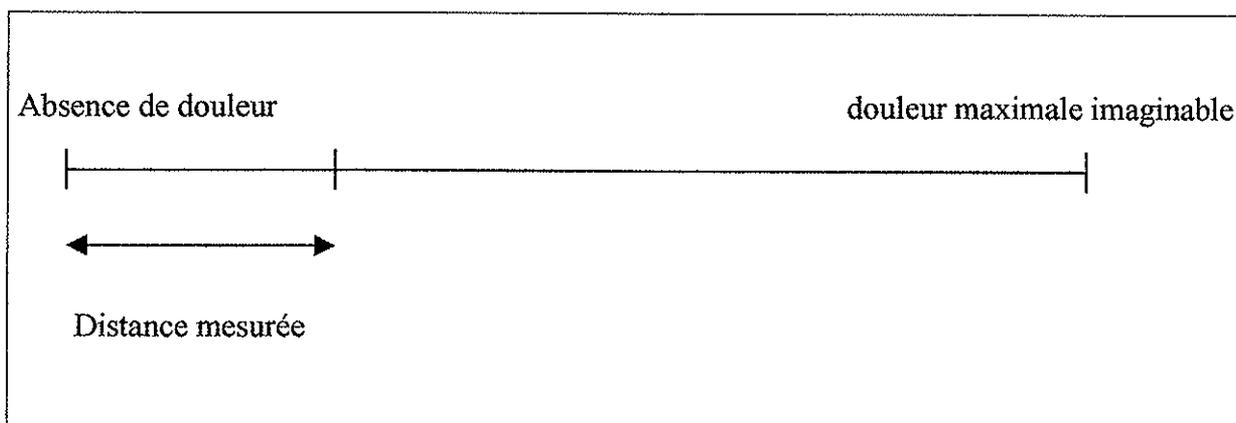
Les EVA sont largement utilisées pour évaluer la douleur clinique ou expérimentale. (43)

Appelées aussi dolorimètres (70), les EVA représentent des segments de droite d'une longueur exacte de 100 mm (en général). A une extrémité, il est inscrit " absence de douleur " et pour l'autre " douleur insupportable " ou encore " douleur maximale imaginable " (58) correspondant aux sensations extrêmes. (69) Entre les deux, la ligne tracée représente le continuum douloureux.

Ces échelles existent sous forme de réglettes graduées distribuées par plusieurs laboratoires pharmaceutiques. (20)

#### IV.1.2.2. Rôle du patient

Le patient répond en traçant une marque dont la position lui paraît le mieux correspondre à l'intensité de sa douleur. Cette intensité peut ensuite être mesurée par la distance, en millimètres, entre l'extrémité " absence de douleur " et la marque faite par le malade. (58)



Dans le cas des réglottes, le patient positionne un curseur sur cette ligne, indiquant ainsi le niveau de douleur ressentie. De l'autre côté de la réglotte, il existe une ligne graduée de 0 à 10 cm, si bien que la position du curseur correspond à un score chiffré que le patient ne peut visualiser.

Cette méthode de mesure permet un nombre illimité de réponses du fait de l'absence, en théorie, de mémorisation.( 18, 61)

#### **IV.1.2.3. le site internet (71)**

Il existe un site internet sur la douleur qui donne des informations accessibles à tous, sur l'EVA et ses modalités d'utilisation.

Ceci est la preuve de la démocratisation de cet instrument de mesure.

Adresse : <http://www.sante.gouv.fr/douleur>

Voici les informations données sur ce site :

#### **Qu'est-ce qu'une réglotte d'échelle visuelle analogique ?**

Il s'agit d'une petite réglotte en plastique graduée. Elle comporte un curseur mobile qu'on déplace avec la main. Ces réglottes sont disponibles dans les établissements de soins et chez certains médecins.

#### **A quoi sert la réglotte ?**

La réglotte sert à aider la personne qui souffre à exprimer au médecin l'intensité de sa douleur. Au lieu d'utiliser des mots comme par exemple " très mal " ou " moins mal qu'hier ", la personne déplace le curseur.

## Comment utilise-t-on une réglette d'échelle visuelle analogique ?

Le personnel soignant la présente à la personne qui souffre et lui en explique le principe (l'évaluation de la douleur). Il lui demande de faire bouger le curseur entre deux limites (ou " bornes ") : la première, à gauche, qui correspond à l'absence de douleur, et l'autre, à droite, qui correspond à une douleur insupportable.

### IV.1.2.4. les différents types d'EVA (55, 58)

Dans chaque situation décrite, l'échelle peut être :

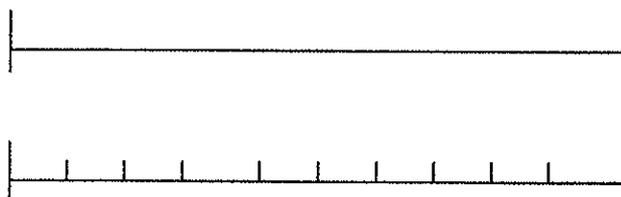
- nue sans graduation,
- nue avec tirets aux extrémités,
- avec graduations et tirets aux extrémités,
- horizontale, verticale ou semi-circulaire.

#### *IV.1.2.4.1. Forme et orientation*

##### ◆ rectiligne

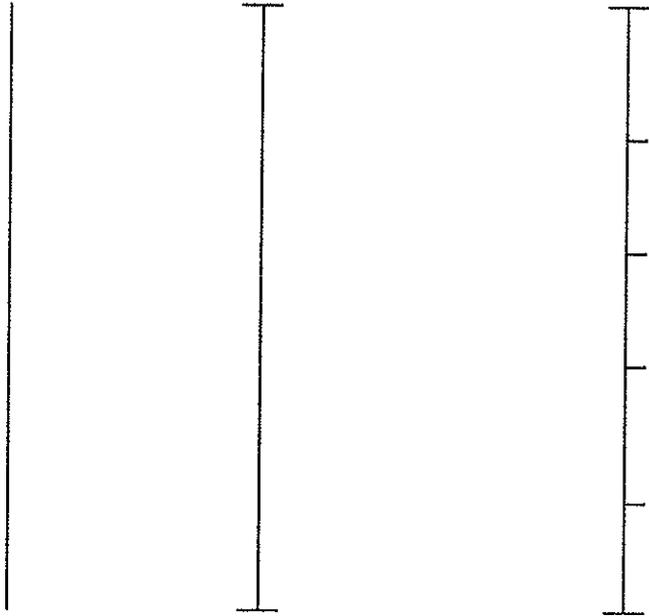
##### ➤ horizontale

pas de douleur \_\_\_\_\_ douleur maximum



➤ verticale

Douleur maximum



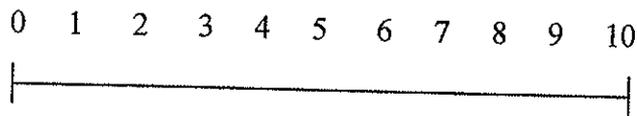
Douleur absente

◆ semi-circulaire



#### IV.1.2.4.2. adjonction de qualificatifs intermédiaires

◆ numériques :



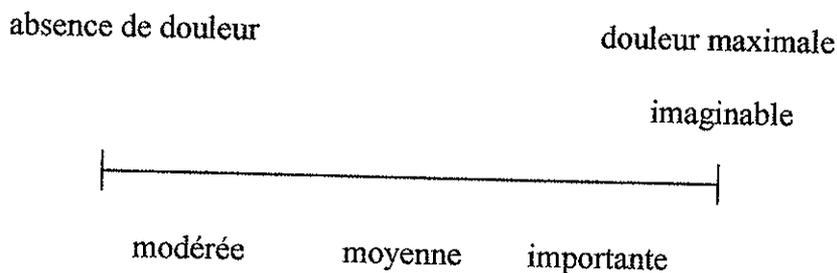
◆ verbaux :

on attribue alors aux EVA ainsi transformées le nom d'*échelles graphiques* (en anglais " graphic rating scales "). Ces qualificatifs peuvent être disposés de façon variable : soit le long de l'échelle, soit perpendiculaires à celle-ci.

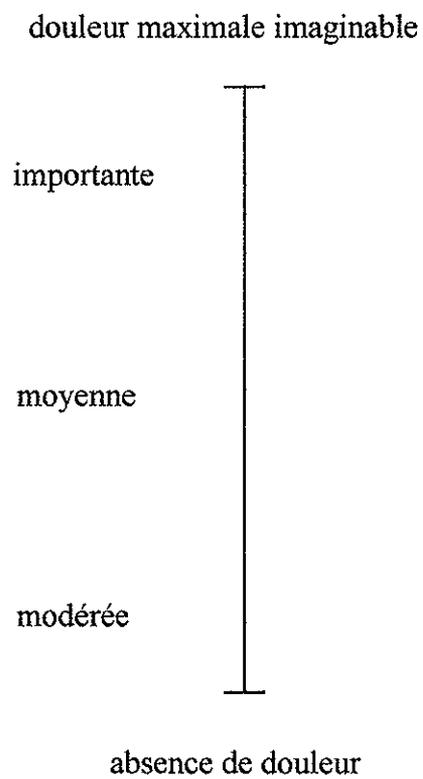
Ces qualificatifs servent de points de repère au patient, étalés tout au long du segment de droite ou situés à intervalles réguliers.

Exemples :

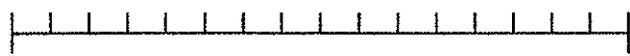
➤ les qualificatifs sont étalés :



➤ les qualificatifs sont étagés :



➤ EVA graduée :

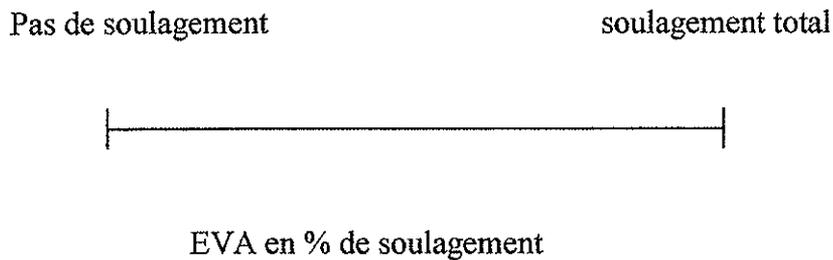


Les échelles graduées sont la cause d'une " agglutination " préférentielle des réponses autour des qualificatifs ou de certaines graduations.

La " meilleure " EVA est sans descriptif ni graduation, et probablement, l'EVA horizontale.

#### IV.1.2.4.3. *l'EVA représentant le soulagement*

L'existence d'une relation entre l'importance du soulagement et le score initial de la douleur (plus le score initial est sévère, plus le soulagement est "ressenti") fait que certains préconisent d'utiliser une EVA représentant directement le soulagement.



#### IV.1.2.4.4. *exemples d'EVA*

voir annexe 2.

#### **IV.1.2.5. Utilisations des EVA**

Rappelons qu'elles ne mesurent que l'intensité de la douleur.

Deux évaluations, l'une avant la prise médicamenteuse (ou le début de traitement), l'autre à un moment prédéterminé (ou à la fin du traitement) permettent, par soustraction, de quantifier l'effet thérapeutique.

Des évaluations répétées dans le temps permettent d'approcher la cinétique d'action du traitement (délai d'action, maximum d'efficacité, durée d'action...). (58)

Cependant, il n'existe pas de corrélation entre les résultats de l'EVA appliquée tout au long du traitement et ceux obtenus quand l'EVA est utilisée, rétrospectivement, en fin de traitement. Ces deux modalités d'évaluation ne sont pas interchangeables. Il semble préférable d'utiliser une évaluation instantanée si on veut adapter le traitement.

Ces échelles peuvent être utilisées également pour définir l'importance du soulagement ou d'autres composants (anxiété, effets secondaires). Il suffit de remplacer les items de chaque extrémité de l'échelle. (18)

D'après le docteur Ginies Patrick (Chef d'Unité fonctionnelle, Centre anti-douleur, Hôpital Saint-Eloi à Montpellier), l'EVA est également un véritable moyen de communication :

➤ Pour les professionnels de santé entre eux

Par exemple, quand il est dit « Monsieur X a un comportement de douleur à 8 sur 10 sur l'EVA mais sa douleur est cotée à 3 sur 10 » tout le monde comprend ce que cela signifie.

Le Docteur Ginies dit même « Il faut parler EVA ».

Ainsi, une étroite collaboration s'établit entre le personnel médical et le personnel paramédical. Une infirmière du service de Rhumatologie du CHU de Limoges a même reconnu un véritable travail d'équipe depuis l'utilisation systématique de l'EVA dans le

service : évaluation biquotidienne matin et soir, voire la nuit si besoin et en cas d'administration d'inter-doses de morphine.

➤ Entre les professionnels de santé et le patient

L'EVA, accompagnée d'autres méthodes et grilles d'évaluation, donne l'occasion au patient de verbaliser sa souffrance, de s'exprimer plus facilement sur son vécu douloureux et donc d'établir un véritable dialogue avec les professionnels de santé.

Selon le Docteur Ginies, ce dialogue doit pouvoir révéler la personnalité du patient, sa part dans la société (pouvoir, argent, communication), sa « corporalité » (sportif ou non par exemple), sa vie familiale si elle existe (avec ses parents, avec ses enfants)... aspects tous aussi importants (voire même plus) que l'aspect physiopathologique. Cet entretien sera alors la base d'une évaluation précise de la douleur permettant ainsi de proposer la thérapeutique la plus pertinente.

Le cas échéant (échec thérapeutique chez un douloureux chronique), le simple fait d'utiliser l'EVA, et donc par conséquent de discuter avec le malade, assure soutien, compréhension et accompagnement.

L'EVA n'est donc pas un simple instrument de mesure. Elle doit être personnalisée c'est-à-dire adaptée au patient et à ses attentes vis-à-vis de la douleur.

#### **IV.1.2.6. Instructions pour l'évaluation de la douleur (43)**

Il est important de bien mesurer les deux composantes de la douleur : l'intensité et l'aspect désagréable.

Une bonne façon de faire comprendre au patient la distinction entre ces deux aspects est d'utiliser l'analogie de Price avec le son d'une radio. (voir l'encadré)

Les instructions sont par la suite ajustées selon le type d'échelle analogique utilisée. Pour l'EVA, avec des descripteurs verbaux aux extrémités, il y a lieu d'expliquer davantage le sens des expressions " la plus intense que je puisse imaginer " ou " la plus désagréable que je puisse imaginer " pour aider le patient à mieux situer sa douleur sur l'échelle. Il est aussi très important d'insister sur le fait que la douleur doit être évaluée au moment présent et non de mémoire.

Finalement, afin de mettre le patient à l'aise, il est indiqué de lui rappeler qu'il n'y a pas de mauvaise réponse et qu'il est le seul juge de sa douleur.

## Encadré : analogie des composantes de la douleur avec le son d'une radio

A titre d'exemple et afin de mieux saisir la distinction entre l'intensité et l'aspect désagréable de la douleur, nous pouvons comparer une douleur au " son " émis par une radio. Lorsque vous augmentez le volume, percevez-vous le son produit comme : peu bruyant, moyennement bruyant ou très bruyant ? Cela correspond à *l'intensité*.

D'autre part, vous pourriez évaluer votre appréciation de la mélodie. Est-ce agréable, désagréable ou très désagréable ? Cela correspond à la description du niveau de bien-être (l'aspect désagréable). L'aspect désagréable ne dépend pas seulement de l'intensité, mais certains autres facteurs l'influencent, comme la mélodie, l'ambiance...

Ainsi une douleur peut être perçue comme désagréable sans être intense, ou comme étant plus intense sans être pour autant plus désagréable, ou encore elle peut être à la fois intense et désagréable. Ce sont ces deux aspects que nous vous demandons d'évaluer.

(56)

Cet exemple permet de bien démontrer comment il est possible de mesurer indépendamment deux composantes d'une même perception sensorielle.

### *IV.1.3. Etude critique des méthodes unidimensionnelles*

Dans la plupart des ouvrages sur la douleur, les auteurs présentent ces trois méthodes de mesure (EN, EV et surtout EVA) comme étant les plus utilisées car finalement les plus simples et les plus fiables.

Mais qu'en est-il vraiment ?

Des travaux de recherche ont-ils été réalisés pour prouver leur véritable efficacité ? Sont-elles toutes les trois aussi efficaces ou au contraire, l'EVA, comme tout le monde l'affirme, se démarque-t-elle réellement ?

#### IV.1.3.1. Les EVA

##### *IV.1.3.1.1. les choix techniques*

Lorsqu'il exprime sa cotation, le sujet peut être soumis à deux influences :

- la perception et le vécu de la sensation douloureuse,
- l'impression visuelle de l'échelle qui peut inconsciemment biaiser la traduction de sa douleur.

Il faudra en tenir compte dans la conception des échelles.

Pour préserver la neutralité de l'échelle, il faudrait :

- Donner à chaque portion une importance (attirance) indépendante de sa position mais dépendante, et uniquement, de sa longueur.
- Ne pas privilégier certains points sur lesquels pourraient se focaliser les réponses.
- Le phénomène douloureux doit toujours pouvoir être relié à un point de l'échelle, y compris ses deux bornes. (55)

La conception des EVA soulève donc plusieurs questions :

#### IV.1.3.1.1.1. Choix des termes correspondant aux

##### extrémités

Le choix du terme relatif à l'extrémité inférieure de cotation de l'intensité douloureuse ne pose guère de problème : douleur absente, pas de douleur...

En revanche, le terme définissant l'extrême limite de la douleur est moins évident à trouver. (55)

Comme exemples :

- " douleur effroyable " pour certains, (51)
- " douleur maximum que l'on puisse imaginer " pour d'autres, (12)
- " unbearable pain ", (25)
- " pain as bad as it could possibly be ". (31)

Dans une étude (72), il a été demandé à 107 volontaires sains de sélectionner la meilleure séquence de mots évoquant l'extrême limite de la douleur. Les phrases suivantes ont été proposées en anglais (la traduction française semble pouvoir dénaturer les conclusions de l'étude) :

Worst pain I have ever experienced

The worst pain I have ever felt

Pain as bad as it could be

Pain as bad as it could possibly be

The worst pain I could imagine

Severe pain

Agonizing pain

La majeure partie des participants a choisi la dernière proposition " agonizing pain ", plus concise que les autres.

En langue française, il semble qu'un tel travail n'ait pas encore été fait ; pourtant, il est de toute importance que les mots choisis pour représenter le maximum de la douleur ne soient pas trop forts de façon à ce qu'ils n'empêchent pas les sujets de se positionner à l'extrémité supérieure le cas échéant. (55)

#### IV.1.3.1.1.2. EVA horizontales ou verticales ?

Le problème se pose dans le cas des échelles rectilignes qui sont plus couramment utilisées que les échelles curvilignes.

#### **❖ Travaux de Scott et Huskisson**

Ces auteurs ont réalisé une étude randomisée sur 100 sujets atteints d'une affection rhumatologique chronique. Ils ont montré une très forte corrélation existante entre ces deux types d'EVA verticales et horizontales ( $r = 0,99$  ;  $p < 0,001$ ).

Ils ont comparé les scores obtenus avec les deux types d'échelles par un test t de Student et obtiennent les résultats suivants :

Tableau : moyenne des résultats des mesures de la douleur obtenus chez 100 patients avec des EVA horizontale et verticale.

	<b>Verticale</b>	<b>Horizontale</b>
Moyenne	11,05	10,85
Ecart-type	0,65	0,63

La différence obtenue est à la limite de la signification statistique ( $t = 1,83$  ;  $0,05 < p < 0,1$ ).

Cependant, les scores obtenus sur l'échelle horizontale semblent être légèrement inférieurs à ceux de l'échelle verticale.

En conclusion, Scott et Huskisson affirment que les deux EVA verticale et horizontale sont satisfaisantes. Toutefois, il semble essentiel de toujours utiliser la même échelle au cours d'une étude, l'EVA horizontale tendant à donner des résultats plus faibles que la verticale (ce n'est pas statistiquement significatif).

Remarque :

Cette étude surprend par l'interprétation statistique et le choix des tests effectués.

- Pour appliquer un test t de Student, il faut pouvoir faire l'hypothèse de normalité dans la population. Ici, rien n'indique que cette hypothèse soit correcte.

- De plus, les 100 sujets choisis, étant recrutés dans le même endroit, il y a possibilité de biais de recrutement et les résultats ne sont valables que pour cette population.

Par conséquent, un test non paramétrique serait peut-être plus adapté. (55)

Downie (25) conclue qu'il y a une bonne corrélation entre les échelles verticale et horizontale.

#### IV.1.3.1.1.3. Longueur idéale d'une EVA

Suivant les auteurs, la longueur varie de 10 à 20 cm. Il a été montré qu'une échelle plus petite (5 cm) est moins précise et également qu'une échelle peut mesurer entre 10 et 20 cm sans fausser les résultats. La majorité des auteurs utilisent néanmoins des EVA de 10 cm.  
(2, 12, 25)

#### IV.1.3.1.1.4. Valeur de l'association de qualificatifs intermédiaires numériques ou verbaux

Intuitivement, on peut se demander si le fait de disposer des qualificatifs intermédiaires longitudinalement ou perpendiculairement à une échelle ne trahit pas l'élément princeps de l'EVA qui doit justement représenter un continuum. Ne va t-on pas aussi dans le sens d'une diminution de l'uniformité de la répartition des cotations ?

Il faudrait, au contraire pouvoir profiter du continuum pour mieux retracer l'expérience douloureuse des patients sans les forcer, même involontairement, à se situer dans une catégorie prédéfinie par l'expérimentateur.

De plus, il est difficile d'arriver à faire coïncider une EVA vierge de toute indication avec une série de qualificatifs : il faudrait pouvoir coter (par une EVA) la valeur de chaque qualificatif utilisé pour être sûr que la place qui lui est octroyée sur l'échelle correspond bien à une réalité.

Price (1988) a montré qu'une des erreurs que l'on retrouve fréquemment est une répartition arbitraire en espaces égaux des descripteurs verbaux, ce qui provoque un biais dans la sensibilité de l'évaluation. Afin d'éviter ce biais, il est préférable de déterminer la répartition des descripteurs en les validant auprès d'un échantillon de sujets. (43)

#### *IV.1.3.1.2. Problèmes soulevés par l'utilisation des EVA*

##### IV.1.3.1.2.1. Compréhension de l'EVA par le patient

Beaucoup d'auteurs définissent dans un premier temps l'EVA et les échelles unidimensionnelles comme les méthodes les plus utilisées du fait de leur simplicité. Certains ajoutent même qu'elles peuvent être utilisées chez les enfants de plus de cinq ans. (58)

Mais, malgré cette simplicité apparente, le nombre de patients ne pouvant pas répondre à l'EVA varie de 7 à 27%. (6, 31, 38)

En effet, il semble évident que si se situer sur une échelle verbale à cinq positions ne pose aucun problème intellectuel (31), il n'en est pas de même pour les EVA (31, 38). Il est donc nécessaire avant chaque évaluation que l'expérimentateur explique longuement le fonctionnement d'une EVA à l'utilisateur. (55)

Recommandations de l'ANAES relatives à l'évaluation de la douleur chronique :  
« L'EVA doit être bien expliquée au patient et il faut s'assurer de sa bonne compréhension avant de lui demander de l'utiliser. » (2)

Les personnes qui sont incapables d'évaluer leur douleur avec les EVA sont surtout les personnes âgées, les patients atteints d'affection neurologique organique, ou les

personnes opérées en période de réveil (car encore sous l'emprise de drogues anesthésiques).  
(18, 55)

En 1990, une enquête (26) a été réalisée chez des patients lettrés (n = 66) et illettrés (n = 25), tous atteints d'arthrite rhumatoïde (RA). On leur a demandé de mesurer le niveau de leur douleur sur les échelles unidimensionnelles attribuées au hasard (EVA, EN, EV) avant (temps 1) et après (temps 2) la consultation médicale.

Les résultats sont les suivants :

Tableau : moment de corrélation entre les évaluations faites au temps 1 et celles au temps 2 pour chaque échelle de douleur.

Patients with RA			
Scale	Literate (n = 66)	Illiterate (n = 25)	Intergroup Comparaison
<b>VAS</b>	0,937 p < 0,001	0,712 p < 0,001	p < 0,001
<b>EN</b>	0,963 p < 0,001	0,947 p < 0,001	p = 0,459
<b>EV</b>	0,901 p < 0,001	0,810 p < 0,001	p = 0,197

### **Discussion des auteurs :**

- L'EN semble la plus fiable dans les deux groupes.
- Systématiquement, il y a une différence significative de résultats que les patients soient lettrés ou non, et ceux-ci pour chaque échelle.
- L'EVA est la plus difficile à comprendre et à compléter. De plus, un effet d'apprentissage entre les temps 1 et 2 peut être observé dans les deux groupes, d'où une meilleure compréhension des deux échelles.
- Il est raisonnable de penser que pour des patients illettrés, il est plus difficile de comprendre le concept d'évaluer sa douleur sur une ligne de 10 cm. L'état d'alphabétisation ou non est considéré comme une variable.

En conclusion, dans certains cas, avant de choisir ou d'utiliser une des échelles pour mesurer la douleur, il sera important de définir celle qui est la plus appropriée au patient.

De même, c'est pour cette raison qu'Anna Maria Carlson (19) remet en cause la validité des EVA comme instrument de mesure et demande que les sujets étudiés soient soumis auparavant à des tests appropriés pour juger de leur aptitude à la pensée abstraite. Cette pratique paraît pleinement justifiée : en effet, l'EVA implique la transformation de la douleur ressentie en un schéma exclusivement visuel ; le pouvoir d'abstraction est ici mis à contribution et influe certainement sur le résultat de la mesure.

Toutefois, ce procédé alourdit considérablement une procédure destinée, à l'origine, à évaluer rapidement et simplement un phénomène subjectif. (55)

#### IV.1.3.1.2.2. Echelles absolues ou relatives ? (EVA, EN,

EV)

◆ Avantages :

Une échelle de soulagement de la douleur, échelle relative ou encore comparative, présente plusieurs caractéristiques qui peuvent la rendre préférable dans certains cas.

➤ L'évaluation ne tient pas compte du niveau initial sur l'échelle d'intensité, tous les patients partent du même niveau et ne jugent plus leur douleur en tant qu'intensité mais en tant que variation d'intensité en plus ou en moins (c'est-à-dire la sensation qui en est donc un reflet). Cela supprime la première difficulté qui est de se situer par rapport à un niveau maximum complètement abstrait. (55, 69)

➤ Pour Huskisson (1974) (31), il semble plus facile pour un malade d'exprimer sa douleur en termes de soulagement. En effet, le patient peut beaucoup plus facilement réaliser le soulagement complet de sa douleur, niveau tout à fait concret (55, 69) et situer sa douleur par rapport à d'autres expériences (« j'ai plus mal qu'hier ») plutôt que de chiffrer sa douleur (« je ressens une douleur sévère »).

➤ Ces échelles relatives sont essentiellement utilisées au cours d'essais thérapeutiques (les échelles absolues étant, quant à elles, utilisées aussi bien pour une évaluation clinique de la douleur que pour des essais thérapeutiques). (55)

➤ L'évaluation du soulagement de la douleur doit être effectuée au moment où l'on attend l'effet analgésique des traitements instaurés : évaluation horaire et quotidienne en

cas de traitement par des analgésiques, hebdomadaires en cas de traitements par des antidépresseurs imipraniques.

➤ Elle est indispensable pour titrer correctement la dose, les intervalles de prise d'un analgésique.

➤ Pour évaluer le soulagement, on se base soit sur des appréciations en terme de pourcentage par exemple, soit sur les comparaisons des évaluations successives de l'intensité de la douleur. (18)

◆ Inconvénients :

➤ Utiliser une échelle représentant directement le soulagement a le double inconvénient de ne pas renseigner sur la douleur initiale et donc de ne pas prendre en compte une aggravation de la douleur. (57, 58)

➤ De plus, ce procédé exige l'utilisation de la mémoire du patient pour comparer son état présent de douleur avec celui qui précède l'application de la thérapie, ce qui n'est pas efficace.

La recherche confirme, en effet, que la mémoire de la douleur n'est pas fidèle (Erskine et al, 1990). En général, le patient exagère l'intensité ou l'aspect désagréable de ses douleurs passées (Eich et al, 1985 ; Jamison et al, 1989 ; Linton et Göttestam, 1983 ; Linton et Melin, 1982)

Après traitement, une douleur d'intensité équivalente à la douleur initiale risque d'apparaître comme moins élevée aux yeux du patient créant de faux espoirs chez lui et son

thérapeute. Pour éviter ce problème, le patient doit évaluer sa douleur actuelle sans être forcé d'établir de comparaison avec ses douleurs passées. (43)

#### IV.1.3.1.2.3. Doit-on rappeler au patient le niveau de sa précédente évaluation ?

Tous les auteurs ne sont pas d'accord sur ce point. Carlson (19) estime que la mémoire du phénomène douloureux chronique est défectueuse et que rendre disponible les évaluations précédentes n'augmente pas, de toute façon, la précision de l'évaluation.

Dixon et Bird (24) pensent le contraire.

Par ailleurs, tous les auteurs sont généralement d'accord sur le fait que les patients souffrant de douleurs chroniques ont tendance à surestimer leur niveau basal sur une EVA, quelque temps après l'entrée dans l'étude.

#### IV.1.3.1.2.4. Autres problèmes d'utilisation

➤ Rappelons que Scott et Huskisson concluent dans leur enquête que les EVA horizontale et verticale sont satisfaisantes pour la mesure de la douleur (67), enquête pas suffisamment approfondie d'après des médecins hongrois. (29)

Ces derniers montrent que l'EVA verticale peut être mal interprétée par les patients souffrant de pathologies vertébrales. En effet, certains voient dans l'échelle verticale la figuration de leur rachis et cotent vers le haut s'ils souffrent du rachis cervical. (58)

En conclusion, ces médecins déconseillent l'utilisation de l'EVA verticale dans les cas de douleurs vertébrales.

➤ Dixon (24) souligne que les EVA verticales doivent être regardées bien perpendiculairement pour annuler une éventuelle erreur de perspective.

➤ Jensen (33) signale le danger qu'il y aurait à utiliser des échelles photocopiées sur papier, surtout depuis que l'EVA existe à différentes longueurs. Il faudrait donc vérifier à chaque reproduction la longueur exacte de l'EVA.

➤ D'autres voient dans l'échelle horizontale la figuration du déroulement du nyctémère et croient noter le moment de la journée où se produit le maximum douloureux.

(58)

#### *IV.1.3.1.3. Qualités métrologiques et comparaison entre les échelles*

Pour choisir l'échelle la plus appropriée à une situation donnée par rapport à ces trois échelles unidimensionnelles, plusieurs critères doivent entrer en ligne de compte.

##### IV.1.3.1.3.1. La facilité d'administration et de score

L'état clinique du malade est le critère essentiel pour déterminer le choix entre une passation écrite ou orale de l'échelle. Les réponses écrites réclament un minimum de capacité motrice qui peuvent faire défaut en post-anesthésique ou chez une personne âgée.

Les échelles unidimensionnelles ont toutes l'avantage de se prêter à des passations rapides, permettant des mesures répétées, rapprochées, intéressantes pour étudier la cinétique d'un effet analgésique.

Les patients comprennent très facilement les échelles numériques et les échelles verbales simples. (33)

Pour l'EVA, la supervision par un investigateur est indispensable. (26)

#### IV.1.3.1.3.2. La sensibilité

Scott et Huskisson (66) la définissent : c'est le nombre d'unités qui changent sur l'instrument de mesure en réaction à une force donnée. Un instrument de mesure est d'autant plus sensible qu'à une faible variation de la force correspond une grande variation sur l'instrument, ce qui permet de détecter d'infimes changements du phénomène étudié.

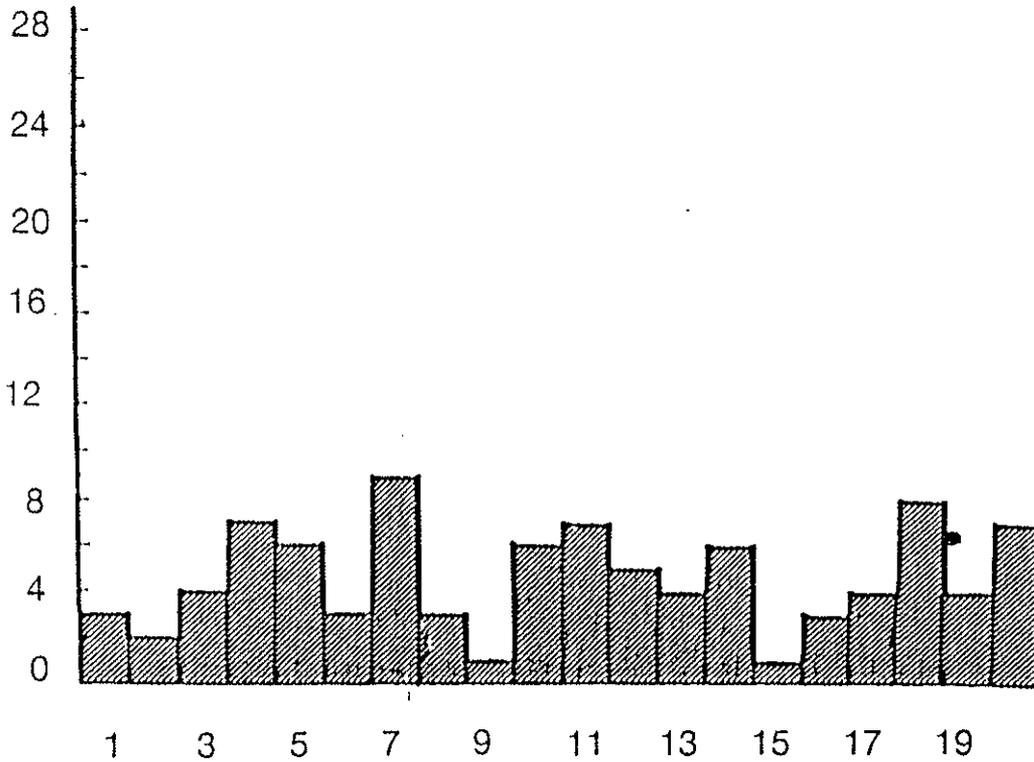
De nombreux auteurs ont supposé et parfois démontré que la sensibilité des EVA était meilleure que celle des EVS n'offrant qu'un choix limité d'adjectifs ou d'adverbes.

#### ❖ **Scott et Huskisson (1976) (66)**

Ils ont testé chez 100 malades, par rapport aux EVS, trois EVA verticales et trois EVA horizontales. Pour deux types d'échelles, les tests statistiques utilisés montrent que la distribution des résultats n'est pas significativement différente d'une distribution continue. (voir graphique n°1 p109) (69)

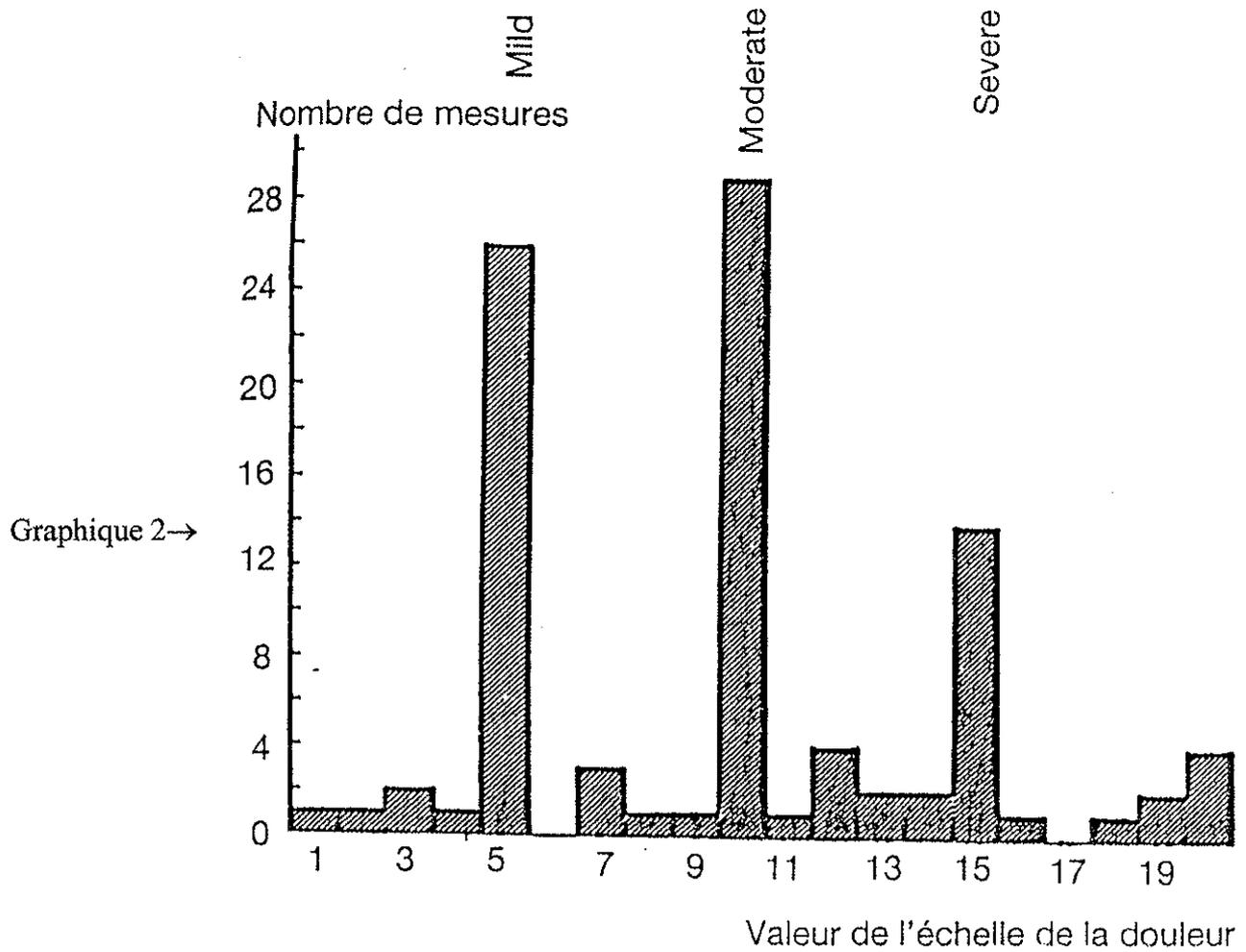
Pour les autres échelles, la distribution des réponses est discontinue (voir graphique n°2 p109) (69) et semble correspondre à celle que l'on trouve pour l'EVS. Ceci est expliqué par le fait que 73 % des malades avaient tendance à grouper leurs réponses près des qualificatifs placés sous l'échelle, ce qui influence la distribution des résultats.

Nombre de mesures



← Graphique 1

Valeur de l'échelle de la douleur



De cette étude, ressortent deux conclusions :

- La position verticale ou horizontale de l'échelle est sans importance.
- La distribution continue des réponses pour l'échelle verticale sans description et pour l'échelle horizontale accompagnée de descriptions qui ne comporte pas d'intervalles permet d'affirmer la sensibilité plus grande de ce type d'échelle que celle de l'échelle verbale simple. (69)

#### ❖ Autre étude (33)

Jensen définit la sensibilité relative comme le nombre de réponses possibles proposées par chaque échelle. Sur ce point, il y a toujours eu un conflit entre les EVA (qui fournissent un nombre infini de réponses entre les deux douleurs extrêmes) et les EVS qui, offrant seulement quatre à cinq réponses, ont toujours été considérées comme moins sensibles que les EVA.

Cependant, cette seule qualité d'avoir un choix de réponses possibles important n'est pas nécessairement suffisant. Par exemple, une échelle de 0 à 1 000 000 n'est pas nécessairement plus sensible qu'une échelle graduée de 0 à 100.

#### ❖ Etude (25)

L'EN, quant à elle, est mise en valeur par Downie et al. En effet, elle semble fournir un bon compromis, entre une EVS à quatre points et l'EVA qui peut être une source de confusion étant donnée la liberté de choix qu'elle offre.

#### IV.1.3.1.3.3. La reproductibilité

C'est une notion qui est très controversée à la fois dans le temps et dans l'espace, et quel que soit le système d'évaluation envisagé, verbal ou visuel. (69)

##### ◆ Dans le temps

Cette étude peut sembler difficile dans la mesure où le niveau d'une douleur n'est pas nécessairement stable. Malgré cette remarque, la fidélité s'est montrée tout à fait satisfaisante pour l'EVA.

Revill, Robinson et al (1976) (61) ont montré que les patients douloureux se situant sur une EVA pouvaient retrouver la même position à 24 heures d'intervalle. Ils notent cependant une différence significative entre la première évaluation et celle faite 5 minutes plus tard, et la première évaluation et celle faite au bout de 24 heures. Ainsi, il est improbable que l'estimation d'une douleur dépende uniquement de la mémoire de l'endroit où la première marque a été faite.

##### ◆ Dans l'espace

Dixon et Bird (24) ont, en 1981, réalisé une étude chez des volontaires sains de 560 mesures d'une valeur inscrite arbitrairement sur une EVA verticale de 10 cm. Ces volontaires devaient reproduire la valeur observée. La distance entre la valeur établie et la valeur estimée était mesurée en millimètres.

L'analyse des résultats a montré que la reproductibilité d'une position sur une échelle de 10 cm varie en fonction de la position initiale. Les positions les plus difficiles à reproduire sont situées à plus ou moins 2 cm du milieu de l'échelle ; par contre, celles qui se trouvent près des extrémités et du centre sont plus aisément retrouvées.

Les patients ont donc tendance à se situer plus facilement près des extrémités ou du centre : ainsi, malgré l'absence de graduation, il pourrait y avoir un attrait particulier pour certaines portions de l'EVA, de nature à fausser les estimations en créant des agglutinations artificielles autour de certains points.

Ceci semble suggérer qu'ils visualisent leur douleur dans une échelle à trois unités, c'est-à-dire comme légère, sévère ou intermédiaire. (24,55, 69)

#### IV.1.3.1.3.4. La validité

Dans les textes officiels (2), il est écrit

- « l'EVA, l'EN, l'EVS ont été validées pour mesurer l'intensité de la douleur. Elles n'apprécient donc pas les autres dimensions de la douleur ; elles ne permettent pas de préciser le diagnostic des mécanismes sous-jacents ;
- l'utilisation en pratique clinique quotidienne des mesures de l'intensité de la douleur (EVA, EN et EVS) est utile pour mieux détecter les malades ayant besoin d'un traitement symptomatique.
- Il n'existe pas de lien direct entre la valeur obtenue sur une échelle et le type de traitement antalgique nécessaire ;
- les scores calculés à partir des échelles d'intensité ont une valeur descriptive pour un individu donné et permettent un suivi. Les scores ne permettent pas de faire des comparaisons interindividuelles. »

Certes, ces échelles sont validées en tant que méthodes unidimensionnelles d'évaluation. Mais en aucun cas, ces procédés de mesure n'apprécient la douleur comme une

entité multidimensionnelle ; ils font abstraction de toute composante affective ou émotionnelle. (69)

De plus, certains facteurs peuvent influencer la validité :

- ◆ Le comportement anxio-dépressif

Il paraît clair qu'un patient souffrant moralement, atteint de dépression, n'a pas la même vision de sa douleur qu'un sujet combatif et dynamique.

Pourtant, Huskisson (31) estime que l'homme est capable de contrôler son comportement à un degré variable (selon sa personnalité, ses expériences passées, les circonstances du moment), de telle sorte qu'il est impossible de faire un lien entre le comportement du patient et la mesure qu'il a faite du niveau de sa douleur.

Pour Boureau et al, l'auto-évaluation qui est réalisée en utilisant des EVA est une source d'erreur de mesure du fait qu'elle ne permet pas de dépister d'éventuelles simulations ou d'évaluer la tendance de certains malades à majorer ou minimiser leur douleur. (55)

- ◆ La capacité d'abstraction (rappel)

- ◆ L'expérience douloureuse de chacun

Il ne semble pas exister d'études spécifiques portant sur ce point.

Néanmoins, il semble logique de penser que chaque expérience douloureuse relativise la précédente. Chaque patient doit probablement étalonner l'EVA par rapport à son expérience personnelle. (55)

#### IV.1.3.1.3.5. Autres remarques

La comparaison de ces différentes méthodes d'évaluation montre que l'EVA et l'EN semblent plus sensibles que l'EVS qui présente des possibilités limitées de réponse. Certains disent même que « l'EN à 101 points apparaît comme étant l'index le plus pratique » (33), que « l'EN est plus fiable comparée à l'EVA et l'EVS »(26). Ceci se justifie peut-être par sa plus grande simplicité.

Quoi qu'il en soit, ces échelles ont l'avantage commun de rendre possible des mesures rapides, répétées qui permettent d'étudier l'évolution dans le temps de la douleur et la réponse au traitement.

De plus, l'EVA est souvent préférée du fait de sa plus grande sensibilité liée au plus grand nombre de réponses possibles. (13)

Lorsque le contexte clinique expose à une faible capacité d'abstraction (enfants, prémédication, personnes âgées... ) ou à une faible compliance (patients non hospitalisés), l'EN semble particulièrement indiquée.

## IV.2. Les méthodes multidimensionnelles

### IV.2.1. Descriptions verbales de la douleur

#### IV.2.1.1. le Mac Gill Pain Questionnaire (MPQ)

##### IV.2.1.1.1. Présentation

Pour tenir compte de toutes les composantes qui sont intégrées dans la douleur, Melzack a établi, en 1975, un questionnaire de qualificatifs qui permet une évaluation et une quantification beaucoup plus fines. (70)

Ce questionnaire (voir p116) est un exemple classique d'échelle nominale et ordinale qui a largement été utilisé et validé en plusieurs langues. (43)

Il comprend 82 qualificatifs répartis en 20 classes regroupées en quatre catégories décrivant les composantes :

- sensori-discriminative : elles rassemblent tout ce qui concerne l'expérience douloureuse en termes de temps et d'espace, de qualités mécaniques (classes de 1 à 10),
- affectivo-émotionnelle qui décrit la tension, la peur, les réactions neuro-végétatives (classes de 11 à 15),
- cognitive évaluative qui correspond à l'intensité subjective générale (classe 16),
- divers qui regroupent les qualificatifs n'ayant leur place dans les composantes précédentes (classes de 17 à 20). (18, 47)

Les mots choisis ont été puisés dans la littérature médicale et dans le vocabulaire des malades ; puis ils ont été soumis à l'approbation de malades et de médecins. Seuls les mots qui ont obtenu 65% d'approbation ont conservé leur place au sein des différentes catégories. (70)

**Questionnaire McGill sur la douleur (Melzack)**

Nom du patient \_\_\_\_\_ Date \_\_\_\_\_ Heure \_\_\_\_\_ AM-PM

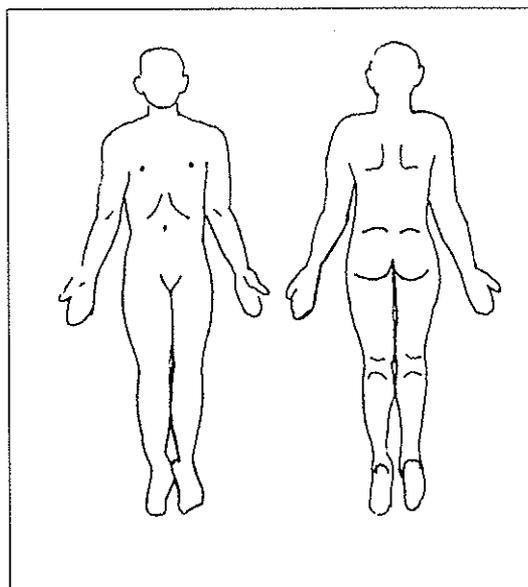
Analgésique(s) \_\_\_\_\_ Dose \_\_\_\_\_ Heure de la prise \_\_\_\_\_ AM-PM

\_\_\_\_\_ Dose \_\_\_\_\_ Heure de la prise \_\_\_\_\_ AM-PM

Temps de l'analgésique (en heures) : +4 +1 +2 +3

PRI:						
S _____ (1 - 10)	A _____ (11 - 15)	E _____ (16)	M(S) _____ (17 - 19)	M(AE) _____ (20)	M(T) _____ (17 - 20)	PRI(T) _____ (1 - 20)
PPI:				Douleur : <input type="checkbox"/> Constante <input type="checkbox"/> Périodique <input type="checkbox"/> Brève		

- |   |   |
|---|---|
| <p>1. <input type="checkbox"/> Qui tremblote<br/><input type="checkbox"/> Qui tremble<br/><input type="checkbox"/> Qui palpite<br/><input type="checkbox"/> Qui bat<br/><input type="checkbox"/> Qui élanca<br/><input type="checkbox"/> Qui martèle</p> <p>2. <input type="checkbox"/> Par secousses<br/><input type="checkbox"/> Brusque<br/><input type="checkbox"/> Fulgurante</p> <p>3. <input type="checkbox"/> Qui pique<br/><input type="checkbox"/> Qui perce<br/><input type="checkbox"/> Qui pénètre<br/><input type="checkbox"/> Qui poignarde</p> <p>4. <input type="checkbox"/> Vive<br/><input type="checkbox"/> Aiguë<br/><input type="checkbox"/> Déchirante</p> <p>5. <input type="checkbox"/> Qui pince<br/><input type="checkbox"/> Qui presse<br/><input type="checkbox"/> Qui ronge<br/><input type="checkbox"/> Qui crampe<br/><input type="checkbox"/> Qui écrase</p> <p>6. <input type="checkbox"/> Qui tiraille<br/><input type="checkbox"/> Qui tire<br/><input type="checkbox"/> Qui tord</p> <p>7. <input type="checkbox"/> Chaude<br/><input type="checkbox"/> Brûlante<br/><input type="checkbox"/> Bouillante<br/><input type="checkbox"/> Marquée au fer rouge</p> <p>8. <input type="checkbox"/> Qui fourmille<br/><input type="checkbox"/> Qui démange<br/><input type="checkbox"/> Cuisante<br/><input type="checkbox"/> Cinglante</p> <p>9. <input type="checkbox"/> Sourde<br/><input type="checkbox"/> Douloreuse<br/><input type="checkbox"/> Drue<br/><input type="checkbox"/> Pénible<br/><input type="checkbox"/> Poignante</p> <p>10. <input type="checkbox"/> Sensible<br/><input type="checkbox"/> Crispée<br/><input type="checkbox"/> Qui écorche<br/><input type="checkbox"/> Qui fend</p> | <p>11. <input type="checkbox"/> Fatigante<br/><input type="checkbox"/> Épuisante</p> <p>12. <input type="checkbox"/> Écœurante<br/><input type="checkbox"/> Étouffante</p> <p>13. <input type="checkbox"/> Épeurante<br/><input type="checkbox"/> Effrayante<br/><input type="checkbox"/> Terrifiante</p> <p>14. <input type="checkbox"/> Violente<br/><input type="checkbox"/> Éreintante<br/><input type="checkbox"/> Cruelle<br/><input type="checkbox"/> Tuante<br/><input type="checkbox"/> Torturante</p> <p>15. <input type="checkbox"/> Déprimante<br/><input type="checkbox"/> Aveuglante</p> <p>16. <input type="checkbox"/> Agaçante<br/><input type="checkbox"/> Exaspérante<br/><input type="checkbox"/> Intense<br/><input type="checkbox"/> Horrible<br/><input type="checkbox"/> Intolérable</p> <p>17. <input type="checkbox"/> Qui s'étend<br/><input type="checkbox"/> Qui rayonne<br/><input type="checkbox"/> Qui rentre<br/><input type="checkbox"/> Qui transperce</p> <p>18. <input type="checkbox"/> Raide<br/><input type="checkbox"/> Engourdie<br/><input type="checkbox"/> Tendue<br/><input type="checkbox"/> Qui serre<br/><input type="checkbox"/> Qui arrache</p> <p>19. <input type="checkbox"/> Fraîche<br/><input type="checkbox"/> Froide<br/><input type="checkbox"/> Glacée</p> <p>20. <input type="checkbox"/> Énervante<br/><input type="checkbox"/> Dégoûtante<br/><input type="checkbox"/> Éprouvante<br/><input type="checkbox"/> Atroce<br/><input type="checkbox"/> Agonisante</p> <p>0 <input type="checkbox"/> Pas de douleur</p> <p>1 <input type="checkbox"/> Faible</p> <p>2 <input type="checkbox"/> Inconfortable</p> <p>3 <input type="checkbox"/> Forte</p> <p>4 <input type="checkbox"/> Sévère</p> <p>5 <input type="checkbox"/> Insupportable</p> |
|---|---|



<b>Symptômes accompagnateurs</b> <input type="checkbox"/> Nausée <input type="checkbox"/> Céphalée <input type="checkbox"/> Étourdissement <input type="checkbox"/> Vertige <input type="checkbox"/> Constipation <input type="checkbox"/> Diarrhée	<b>Sommeil</b> <input type="checkbox"/> Bon <input type="checkbox"/> Irrégulier <input type="checkbox"/> Peut pas dormir	<b>Apports alimentaires</b> <input type="checkbox"/> Complète <input type="checkbox"/> Partielle <input type="checkbox"/> Peu <input type="checkbox"/> Aucun
Notes:	Notes:	Notes:
	<b>Activités</b> <input type="checkbox"/> Régulières <input type="checkbox"/> Partielles <input type="checkbox"/> Peu <input type="checkbox"/> Aucune	Notes:

Le patient doit choisir dans chaque classe un seul qualificatif qui décrit le mieux la douleur ressentie au moment de l'évaluation. Mais il n'est pas tenu de cocher un mot dans chaque classe. Dans chacune d'entre elles, les qualificatifs sont répertoriés en partant de l'adjectif représentant la douleur la plus minime auquel correspond le chiffre 1, en allant à celui qui décrit le niveau de douleur le plus important, coté à 5. (18)

Ce questionnaire peut être rempli en 5 à 15 min. (2)

Trois scores peuvent être obtenus :

- la somme des valeurs ou des positions qui peut être calculée séparément pour chaque composante,
- le nombre de mots choisis : cependant, un changement significatif de l'intensité de la douleur ne s'accompagne pas toujours d'une diminution de cet index, rendant compte de la pauvreté de cette donnée, (49)
- l'intensité actuelle de la douleur : elle correspond à la somme des qualificatifs révélant une augmentation de la sensation douloureuse. (18)

#### *IV.2.1.1.2. Autres versions*

Boureau et Spielvogel (14) ont mis en place une adaptation française du MPQ, le Questionnaire Douleur de Saint-Antoine (QDSA) qui comporte 61 qualificatifs répartis en 17 sous-classes : neuf sensorielles, sept affectives et une évaluative.

Les différentes études réalisées avec le QDSA confirment, selon Boureau, des qualités métrologiques satisfaisantes. (18)

Il comporte moins de mots que le MPQ (61 mots) mais permet d'obtenir essentiellement les mêmes renseignements. Certains qualificatifs possèdent une orientation diagnostique en particulier pour les douleurs neurogènes. (2, 9)

Le MPQ et le QDSA sont deux versions longues des questionnaires d'adjectifs. Leur longueur les rend difficilement applicables en médecine ambulatoire. C'est pourquoi des versions courtes ont été créées :

- la forme courte du MPQ est le MPQ-SF (Short-Form), (48)
- la forme courte du QDSA est le QDSA abrégé (voir annexe 2). (11)

#### **IV.2.1.2. Les qualités métrologiques**

D'après les textes officiels (2), les versions longues des questionnaires d'adjectifs ont été validées. Les formes abrégées, quant à elles, ne le sont pas, mais elles présentent une utilité pratique en ambulatoire.

Les qualités du MPQ, soient :

- sa validité dans l'appréciation des douleurs,
- sa place particulière parmi les autres méthodes de mesure,
- son apport qualificatif et quantitatif dans les douleurs aiguës

ont été confirmées par de nombreuses études expérimentales et cliniques. (69)

Remarque : la comparaison de trois méthodes d'évaluation, une EN, une EVA et le MPQ montre entre elles des indices de corrélation relativement élevés. (Reading, 1980 (59) ; Walsh et Leber, 1983 (74)) (69)

#### IV.2.1.3. Avantages et inconvénients

◆ Avantages :

- Evaluation à la fois quantitative (scores) et qualitative (liste d'adjectifs).

Les scores donnent une indication de l'importance de la douleur. Le vocabulaire de la douleur possède également une valeur d'orientation diagnostique pour faciliter la reconnaissance de certaines douleurs (douleurs neurogènes par exemple), et apprécier son retentissement affectif. (2)

- Evaluation dissociée des composantes sensorielles et psychologiques, normalement intriquées dans une douleur chronique.

Cet avantage est très théorique et reste soumis à la bonne compréhension du vocabulaire. (41)

◆ Inconvénients :

- Ils ne se prêtent pas à des mesures répétées à court terme. Ils sont adaptés à des passations plus espacées, toutes les heures ou tous les jours ou à plus long terme.

➤ Cette évaluation repose sur la compréhension et le langage et donc dépend du degré d'aptitude verbale des sujets.

Ainsi, pour certains patients en trop mauvais état général, ou aux fonctions supérieures altérées, ou au niveau socio-culturel bas, l'utilisation de ces questionnaires n'est pas valide.

**Avertissement** : désormais, seules les méthodes *officielles* seront citées.

#### *IV.2.2. Les échelles multidimensionnelles (2)*

La plupart des outils d'évaluation a été construite pour une évaluation multidimensionnelle du retentissement de la douleur sur le sujet. Ils comportent habituellement plusieurs parties ou sous-échelles devant permettre l'évaluation de chacune des principales dimensions considérées.

Trois outils ont été retenus. Il s'agit de trois questionnaires.

Remarque : dans le langage concernant les instruments de mesure de la douleur, « on distingue les tests que sont les questionnaires (inventories) remplis par les patients, auto-questionnaires ou questionnaires d'auto-estimation et les échelles d'évaluation (rating scales) remplis par des tiers. Cette distinction est moins tranchée dans la littérature anglo-saxonne où les questionnaires sont souvent qualifiés de *self rating-scales* ».

Ils réunissent des critères de relative simplicité d'utilisation et de bonne qualité métrologique : (voir annexe 2)

- le Brief Pain Inventory (BPI) traduit en français (23) : questionnaire concis sur les douleurs (QCD) (17),
- le Multidimensional Pain Inventory (MPI ou WHYMPI) traduit en français par Turk (37)(annexe 7),
- le Dallas Pain Questionnaire (DPQ) (40) traduit en français (44).

#### **IV.2.2.1. Le Brief Pain Inventory BPI**

Ce questionnaire a été construit et testé dans la douleur cancéreuse et la polyarthrite rhumatoïde (23). Il a été utilisé plus particulièrement pour l'évaluation de la douleur cancéreuse. Il n'est pas retrouvé comme questionnaire de référence dans les études les plus récentes sur l'évaluation de la douleur chronique.

Il explore les principales dimensions de la douleur : l'intensité, le soulagement, l'incapacité fonctionnelle, le retentissement social, la vie de relation, la détresse psychologique.

Il a été traduit en français sous le nom de questionnaire concis sur les douleurs (QCD). Une analyse factorielle chez des patients atteints de cancer ou de SIDA a montré sa cohérence interne. Il est simple d'utilisation. Il existe une forme courte permettant une évaluation très rapide tout en conservant l'exploration des différentes dimensions de la douleur mais elle n'est pas validée en français.

#### **IV.2.2.2. Le Mutidimensional Pain Inventory MPI**

Il explore la plupart des dimensions de la douleur (15). Il existe une traduction française non validée à ce jour. Il comporte trois sections. Seule la section 1 a été donnée en annexe. Elle est constituée de 28 items qui se répartissent dans la version anglaise en cinq sous-échelles dénommées : retentissement (interference), soutien (support), sévérité de la douleur (pain severity), contrôle des difficultés quotidiennes (life control) et détresse affective (affective distress).

Les sections 2 et 3 qui correspondent respectivement aux « difficultés interpersonnelles » et au « retentissement sur les activités quotidiennes » n'ont pas été présentées.

Le MPI est l'échelle multidimensionnelle la plus étudiée dans l'évaluation de la douleur chronique. Cette échelle est citée comme un des instruments permettant l'évaluation de l'efficacité de la rééducation chez le douloureux chronique (65). Le MPI permet d'identifier plusieurs groupes de malades : les patients faisant face de façon adaptée, les patients dysfonctionnels, les patients avec des difficultés interpersonnelles.

#### **IV.2.2.3. Le Dallas Pain Questionnaire DPQ**

Il s'agit d'une série de questions explorant préférentiellement le retentissement sur le plan fonctionnel : intensité de la douleur (passée), incapacité fonctionnelle, retentissement social, vie de relation, détresse psychologique. Les réponses à ces questions se font sous forme d'échelles visuelles. La version française du DPQ a eu un début de validation chez des patients souffrant de lombalgie chronique. (44)

### IV.2.3. Autre dimension : la détresse psychologique

Deux dimensions sont habituellement prises en compte : l'anxiété et la dépression. L'évaluation psychologique est particulièrement importante puisque les troubles psychiatriques peuvent être à l'origine des douleurs chroniques ou de leur conséquence. Comme pour les capacités fonctionnelles, une évaluation psychologique de la douleur chronique est souvent incluse dans les questionnaires d'évaluation multidimensionnelle.

Deux échelles simples permettent d'explorer spécifiquement la dimension psychologique :

- Le *Beck Depression Inventory* (BDI) (5) traduit en français et validé chez des malades psychiatriques explore la dimension dépressive.
- Le *Hospital Anxiety and Depression Scale* (HAD) (76) également traduit en français explore les deux composantes, anxiété et dépression.

#### ◆ La Hospital Anxiety and Depression Scale (HAD) (annexe 2 page 152)

Elle est composée de deux sous-échelles, une évaluant l'anxiété, l'autre la dépression.

Elle permet d'obtenir deux scores qui, par comparaison à des scores seuils, permettent de détecter l'existence d'une éventuelle détresse psychologique : dépression et/ou anxiété. La version française a été validée chez 100 patients en médecine interne.

- *Mode de passation :*

La passation de l'échelle est très aisée. Il est demandé au sujet de remplir ce questionnaire afin d'aider son médecin à mieux connaître les émotions ressenties au cours de la semaine écoulée et de souligner les réponses qui semblent le mieux correspondre à l'état éprouvé. Il est également recommandé de demander au patient de bien lire le préambule avant de remplir l'échelle, et, selon les auteurs, lors de l'utilisation en médecine interne, de lui signaler qu'en aucun cas ses réponses impliquent obligatoirement un examen psychiatrique, ceci afin de faciliter l'acceptation de cette échelle par des patients peu enclins à une telle approche.

- *Cotation :*

Chaque réponse est cotée de 0 à 3 sur une échelle. Cette intensité est appréciée par un adjectif ou une courte phrase la qualifiant. L'intervalle des notes possibles s'étend donc pour chaque sous-échelle de 0 à 21, les scores les plus élevés correspondant à la présence d'une symptomatologie plus sévère. Certains auteurs ont également proposé de calculer un score global correspondant à la somme des deux échelles. La présentation de l'échelle, avec dans la colonne de gauche les notes correspondant à chaque item, facilite grandement un calcul rapide des scores de chaque échelle.

Pour les deux scores (dépression et anxiété), des valeurs seuils ont été déterminées :

- un score inférieur ou égal à 7 = absence de cas,
- un score entre 8 et 10 = cas douteux,
- un score supérieur ou égal à 11 = cas certain.

- *Intérêt-limites :*

Plus qu'un indicateur des troubles dépressifs et anxieux, au sens des classifications actuelles, elle évalue un indice de sévérité symptomatique. C'est-à-dire qu'elle ne permet pas d'effectuer le diagnostic de syndrome dépressif ou anxieux, mais qu'au delà d'un certain seuil elle est considérée comme un signal d'alarme.

## V. L'enquête

Elle a été réalisée en 1996, pendant trois mois, dans le service de rhumatologie du Professeur Bertin (aile D), au CHU de Limoges.

### ♦ **But**

Le but de ce travail est d'étudier la reproductibilité inter et intra observateur de l'EVA. En effet celle-ci, officiellement validée, est utilisée en quasi systématique en raison de sa simplicité et sa rapidité. Pourtant, aucun auteur n'a réellement mis en évidence sa fiabilité.

#### ⇒ la reproductibilité intra – observateur :

Pour essayer de détecter une variation due à la **seule** technique de l'EVA, deux mesures doivent être réalisées dans les mêmes conditions et plus particulièrement sur une douleur qui ne varie pas et avec la même infirmière.

Dans ces conditions, y a t-il une variation ? Si oui, dans quelle proportion ?

### ⇨ reproductibilité inter – observateur :

Si les deux mesures sont ensuite faites par deux personnes distinctes, obtient-on une différence ? On pourra, selon le résultat, conclure si l'évaluation de la douleur doit toujours être assurée par un même investigateur ou non.

### ⇨ Reproductibilité dans l'espace :

La mesure est-elle reproductible sur toute la longueur de l'échelle ou au contraire sur certains secteurs uniquement ? En d'autres termes, l'EVA peut-elle évaluer correctement la douleur du patient quelle que soit son intensité ?

## ◆ **Méthodes**

### ⇨ Les patients :

Tous les patients hospitalisés dans le service de rhumatologie ont été sollicités, dès leur entrée, pour la réalisation de l'enquête, avec leur accord bien sûr, et à condition qu'ils n'aient reçu aucun traitement antalgique ou pouvant influencer la douleur dans les 2 heures précédant leur hospitalisation.

Sur un nombre total de 62, il y a 35 femmes et 27 hommes. Le plus souvent, ils souffrent de lombalgies d'étiologies diverses (sciatiques, métastases, arthrose...) accompagnées d'autres douleurs à localisations très variables : polyarthralgies, cruralgies, polyarthrite rhumatoïde, spondylarthrite ankylosante, ... Un cas de migraine a été également noté. Il s'agit essentiellement de douleurs chroniques évoluant depuis plusieurs mois voire même années.

L'âge moyen des malades est de 54 ans. Ils ont tous entre 21 et 85 ans.

Les patients ont été au préalable informés de l'enquête et de son principe.

#### ⇨ Les réalisateurs :

Il s'agit des infirmières de l'aile D du service de rhumatologie (8<sup>ème</sup> étage) du CHU de Limoges. Pour chaque patient, deux infirmières ultérieurement désignées A et B ont participé à l'évaluation.

Avant la réalisation de l'enquête, L'EVA n'était pas utilisée en systématique dans le service. Les infirmières ont donc au préalable été formées pour l'utilisation de l'échelle : explication au patient, mesure, inscription du résultat sur la feuille de suivi du malade sous la forme d'une courbe d'évolution de la douleur (tracée en vert), ...

C'est d'ailleurs grâce à tout ce travail que l'EVA a été acceptée par l'ensemble de l'équipe médicale. Cette échelle fait maintenant partie, de manière préférentielle, du protocole de prise en charge de la douleur (en rhumatologie et même au centre anti-douleur).

### ⇨ Les mesures :

Dans un premier temps, les infirmières présentent le protocole de l'enquête au patient et lui demandent, bien évidemment, son accord dès l'entrée dans le service.

Puis, si le malade est consentant et s'il est apte à faire l'évaluation (suffisamment cortiqué, conscient, ...) elles lui expliquent comment utiliser la réglette : présentation des deux extrémités (pas de douleur – douleur maximum), déplacement du curseur au point correspondant au mieux à son niveau de douleur.

Trois mesures sont ensuite réalisées à 15 minutes d'intervalle chacune, l'enquête se déroulant donc sur une demi-heure.

- La première mesure, notée **T0** a été réalisée par une infirmière désignée **A**.
- C'est une infirmière **B** qui assure la deuxième mesure notée **T15**, 15 minutes plus tard.
- Enfin, la dernière mesure **T30** est réalisée de nouveau par l'infirmière **A**, un quart d'heure après la précédente.

### ◆ **Pré-requis**

Dans le service, aucun traitement n'a été mis en place immédiatement avant et pendant la trentaine de minutes.

## ◆ **Hypothèse de départ**

La douleur ne varie pas au cours de ce travail (30 minutes), l'enquête étant réalisée chez des patients allongés, dont la douleur est installée depuis plusieurs heures voire quelques jours.

## ◆ **Etudes statistiques et résultats**

### *V.1. Comparaison de moyennes*

C'est le test de Friedmann qui est utilisé : il s'agit d'un test statistique de comparaison de moyennes dans le cas d'échantillons appariés. En effet, nous avons comparé la moyenne des intensités de la douleur obtenues aux trois temps T0, T15 et T30. Les trois mesures sont dites appariées car elles portent sur le même sujet. Les trois échantillons (E0, E15 et E30 correspondant respectivement à l'ensemble des mesures réalisées à T0, T15 et T30) ont donc la même taille soit 62 patients.

De plus, c'est un test non paramétrique car rien ne prouve que les variables étudiées suivent une loi normale dans la population.

<b>Temps</b>	<b>Moyenne</b>	<b>Déviation standard</b>
T0	31,3	24,3
T15	34,3	25,5
T30	37,3	26,5

<b>Temps</b>	<b>p</b>
T0, T15 et T30	0.02
T0 – T30	0.002
T0 – T15	0.17
T15 – T30	0.13

Si  $p \leq 0,05$  les moyennes sont statistiquement différentes.

Les moyennes des intensités des différents temps sont globalement différentes et cette différence est significative. ( $p = 0,02$ )

La plus grosse différence qui est significative ( $p = 0,002$  ce qui est très faible) est obtenue entre T0 et T30 alors que c'est la même infirmière qui a participé à l'évaluation.

## V.2. *Etude de la corrélation*

Elle permet de savoir si l'évaluation de la douleur d'un patient évolue dans le même sens : si un sujet a « plutôt mal » au temps T0, a-t-il aussi « plutôt mal » à T15 et T30 ?

C'est le coefficient des rangs de Spearman qui sera utilisé. En effet, sur la population de 62 malades, nous allons tester l'absence ou non de corrélation entre nos trois échantillons E0, E15 et E30.

Pour ceci, trois cas seront traités : corrélation entre T0 – T15, entre T15 – T30 et entre T0 – T30.

Dans chacun des cas, nous disposons de 62 couples de valeurs. Et comme aucune précision n'est donnée sur les lois de ces variables, c'est un test non paramétrique que nous avons choisi.

Nous avons rangé par ordre croissant, séparément les valeurs de chaque échantillon puis nous avons remplacé chacune de ces valeurs par son rang. On appelle coefficient de corrélation des rangs de Spearman le nombre  $r_s$  égal au coefficient de corrélation calculé à partir des couples de rang.

L'hypothèse nulle « corrélation parfaite entre nos échantillons » que nous allons tester s'écrit  $\rho = 1$ . Plus la valeur du  $\rho$  obtenue est proche de 1, plus la corrélation entre les mesures faites aux différents temps sera grande.

Les résultats obtenus sont les suivants :

$$\rho = 0,77 \text{ entre T0 et T30}$$

$$\rho = 0,79 \text{ entre T0 et T15}$$

$$\rho = 0,82 \text{ entre T15 et T30}$$

Les résultats obtenus sont relativement proches de 1 et montrent que la douleur des patients évolue dans le même sens.

### V.3. *Les concordances*

Elles permettent de savoir si un patient évalue sa douleur de façon relativement proche aux trois temps.

➤ Dans un premier temps, nous avons calculé R le coefficient de corrélation intra classes entre T0 – T15, T0 – T30 et entre T15 – T30. La concordance est d'autant plus grande que la valeur de R obtenue est proche de 1.

<b>Temps</b>	<b>Concordances (R)</b>	<b>Intervalle de confiance</b>
T0 – T30	R1 = 0,73	]0,59 ; 0,83 [
T0 – T15	R2 = 0,78	] 0,66 ; 0,86 [
T15 – T30	R3 = 0,82	] 0,71 ; 0,88 [

Remarque :

$R > 0,8$  est un résultat très satisfaisant.

Quand il s'agit d'un problème subjectif comme la douleur, on tolère  $R > 0,7$ .

Quand il s'agit d'un problème objectif, il est préférable que R soit  $> 0,9$ .

Les résultats sont très satisfaisants : la concordance est très acceptable dans chacun des trois cas.

➤ Dans un deuxième temps, nous avons divisé l'EVA en différentes régions et pour chacune de ces portions, la concordance est recherchée. Nous pourrions alors savoir si les patients estiment plus fréquemment leur douleur sur une région particulière de l'échelle.

Ainsi, nous avons divisé l'EVA en trois parties égales de 0 à 33, de 34 à 66 et de 67 à 100 d'où le terme de concordance « par tiers ». Ce test est réalisé entre T0 et T15.

Voici les résultats obtenus :

Régions de l'EVA	n	R	Intervalle de confiance
[0 - 33]	36	0,46	]0,17 ; 0,68[
[34 - 66]	20	- 0,09	] - 0,50 ; 0 ,35[
[67 - 100]	6	0,20	] - 0,62 ; 0,81[

Dans les trois régions, les effectifs n sont très petits. Il est donc très difficile de conclure sur le plan statistique.

De plus, les concordances obtenues, très différentes de 1, sont donc très faibles.

Nous avons également divisé l'EVA en cinq parties ; toutefois, le nombre de patients dans chaque intervalle étant limité, cette étude ne nous a pas permis de conclure.

➤ Enfin, nous avons utilisé les graphiques de Bland et Altman.

Ce test permet de savoir si l'EVA, par elle-même, donnent des variations d'estimations. Les graphes représentent :

- en abscisse la moyenne des deux évaluations de la douleur entre deux temps ;
- et en ordonnée la différence entre les deux estimations.

Plus la différence entre les deux estimations est proche de zéro (donc de l'axe des abscisses), plus la variation est faible et donc meilleure est l'EVA.

⇨ Entre T0 et T15 :

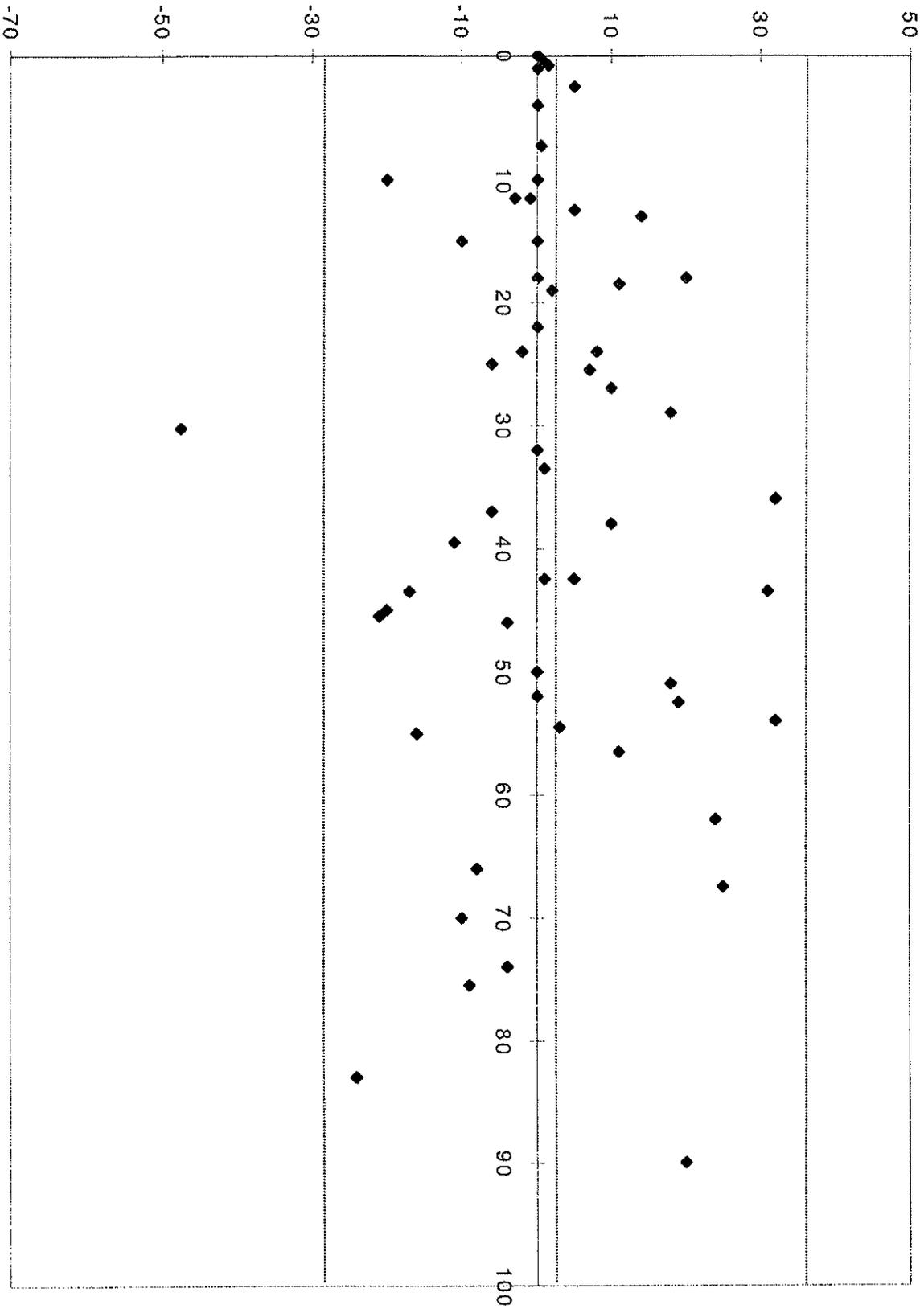
Moyenne des différences =  $d_{\text{moyenne}} = 2$  : ce résultat est proche de zéro. Donc en moyenne, les résultats sont satisfaisants ; on a peu de différence d'évaluation due à l'EVA.

Intervalle de confiance : [- 29 ; 35]

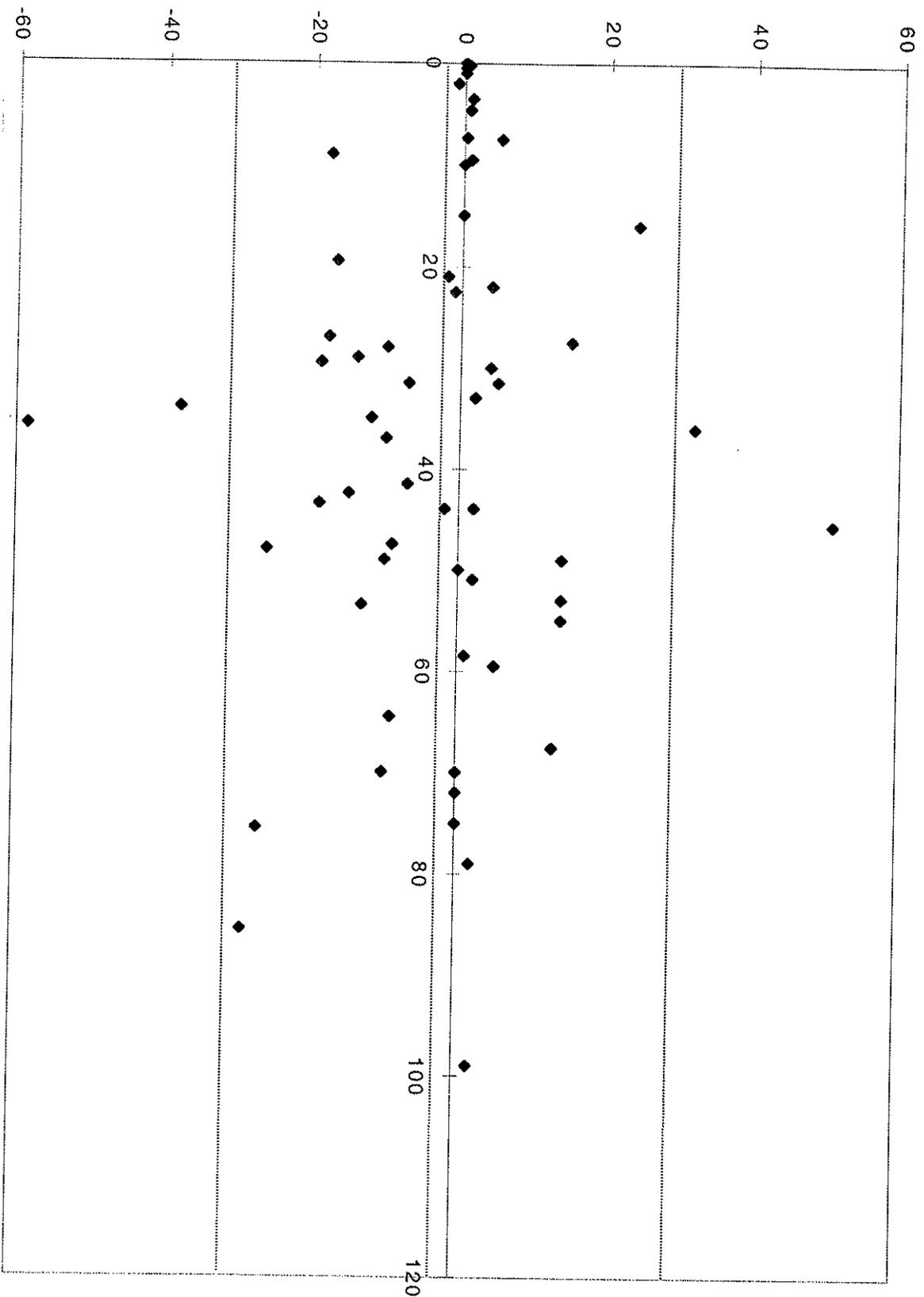
Tous les points sont compris dans l'intervalle. Statistiquement, les résultats sont bons ; il n'y a pas de différence significative.

Remarque : on considère que les résultats sont acceptables si 95 % des points se trouvent dans cet intervalle de confiance.

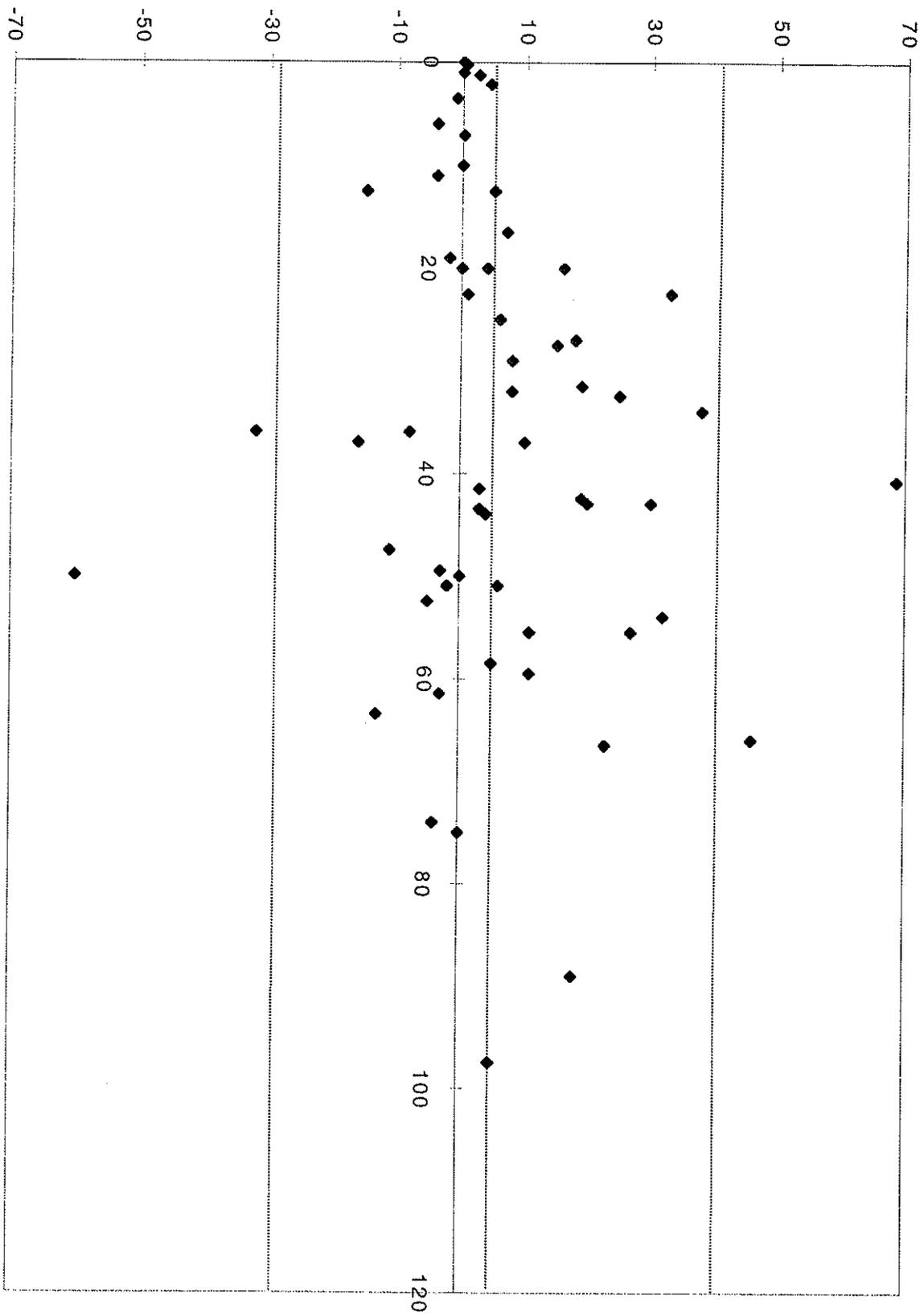
Cependant, on observe une variation de 30 % d'un côté et de l'autre. Sur le plan clinique, cette variation n'est pas négligeable.



T0 - T15



T15 - T30



T0 - T30

⇨ Entre T15 et T30 :

$$d_{\text{moyenne}} = -3$$

Intervalle de confiance : [- 33 ; 28]

On observe toujours une variation de 30 %.

De plus, quatre points soit 7% se situent hors de l'intervalle, ce qui est non négligeable.

⇨ Résultats obtenus entre T0 et T30 :

$d_{\text{moyenne}} = 6$  : elle est plus éloignée de zéro que dans les cas précédents, ce qui n'est pas en faveur de l'EVA sur le plan de la " variabilité ".

Intervalle de confiance : [- 29 ; 41]

La variation est encore plus grande : 30 % d'un côté, 40 % de l'autre.

Quatre points soit 7% sont également en dehors de l'intervalle.

## ◆ **Discussion**

D'une manière générale, les résultats sont en faveur de l'EVA.

❖ Tout d'abord, l'étude de la corrélation révèle une reproductibilité inter observateur très acceptable. En effet, les coefficients de corrélation obtenus entre T0 et T15 ( $\rho_s = 0,79$ ) et entre T15 et T30 ( $\rho_s = 0,82$ ), conditions dans lesquelles les évaluations sont

entreprises par deux infirmières différentes, sont très satisfaisants (car relativement proches de 1) et même plus élevés qu'entre T0 et T30 ( $\rho_s = 0,77$ ) où les mesures ont été réalisées par la même infirmière. Les coefficients de corrélation intra classes R évoluent dans le même sens :  $R_2 = 0,78$  (entre T0 et T15) et  $R_3 = 0,82$  (entre T15 et T30) sont très proches de 1 et même plus élevés que  $R_1 = 0,73$ .

Il n'est donc pas nécessaire que l'évaluation de la douleur soit réalisée par un même investigateur, celui-ci ne semblant pas influencer le résultat.

D'ailleurs, aucune source évoquant le choix de l'investigateur n'a été retrouvée dans la littérature.

❖ Cependant, l'étude présente quelques incohérences.

Dans un premier temps, la différence des moyennes est telle qu'elle ne justifie pas pleinement la poursuite des travaux statistiques. En effet, logiquement, les corrélations et les concordances n'auraient pas dues être interprétables, ce qui n'est pas le cas.

De plus, c'est dans les conditions les meilleures que l'on obtient les résultats les moins satisfaisants (même infirmière). Nous pouvons alors nous demander à ce niveau de l'étude : pourquoi, au départ, les moyennes sont-elles différentes ? Pour quelles raisons les concordances les plus faibles se situent-elles entre T0 et T30, alors que l'évaluation est réalisée sous l'investigation de la même infirmière et que la douleur est considérée comme identique pendant tout le test ? Il y a trois explications possibles : soit l'EVA n'est pas « fiable », soit le patient n'a pas compris l'intérêt de l'échelle, soit notre hypothèse de départ n'est pas acceptable.

Cependant il est difficile de remettre en cause la fiabilité de l'EVA étant donnée la multitude de scientifiques qui prouvent le contraire. De plus, d'après les conditions

de départ, seuls les patients suffisamment cortiqués, donc aptes à comprendre, sont sélectionnés après avoir, bien sûr, reçu les explications suffisantes pour évaluer correctement leur douleur sur l'EVA.

Nous pouvons alors penser que notre hypothèse de départ ne correspond pas tout à fait à la réalité : la douleur varie sans doute entre le début et la fin de l'enquête. C'est peut-être l'aspect psychologique qu'il faut prendre en compte ici : le patient est soumis à un test, avec son accord bien évidemment, qui dure 30 minutes (voire plus pour sa mise en place), temps pendant lequel il n'est pas soulagé et pendant lequel on lui demande de penser le plus précisément possible à sa douleur. Il semble alors aisé de comprendre pourquoi le malade aurait tendance à majorer sa douleur, comme nous le rappellent beaucoup d'auteurs : Boureau (12), Eich, Freine, Jamison, Linton... (43) De plus, dans ce cas précis, de nombreux éléments peuvent rentrer en compte : la mémoire de l'endroit où la première marque a été faite (61), les expériences passées du malade (55), son caractère et sa personnalité (31), la position initiale influant sur les suivantes (24)... autant de facteurs qui peuvent modifier la douleur et son évaluation.

❖ En ce qui concerne la reproductibilité intra observateur, il est difficile de conclure sur le plan statistique, les effectifs étant trop petits. Les concordances obtenues sont très faibles. Toutefois, il semble que les patients estiment de préférence leur douleur entre les valeurs 0 et 33, et entre 67 et 100, c'est-à-dire aux deux extrémités de l'échelle.

Rappel : d'après Dixon et Bird, les positions les plus difficiles à reproduire sont situées à plus ou moins 2 cm du milieu de l'échelle. Par contre, celles qui se trouvent près des extrémités et du centre sont plus aisément retrouvées.

En divisant l'EVA en cinq, nous cherchions à confirmer ce résultat, ce dont il fut impossible étant donné un nombre de patients très limité dans chaque intervalle.

Ainsi, il ne nous est pas possible de nous prononcer sur les affirmations de Dixon et Bird selon lesquelles les patients estimeraient plus facilement leur douleur au niveau des extrémités et du centre de l'EVA.

Nous avons également montré que l'EVA présente une variabilité non négligeable de 30% avec les graphiques de Bland et Altman. Ce test est acceptable sur le plan statistique. Globalement, les résultats sont concordants sur les 62 sujets car  $d_{moyenne}$  est proche ou relativement proche de zéro.

Par contre, sur les valeurs individuelles, l'EVA présente une variabilité de 30 %, ce qui est non négligeable. Ainsi, si le patient estime sa douleur à un temps donné (T1) puis 15 minutes plus tard (T2), la deuxième estimation peut être différente de 30 % de la première, et cette différence serait uniquement due à l'EVA. Il sera donc difficile de savoir si la variabilité des évaluations faites par un même malade est due à l'EVA, ou au contraire, significative d'une évolution de la douleur, de l'efficacité ou de l'inefficacité d'un traitement. Face à un tel résultat, il est donc difficile de conclure au caractère valide de l'EVA à l'inverse de nombreux scientifiques.

Il aurait sans doute été intéressant de réaliser cette enquête sur un nombre de patients beaucoup plus important. De plus, nous aurions peut-être dû faire abstraction des cas pour lesquels les évaluations étaient très différentes aux trois temps et qui ont donc majoré les

30% de variabilité obtenue. En effet, les points extrêmes qui se trouvent hors de l'intervalle de confiance sur les graphiques de Bland et Altman, correspondent à ces évaluations quelques peu divergentes. Cependant, la population de malades à notre disposition étant déjà limitée, nous avons préféré conserver tous les résultats. De plus, il est difficile d'écarter un patient plutôt qu'un autre, n'ayant retrouvé aucune explication précise sur ces différentes évaluations.

## ◆ **Conclusion**

Cette enquête nous a permis de mettre en évidence une reproductibilité inter observateur très satisfaisante. C'est un résultat très intéressant, surtout dans le cadre hospitalier où personnel infirmier et médecins peuvent encadrer à tout moment l'évaluation de la douleur des patients en fonction de leurs attentes.

Cependant, la variabilité due à la seule technique de l'EVA, soit 30%, est non négligeable sur le plan clinique. Ceci révèle bien les faiblesses de l'échelle.

Comment un instrument de conception aussi simple que l'EVA peut-il révéler tous les aspects (intensité, répercussions physiques, psychologiques, sociales... du patient) de la douleur, phénomène multidimensionnel très subjectif ? L'EVA nous oriente très certainement sur l'intensité de la douleur telle qu'elle est ressentie par le malade mais ne permet pas à elle seule de cerner toute la pathologie douloureuse.

C'est d'ailleurs pour cette raison qu'il existe une multitude d'autres instruments et questionnaires pour compléter l'EVA, et ainsi établir un diagnostic précis et pouvoir soulager le patient de manière efficace.

Et tous ces outils, ne sont-ils pas non plus des moyens de faire parler le patient, d'établir un véritable dialogue malade – médecin, dialogue indispensable pour comprendre le patient douloureux (douleur chronique en particulier) ?

## **Annexe 1 : glossaire**

**Allodynie :** douleur due à un stimulus qui ne provoque pas de douleur habituellement.

**Analgésie :** absence de douleur en réponse à un stimulus normalement douloureux.

**Causalgie :** syndrome comprenant une douleur continue à type de brûlure, une allodynie et une hyperpathie survenant après une lésion nerveuse traumatique, souvent associée à un dysfonctionnement de la vasomotricité et de la sudation et plus tardivement de troubles trophiques.

**Cognitif :** qualifie les processus par lesquels un organisme acquiert des informations sur l'environnement et les élabore pour régler son comportement : perception, formation de concepts, raisonnement, langage, décision, pensée.

**Comportement :** ensemble des réactions objectivement observables.

**Déficiences :** toute perte de substance ou altération d'une structure ou fonction psychologique, physiologique ou anatomique.

**Douleur :** expérience sensorielle et émotionnelle désagréable, liée à une lésion tissulaire existante ou potentielle, ou décrite en termes évoquant une telle lésion.

**Douleur centrale :** douleur provenant ou causée par une lésion ou un dysfonctionnement situés au niveau du système nerveux central.

**Douleur de neuropathie :** douleur provenant ou causée par une lésion ou un dysfonctionnement situés au niveau du système nerveux.

**Douleur neurogène :** douleur provenant ou causée par une lésion, un dysfonctionnement ou une perturbation transitoire situés au niveau du système nerveux périphérique ou central.

**Dysesthésie :** sensation désagréable anormale, spontanée ou provoquée.

**Emotion** : état affectif intense, caractérisé par une brusque perturbation physique et mentale où sont abolies, en présence de certaines excitations ou représentations très vives, les réactions appropriées d'adaptation à l'événement.

**Hyperalgésie** : réponse douloureuse exagérée à un stimulus normalement douloureux.

**Hyperesthésie** : sensibilité exagérée à une stimulation somesthésique (tactile, thermique, douloureuse), à l'exception des stimulations sensorielles spécifiques.

**Hyperpathie** : syndrome douloureux caractérisé par une réaction anormalement douloureuse à un stimulus (en particulier à un stimulus répétitif) et dont le seuil est augmenté.

**Hypoalgésie** : réponse douloureuse diminuée à un stimulus normalement douloureux.

**Hypoesthésie** : sensibilité diminuée à une stimulation somesthésique, à l'exception des stimulations sensorielles spécifiques.

**Idiopathique** : 1. Sens réel, mais rarement utilisé : qualifie une affection considérée comme autonome, indépendante, ne relevant pas d'une autre affection (par opposition aux troubles symptomatiques qui, eux, n'ont pas d'existence nosologique propre).  
2. Par extension abusive, mais intelligible en raison du caractère arbitraire du sens précédent : qualifie une maladie d'origine inconnue.

**Incapacité fonctionnelle** : toute réduction (résultant d'une déficience), partielle ou totale, de la capacité d'accomplir une activité d'une façon ou dans les limites considérées comme normales pour un être humain.

**Métriologie** : science des mesures.

**Neuropathie** : perturbation de la fonction ou modification pathologique d'un nerf du système nerveux périphérique. Au niveau d'un seul nerf = mononeuropathie, au niveau de

plusieurs nerfs = mononeuropathie multiple, en cas d'atteinte diffuse ou bilatérale = polyneuropathie.

**Névralgie :** douleur survenant dans un ou plusieurs territoires nerveux.

**Névrite :** inflammation d'un ou plusieurs nerfs.

**Paresthésie :** sensation anormale, désagréable ou non, spontanée ou provoquée.

## Annexe 2 : document pour l'évaluation de la douleur chronique.

### Feuillelet destiné au patient.

#### Outils d'autoévaluation de la douleur chronique chez l'adulte

Afin de préciser l'intensité de la douleur que vous ressentez actuellement (depuis les 8 derniers jours), nous vous demandons de répondre aux questionnaires suivants. N'oubliez pas de répondre à toutes les questions.

Date : ... / ... / ...

Nom :

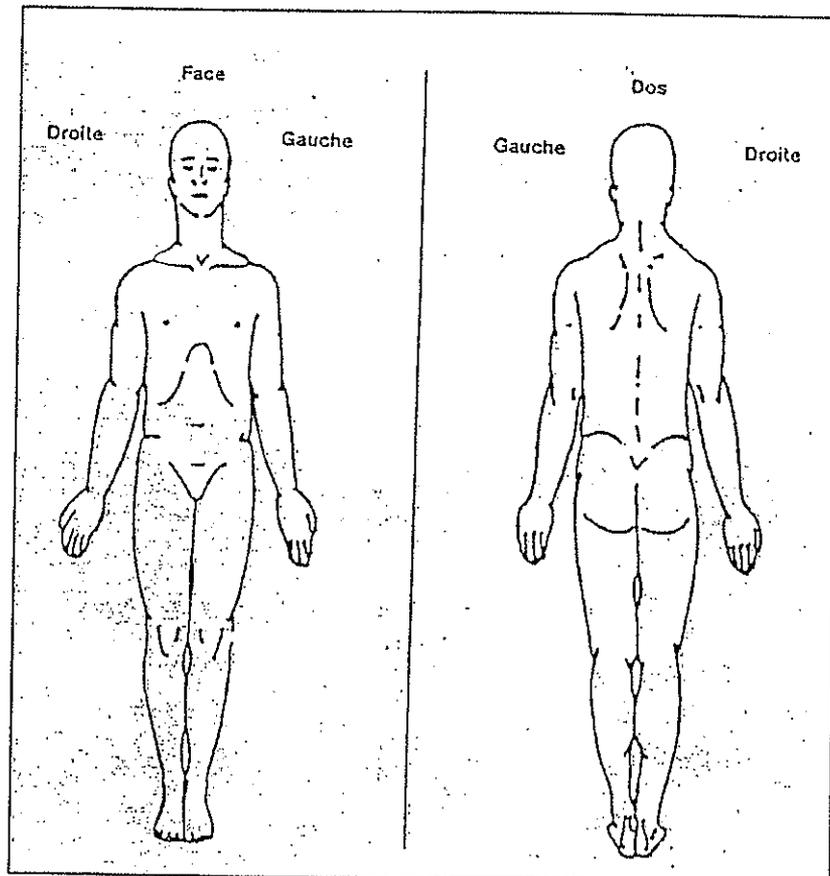
Prénom :

#### 1<sup>RE</sup> PARTIE : SCHÉMA DES ZONES DOULOUREUSES

Indiquez sur le schéma ci-contre où se trouve votre douleur habituelle (depuis les 8 derniers jours) en hachurant la zone.

Mettez sur le schéma un « S » pour une douleur près de la surface de votre corps ou un « P » pour une douleur plus profonde dans le corps.

Mettez un « I » à l'endroit où vous ressentez la douleur la plus intense.



## 2<sup>e</sup> PARTIE : MESURE DE L'INTENSITÉ DE LA DOULEUR (UTILISER L'ÉCHELLE 1, 2 OU 3)

Trois échelles de mesure de l'intensité de la douleur vous sont proposées. Les réponses à une seule échelle sont suffisantes. Essayez de remplir l'échelle 1, en cas de difficultés essayez de remplir l'échelle 2, et en cas de difficultés remplissez l'échelle 3.

### ÉCHELLE 1 : ÉCHELLE VISUELLE ANALOGIQUE

Nous vous proposons d'utiliser une sorte de thermomètre de la douleur qui permet de mesurer l'intensité de la douleur.

L'intensité de votre douleur peut être définie par un trait tracé sur l'échelle comme dans l'exemple ci-dessous.



Une extrémité correspond à la douleur maximale imaginable

*Plus le trait est proche de cette extrémité, plus la douleur est importante*

L'autre extrémité correspond à pas de douleur

*Plus le trait est proche de cette extrémité, moins la douleur est importante*

Indiquez par une croix ou un trait sur la ligne le niveau de votre douleur pour chacun des 3 types de douleur :

Douleur au moment présent :

pas de douleur	-----	douleur maximale imaginable
----------------	-------	-----------------------------

Douleur habituelle depuis les 8 derniers jours :

pas de douleur	-----	douleur maximale imaginable
----------------	-------	-----------------------------

Douleur la plus intense depuis les 8 derniers jours :

pas de douleur	-----	douleur maximale imaginable
----------------	-------	-----------------------------

## ÉCHELLE 2 : ÉCHELLE NUMÉRIQUE

Entourez ci-dessous la note de 0 à 10 qui décrit le mieux l'importance de votre douleur pour chacun des 3 types de douleur. La note 0 correspond à « pas de douleur ». La note 10 correspond à la « douleur maximale imaginable ».

Douleur au moment présent :

Pas de douleur	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	Douleur maximale imaginable
----------------	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	----	-----------------------------

Douleur habituelle depuis les 8 derniers jours :

Pas de douleur	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	Douleur maximale imaginable
----------------	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	----	-----------------------------

Douleur la plus intense depuis les 8 derniers jours :

Pas de douleur	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	Douleur maximale imaginable
----------------	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	----	-----------------------------

## ÉCHELLE 3 : ÉCHELLE VERBALE SIMPLE

Pour préciser l'importance de votre douleur répondez en entourant la réponse correcte pour chacun des 3 types de douleur :

Douleur au moment présent :	0 absente	1 faible	2 modérée	3 intense	4 extrêmement intense
-----------------------------	--------------	-------------	--------------	--------------	--------------------------

Douleur habituelle depuis les 8 derniers jours :	0 absente	1 faible	2 modérée	3 intense	4 extrêmement intense
--	--------------	-------------	--------------	--------------	--------------------------

Douleur la plus intense depuis les 8 derniers jours :	0 absente	1 faible	2 modérée	3 intense	4 extrêmement intense
---	--------------	-------------	--------------	--------------	--------------------------

### 3<sup>E</sup> PARTIE : QUALIFICATIFS DE LA DOULEUR

Vous trouverez ci-dessous une liste de mots pour décrire une douleur. Pour préciser le type de douleur que vous ressentez habituellement (depuis les 8 derniers jours), répondez en mettant une croix pour la réponse correcte.

	0 absent non	1 faible un peu	2 modéré modérément	3 fort beaucoup	4 extrêmement fort extrêmement
Élancements					
Pénétrante					
Décharges électriques					
Coups de poignard					
En étau					
Tiraillement					
Brûlure					
Fourmillements					
Lourdeur					
Épuisante					
Angoissante					
Obsédante					
Insupportable					
Énervante					
Exaspérante					
Déprimante					

#### 4<sup>E</sup> PARTIE : ÉCHELLE DU RETENTISSEMENT ÉMOTIONNEL

Les médecins savent que les émotions jouent un rôle important dans la plupart des maladies. Si votre médecin est au courant des émotions que vous éprouvez, il pourra mieux vous aider. Ce questionnaire a été conçu de façon à permettre à votre médecin de se familiariser avec ce que vous éprouvez vous-même sur le plan émotif.

Ne faites pas attention aux chiffres et aux lettres imprimés à gauche du questionnaire.

Lisez chaque série de questions et soulignez la réponse qui exprime le mieux ce que vous avez éprouvé au cours de la semaine qui vient de s'écouler.

Ne vous attardez pas sur la réponse à faire, votre réaction immédiate à chaque question fournira probablement une meilleure indication de ce que vous éprouvez, qu'une réponse longuement méditée.

	3	<b>Je me sens tendu ou énervé :</b>
	2	la plupart du temps
	1	souvent
	0	de temps en temps
		jamais
0		<b>Je prends plaisir aux mêmes choses qu'autrefois :</b>
1		oui, tout autant
2		pas autant
3		un peu seulement
		presque plus
	3	<b>J'ai une sensation de peur comme si quelque chose d'horrible allait m'arriver :</b>
	2	oui, très nettement
	1	oui, mais ce n'est pas grave
	0	un peu, mais cela ne m'inquiète pas
		pas du tout
0		<b>Je ris facilement et vois le bon côté des choses :</b>
1		autant que par le passé
2		plus autant qu'avant
3		vraiment moins qu'avant
		plus du tout
	3	<b>Je me fais du souci :</b>
	2	très souvent
	1	assez souvent
	0	occasionnellement
		très occasionnellement
3		<b>Je suis de bonne humeur :</b>
2		jamais
1		rarement
0		assez souvent
		la plupart du temps
	0	<b>Je peux rester tranquillement assis à ne rien faire et me sentir décontracté :</b>
	1	oui, quoi qu'il arrive
	2	oui, en général
	3	rarement
		jamais

3		<b>J'ai l'impression de fonctionner au ralenti :</b>
2		presque toujours
1		très souvent
0		parfois
		jamais
	0	<b>J'éprouve des sensations de peur et j'ai l'estomac noué :</b>
	1	jamais
	2	parfois
	3	assez souvent
		très souvent
3		<b>Je ne m'intéresse plus à mon apparence :</b>
2		plus du tout
1		je n'y accorde pas autant d'attention que je le devrais
0		il se peut que je n'y fasse plus autant attention
		j'y prête autant d'attention que par le passé
	3	<b>J'ai la bougeotte et n'arrive pas à tenir en place :</b>
	2	oui, c'est tout à fait le cas
	1	un peu
	0	pas tellement
		pas du tout
0		<b>Je me réjouis d'avance à l'idée de faire certaines choses :</b>
1		autant qu'auparavant
2		un peu moins qu'avant
3		bien moins qu'avant
		presque jamais
	3	<b>J'éprouve des sensations soudaines de panique :</b>
	2	vraiment très souvent
	1	assez souvent
	0	pas très souvent
		jamais
0		<b>Je peux prendre plaisir à un bon livre ou à une bonne émission radio ou de télévision :</b>
1		souvent
2		parfois
3		rarement
		très rarement
D	A	

## 5<sup>E</sup> PARTIE : ÉCHELLE DU RETENTISSEMENT DE LA DOULEUR SUR LE COMPORTEMENT QUOTIDIEN

Pour chacune des 6 questions suivantes, entourez le chiffre qui décrit le mieux comment, la semaine dernière, la douleur a gêné votre :

Humeur

Ne gêne pas	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	Gêne complètement
-------------	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	----	-------------------

Capacité à marcher

Ne gêne pas	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	Gêne complètement
-------------	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	----	-------------------

Travail habituel (y compris à l'extérieur de la maison et les travaux domestiques)

Ne gêne pas	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	Gêne complètement
-------------	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	----	-------------------

Relation avec les autres

Ne gêne pas	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	Gêne complètement
-------------	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	----	-------------------

Sommeil

Ne gêne pas	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	Gêne complètement
-------------	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	----	-------------------

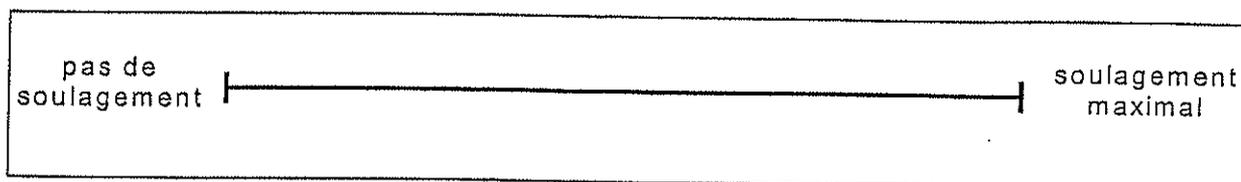
Goût de vivre

Ne gêne pas	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	Gêne complètement
-------------	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	----	-------------------

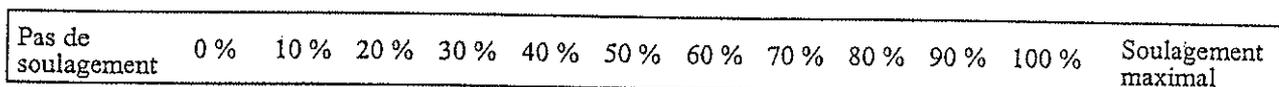
## 6<sup>e</sup> PARTIE : MESURES DE L'INTENSITÉ DU SOULAGEMENT DE LA DOULEUR

Trois échelles de mesure de l'intensité du soulagement vous sont proposées. La réponse à une seule échelle suffit.

### ÉCHELLE 1 : ÉCHELLE VISUELLE ANALOGIQUE



### ÉCHELLE 2 : ÉCHELLE NUMÉRIQUE



### ÉCHELLE 3 : ÉCHELLE VERBALE SIMPLE

Soulagement	Scores
nul	0
faible	1
modéré	2
important	3
complet	4

**CHAPITRE 3 :**

**CONCLUSION**

La douleur, expérience désagréable, sensorielle et émotionnelle est un phénomène complexe : résultante de quatre composantes et sous l'influence de nombreux facteurs, elle est propre à chaque patient. Ce sont cette subjectivité et ce caractère multidimensionnel qui rendent son évaluation si difficile.

Par conséquent, l'ANAES demande à ce que les méthodes d'évaluation de la douleur soient pleinement objectives, valides, sensibles et reproductibles.

Une multitude de procédés (échelles, questionnaires uni ou multidimensionnels) sont à notre disposition pour ces évaluations qualitatives (comportement et langage) et quantitatives (intensité) aussi importantes l'une que l'autre. Parmi ceux-ci, l'échelle visuelle analogique ou EVA, officiellement validée, est reconnue de tous pour sa simplicité et sa rapidité. Elle est, avant tout, un outil de mesure de l'intensité de la douleur mais permet également au patient douloureux de s'exprimer.

Toutefois, différentes études critiques nous rappellent les quelques problèmes soulevés par l'EVA : choix techniques (longueur, lecture verticale ou horizontale, qualificatifs intermédiaires...), sensibilité, reproductibilité dans le temps et dans l'espace, validité, compréhension par le patient, capacité d'abstraction, expérience douloureuse de chacun ... autant de facteurs qui limitent son utilisation.

L'enquête réalisée dans le service de rhumatologie du CHU de Limoges en Septembre 1996 révèle une reproductibilité inter observateur très acceptable. Cependant, cette étude ne nous permet pas de conclure au caractère valide de l'EVA, à l'inverse de nombreux scientifiques. En effet, l'échelle présente une variabilité non négligeable de 30%, variabilité sans doute due, en partie, aux conditions de réalisation de l'enquête et aux hypothèses de départ.

Ainsi, à elle seule, l'EVA ne permet pas de cerner toute la pathologie douloureuse, d'où l'intérêt certain des autres méthodes. Malgré tout, sa simplicité, sa rapidité et sa validité

sont les raisons principales de son utilisation quasi systématique en parallèle avec d'autres procédés dans l'évaluation de la douleur.

L'Echelle Visuelle Analogique, méthode officielle reconnue et validée, est sans aucun doute l'outil le plus utilisé dans l'évaluation de la douleur. Même si elle ne permet pas une compréhension parfaite du syndrome douloureux, elle donne l'occasion au patient de verbaliser sa souffrance et donc d'établir un véritable dialogue avec les professionnels de santé. Ce dialogue constitue la base d'une évaluation précise de la douleur permettant de proposer la thérapeutique la plus pertinente. Si ce traitement n'arrive pas à éradiquer la douleur (échec thérapeutique chez un douloureux chronique), l'ensemble de cette prise en charge assure soutien, compréhension et accompagnement du malade.

## Bibliographie

1. **ANAES.** Evaluation et suivi de la douleur chronique chez l'adulte en médecine ambulatoire. *La presse médicale*, 1999, 28, n°22, p 1171-1177.
2. **ANAES.** Recommandations pour la pratique clinique : évaluation et suivi de la douleur chronique chez l'adulte en médecine ambulatoire. *Paris*, 1999. 123 p.
3. **ANDEM.** Les structures d'évaluation et de traitement de la douleur, caractéristiques et critères de description de l'activité. *Paris*, ANDEM, 1995. 25 p.
4. **Banos JE, Bosch F, Canellas M, Bassols A, et al.** Acceptability of visual analogue scales in the clinical setting : a comparison with verbal rating scales in postoperative pain. *Methods Find Exp Clin Pharmacol*, 1989, 11, 2. p 123 – 127.
5. **Beck AT, Steer RA, Garbin MG.** Psychometric properties of the Beck Depression Inventory , twenty-five years of evaluation. *Clin Psychol Rev*, 1988, 8. p 77 – 100.
6. **Besson JM.** La douleur. *Paris*, Odile Jacob, 1992. 268 p.
7. **Bouguerra A, Belhassen S, Besson JM, et al.** Douleur neurologique et rééducation. *Bonchamp-Lès-Laval, Frison-Roche*, 1998. 142 p.
8. **Boureau F.** Pratique du traitement de la douleur. *Paris*, Doin, 1988. 402 p.
9. **Boureau F, Doubrere JF, Luu M.** Les méthodes d'évaluation de la douleur clinique. In : *Simon L, Roquefeuil B, Pelissier J, La douleur chronique*, Paris, Masson, 1985. p 37 – 42.
10. **Boureau F, Doubrere JF, Luu M.** Study of verbal description in neuropathic pain. *Pain*, 1990, 42. p 142 – 152.
11. **Boureau F, Luu M, Doubrere JF.** Comparative study of the validity of four french Mc Gill Pain Questionnaire (MPQ) versions. *Pain*, 1992, 50. p 59 – 65.
12. **Boureau F, Luu M, Gay C, Doubrere JF.** Les échelles d'évaluation de la symptomatologie douloureuse chronique. *Med Hyg*, 1982, 40. p 3797 – 3805.

13. **Boureau F, Serrié A.** Douleur : pourquoi et comment évaluer son intensité ? *La revue du Praticien, médecine générale*, 1998, 12, n°442. p 15 – 20.
14. **Boureau F, Spielvogel C.** Evaluation clinique de la douleur. In : *J.E.P.U., La douleur et son traitement, Paris, Arnette, 1988. p 189 – 210.*
15. **Bradley LA, McDonald Haile J, Jaworski TM.** Assessment of psychological status using interviews and self-report instruments. In : *Turk DC, Melzack R, Editors, Handbook of pain assessment, New York, The Guilford Press, 1992. p 193 – 213.*
16. **Brasseur L.** Douleur aiguë. Anesthésie. Réanimation Chirurgicale. Paris, Flammarion, 1990. p 667 – 687.
17. **Brasseur L.** Traitement de la douleur. Paris, Doin éditeurs, 1997.
18. **Brasseur L, Chauvin M, Guibaud G, Guesnon P.** Douleurs, bases fondamentales, pharmacologie, douleurs aiguës, douleurs chroniques, thérapeutiques. Paris, Maloine, 1997. 851 p.
19. **Carlson AM.** Assessment of chronic pain : aspect of the reliability and validity of the visual analogue scale. *Pain*, 1983, 16. p 87 – 101.
20. **CNIMH.** Evaluation thérapeutique, traitements de la douleur. *Dossier du CNIMH*, 1995, XVI, 5 – 6. 171 p.
21. **Courault C, Postel – Vinay N, DGS.** Lutte contre la douleur : le plan des pouvoirs publics. *La revue du praticien, médecine générale*, 1998, 12, n°442. p 9 – 12.
22. **Couturier M.** La douleur, place des antalgiques. 2<sup>e</sup> ed., Paris, 1992. 256 p.
23. **Daut RL, Cleeland CS, Flanery RC.** Development of the Wisconsin Brief Pain Questionnaire to assess pain in cancer and other diseases. *Pain*, 1983, 17. p 197 – 210.
24. **Dixon JS, Bird HA.** Reproducibility along a 10 cm vertical visual analogue scale. *Ann Rheum Dis*, 1981, 40. p 87 – 89.

25. **Downie WW, Leatham PA, Rhind VM, et al.** Studies with pain rating scales. *Ann Rheum Dis*, 1978, 37. p 378 – 381.
26. **Ferraz MB, Quaresma MR, Aquino L, et al.** Reliability of pain scales in the assessment of literate and illiterate patients with rheumatoid arthritis. *J Rheumatol*, 1990, 17, 8. p 1022 – 1024.
27. **Flor H, Birbaumer N.** Comprehensive assessment and treatment of chronic back pain patients without physical disabilities. In : *Bond M, Proceeding of VIth world congress on pain, Amsterdam, Elsevier, 1991. p 229 – 234.*
28. **Fordyce WE.** Behavioral methods for chronic pain and illness. *The Cv Mosby Compagny, Saint – louis, 1976.*
29. **Genti G, Balint G, Bordas E.** Visual analogue pain scales. *Ann Rheum Dis*, 1980, 39. p 414.
30. **Houde RW.** Methods for measuring clinical pain in humans. *Acta Anaesth Scand*, 1982, *Suppl.* 74. p 25 – 29.
31. **Huskisson EC.** Measurement of pain. *Lancet*, 1974, 2. p 1127 – 1131.
32. **Jensen MP, Karoly P.** Self-report scales and procedures for assessing pain in adults. In : *Turk DC, Melzack R, Editors, Handbook of pain assessment, New-York, The Guilford Press, 1992. p 135 – 151.*
33. **Jensen MP, Karoly P, Braver S.** The measurement of clinical pain intensity : a comparison of six methods. *Pain*, 1986, 27. p 117 – 126.
34. **Joos E, Peretz A, Beguin S, Famaey JP.** Reliability and reproductibility of visual analogue scale and numering rating scale for therapeutic evaluation of pain in rheumatic patients. *J Rheumatol*, 1991, 18, 8. p 1269 – 1270.
35. **Keefe FJ, Block AR.** Development of an observation method for assessing pain behaviour in chronic low back pain patients. *Behav Ther*, 1982, 13. p 363 – 375.

- 36. Keefe FJ, Crisson JE.** Observational methods for assessing pain : a practical guide. In : *Blumenthal JA, Mc Kee DC, Applications in behavioral medicine and health psychology : a clinicians' source book, Sarasota, Professional Ressource Exchange, 1986. p 67 – 94.*
- 37. Kerns RD, Turk DC, Rudy TE.** The West Haven-Yale Multidimensional Pain Inventory (WHYMPI). *Pain, 1985, 23. p 345 – 356.*
- 38. Kremer E, Hampton-Atkinson J, Ignelzi RJ.** Measurement of pain : patient preferences does not confound pain measurement. *Pain, 1981, 10. p 241 – 248.*
- 39. Lansbury J.** Report of a three-years study on the systemic and articular indexes in rheumatoid arthritis. *Arthritis Rheum, 1958, 1. p 505 – 522.*
- 40. Lawlis GF, Cuencas R, Selby D, Mc Coy CE.** The development of the Dallas Pain Questionnaire. An assessment of the impact of spinal pain on behavior. *Spine, 1989, 14. p 511 – 516.*
- 41. Lazorthes Y.** Les douleurs rebelles : évaluation et stratégie thérapeutique. *Paris, Maloine, 1993. 315 p.*
- 42. Lépine JP.** L'échelle HAD (Hospital Anxiety and Depression Scale). In : *Guelfi JD, Editeur, L'évaluation clinique standardisée en psychiatrie, Tome 1, Boulogne, Editions Médicales Pierre Fabre, 1996. p 367 – 374.*
- 43. Marchand S.** Le phénomène de la douleur : comprendre pour soigner. *Paris, Masson, 1998. 312 p.*
- 44. Marty M, Blotman F, Avouac B, Rozenberg S, Valat JP.** Validation de la version française de l'échelle de Dallas chez les patients lombalgiques chroniques. *Rev Rhum (Ed Fr), 1998, 65. p 139 – 147.*
- 45. Mazars G.** L'homme sans douleur. *Paris, Levy Almann, 1988. 318 p.*
- 46. Melzack R.** Le questionnaire douleur de Mac Gill : propriétés principales et méthodologie. *Pain, 1975, 1. p277 – 299.*

47. **Melzack R.** The Mc Gill Pain Questionnaire : major properties and scoring methods. *Pain*, 1975. p 278 – 286.

48. **Melzack R.** The short-form Mc Gill Pain Questionnaire. *Pain*, 1987, 30. p 191 – 197.

49. **Melzack R, Torgeson WS.** On the language of pain. *Anesthesiology*, 1971, 34. p 50 – 59.

50. **Melzack R, Wall.** Le déficit de la douleur. *Vigot*, 1989.

51. **Mery C.** L'essai thérapeutique des antalgiques. *Laboratoire Diamant edit., Paris La Défense*, 1983. 112 p.

52. **Ministère des Affaires Sociales, de la Santé et de la Ville, Direction Générale de la Santé, Direction des Hôpitaux.** Circulaire DGS/DH 94 N°3 du 7 Janvier 1994 relative à l'organisation des soins et de la prise en charge des douleurs chroniques. *Paris, Ministère des Affaires Sociales, de la Santé et de la Ville, DGS, DH, 1994.* 7 p.

53. **Ministère des Affaires Sociales et de la Solidarité.** La douleur chronique : les structures spécialisées dans son traitement. *Paris, Direction des Journaux Officiels, 1991, BO N°91/3 bis.* 22 p.

54. **Ohnhaus E, Adler R.** Methodological problems in the measurement of pain : a comparison between the verbal rating scale and the visual analogue scale. *Pain*, 1975, 1. p 379 – 384.

55. **Pfister P.** Les EVA : étude critique de leur utilisation pour l'évaluation de la douleur chronique. *Th. Univ. Med. Paris, 1986, n°26.* 43 p.

56. **Price D, Mc Grath P, Rafii A, Buckingham B.** The validation of visual analogue scales as ratio scale measures for chronic and experimental pain. *Pain*, 1983, 17. p 45 – 56.

57. **Queneau P, Ostermann G.** Soulager la douleur. *Paris, Odile Jacob, 1998.* 316 p.

- 58. Queneau P, Ostermann G, APNET.** Le médecin, le patient et sa douleur. *Paris, Masson, 1993. 408 p.*
- 59. Reading AE.** A comparison of pain rating scales. *Psychosom Res, 24. p 119 – 124.*
- 60. Reading AE.** Testing pain mechanisms in persons in pain. « *Textbook of pain* », (ed A. Wall & R Melzack) *Churchill Livingstone, 1982.*
- 61. Revill SII, Robinson JO, Rosen M, Hogg MIJ.** The reliability of a linear analogue for evaluating pain. *Anaesthesia, 1976, 31. p 1191 – 1198.*
- 62. Richards JS, Nepomuceno C, Riles M, Suer Z.** Assessing pain behavior : the UAB pain behavior scale. *Pain, 1982, 14. p 393 – 398.*
- 63. Ritchie DM, Boyle JA, Mc Innes JM, et al.** Clinical studies with an articular index for the assesement of joint tenderness in patients with rheumatoid arthritis. *Q J Med, 1968, 147. p 393.*
- 64. Rubinstein H.** Médecine de la douleur : pour vaincre cette malédiction humaine. *Paris, Robert Laffont, 1988. 284 p.*
- 65. Sanders SH, Rucker KS, Anderson KO, et al.** Guidelines for program evaluation in chronic non-malignant pain management. *J back Musculoskeletal Rehabil, 1996, 7. p 19 – 25.*
- 66. Scott J, Huskisson EC.** Graphic representation of pain. *Pain, 1976, 2. P 175 – 184.*
- 67. Scott J, Huskisson EC.** Vertical or horizontal visual analogue scales. *Ann Rheum Dis, 1979, 38. p 560.*
- 68. Serrié A.** La prise en charge de la douleur : priorité de santé publique. *Actualités Pharmaceutiques, 1999, n°373. p 51 – 53.*
- 69. Serrié A, Cunin G, Langlade A, et al.** Evaluation et cotation de la douleur chez le douloureux aigu : problèmes méthodologiques. *Agressologie, 1987, 28, n°6. p 619 – 627.*

**70. Serrié A, Thurel C.** La douleur en pratique quotidienne, diagnostic et traitement. Paris, Arnette, 1994. 582 p.

**71. Site internet :** <http://www.sante.gouv.fr/douleur/3-pratique/321-essent.htm>

**72. Sriwatanakul K, Kelvie W, Lasagna L, et al.** Studies with different types of VAS for measurement of pain. *Clin Pharmacol Ther*, 1983, 34. p 234 – 239.

**73. Vlaeyen JWS, Pernot DFM, Kole-Snijders AMJ, et al.** Assessment of the components of observed chronic pain behavior : the checklist for Interpersonal Pain Behavior (CHIP). *Pain*, 1990, 43. p 337 – 347.

**74. Walsh TD, Leber B.** Measurement of chronic pain : visual analogue scale and McGill Pain Questionnaire' Melzack compared. « *Advances in Pain Research and Therapy* », (ed. JJ bonica), Vol 5, Raven Press, New-York.

**75. White MC, Bradley CA, Prokop CK.** Behavioral assessment of chronic pain. In : *Tyron ww eds. Behavioral assessment in behavioral medicine*, New-York, Springer, 1985.

**76. Zigmond AS, Snaith RP.** The Hospital Anxiety and Depression Scale. *Acta Psychiatr Scand*, 1983, 67. p 361 – 370.

**TABLE  
DES  
MATIERES**

<b>I. <u>GENERALITES</u></b>	<b>10</b>
I.1. Définition du dictionnaire : Le Larousse Médical 1998 (Bordas)	10
I.2. La douleur : phénomène subjectif	10
I.3. Qu'est-ce que la souffrance?	11
<b>II. <u>LES DIFFÉRENTES COMPOSANTES DE LA DOULEUR</u></b>	<b>12</b>
II.1. Les quatre composantes de la douleur	12
II.1.1. La composante motivo-affective	12
II.1.2. La composante sensori-discriminative	13
II.1.3. La composante comportementale	14
II.1.4. La composante nociceptive	14
II.2. Le modèle circulaire de la douleur	15
<b>III. <u>LES FACTEURS INFLUENÇANT LA DOULEUR</u></b>	<b>17</b>
III.1. Le temps	17
III.2. Localisations	18
III.3. Les expériences antérieures	18
III.4. Les facteurs culturels	19
III.5. Comportement et situation	19
III.6. Caractéristiques psychosociales de la douleur	19
III.7. La douleur selon le sexe	20
III.8. Le modèle pluridimensionnel de la douleur (18)	21
<b>IV. <u>CLASSIFICATIONS</u></b>	<b>22</b>
IV.1. Classification selon la localisation (70)	22
IV.1.1. Les douleurs localisées	22
IV.1.2. Les douleurs projetées	22
IV.1.3. Les douleurs référées	23
IV.2. Classification selon des mécanismes physiopathologiques générateurs de la douleur	23
IV.2.1. Douleurs par excès de nociception (16)	23
IV.2.1.1. Douleurs cutanées, articulaires et musculaires	24

La stimulation excessive des nocicepteurs peut avoir plusieurs origines :	24
<b>IV.2.1.2. Douleurs viscérales</b>	24
IV.2.2. <i>Douleurs neurogènes (7, 20)</i>	25
IV.2.3. <i>La douleur psychogène</i>	25
<b>IV.3. Classification courante (20)</b>	26
IV.3.1. <i>Douleur aiguë (ou « douleur signal d'alarme »)</i>	26
IV.3.2. <i>La douleur chronique (ou « douleur maladie »)</i>	27
IV.3.3. <i>Tableau comparatif des douleurs aiguë et chronique (non cancéreuse) (7, 8, 18)</i>	28
<b>IV.4. Classification de l'IASP (43)</b>	29

<b>CHAPITRE 2 : L'ÉVALUATION DE LA DOULEUR</b>	<b>32</b>
--	-----------

<b><u>I. GÉNÉRALITÉS</u></b>	<b>33</b>
<b>I.1. Introduction</b>	<b>33</b>
<b>I.2. Nécessité d'une évaluation</b>	<b>34</b>
I.2.1. <i>L'absence de concordance anatomo-clinique</i>	34
I.2.2. <i>La " placebo-sensibilité "</i>	35
I.2.3. <i>Les effets des thérapeutiques</i>	35
I.2.4. <i>L'absence de modèles expérimentaux</i>	35
I.2.5. <i>L'absence de marqueurs biologiques</i>	36
<b>I.3. En pratique, pourquoi évaluer la douleur ? (13)</b>	<b>36</b>
<b>I.4. Les limites de la douleur</b>	<b>37</b>
<b>I.5. Les structures d'évaluation et de traitement de la douleur (3)</b>	<b>38</b>
I.5.1. <i>Types de structures spécialisées impliquées dans la prise en charge de la douleur chronique rebelle</i>	38
I.5.2. <i>Mission</i>	41
I.5.3. <i>Domaines d'activités</i>	41
<b>I.6. La prise en charge de la douleur : priorité de santé publique</b>	<b>42</b>
I.6.1. <i>Loi de 1995 : article L710.3.1 du Code de la Santé Publique</i>	42
I.6.2. <i>La circulaire DGS/DH n°98/586 du 22 Septembre 1998</i>	43
<b><u>II. PREMIÈRE DÉMARCHE : L'INTERROGATOIRE</u></b>	<b>48</b>
<b>II.1. L'histoire de la maladie</b>	<b>48</b>
II.1.1. <i>Le mode de début</i>	48
II.1.2. <i>L'évolution de la douleur</i>	49
<b>II.2. Les antécédents pathologiques</b>	<b>49</b>
<b>II.3. Les caractéristiques cliniques de la douleur</b>	<b>50</b>
<b>II.4. L'enquête thérapeutique</b>	<b>50</b>

II.5.	L'évaluation des conséquences fonctionnelles et socioprofessionnelles	51
<b>III.</b>	<b><u>L'ÉVALUATION QUALITATIVE DE LA DOULEUR</u></b>	<b>56</b>
III.1.	<b>Le comportement douloureux</b>	<b>56</b>
III.1.1.	<i>Le comportement douloureux : une langue internationale</i>	56
III.1.2.	<i>L'analyse du comportement</i>	57
III.1.2.1.	<b>Avantages de cette méthode</b>	57
III.1.2.2.	<b>Un inconvénient majeur</b>	58
III.1.3.	<i>Les échelles comportementales de Bourhis et Coll</i>	59
III.1.4.	<i>Méthode d'observation de Keefe et Block (35)</i>	61
III.1.5.	<i>Les check-lists comportementaux</i>	61
III.1.5.1.	<b>L'échelle de comportements douloureux de l'Université d'Alabama-Birmingham (ECDUAB)</b>	62
III.1.5.2.	<b>Le check-list des comportements douloureux interpersonnels (CCDI)</b>	62
III.1.5.3.	<b>Le check-list des comportements douloureux (CLCD)</b>	62
III.1.5.4.	<b>L'échelle de comportements douloureux de Tübingen (ECDT) (27)</b>	62
III.1.6.	<i>Un questionnaire pour les patients douloureux chroniques ambulatoires</i>	63
III.2.	<b>Le langage de la douleur et son analyse</b>	<b>66</b>
III.2.1.	<i>Description de la douleur par le patient : le vocabulaire employé et sa complexité</i>	66
III.2.2.	<i>Le langage du personnel médical</i>	68
III.2.2.1.	<b>Impasses et stéréotypes du discours médical</b>	68
III.2.2.2.	<b>L'indispensable dialogue</b>	69
III.2.3.	<i>Analyse du langage de la douleur : les questionnaires d'adjectifs</i>	70
<b>IV.</b>	<b><u>EVALUATION QUANTITATIVE DE LA DOULEUR</u></b>	<b>71</b>
IV.1.	<b>Les méthodes unidimensionnelles</b>	<b>73</b>
IV.1.1.	<i>Les échelles numériques et les échelles verbales</i>	75
IV.1.1.1.	<b><u>Les échelles numériques</u></b>	75
IV.1.1.2.	<b><u>les échelles verbales</u></b>	77
IV.1.1.3.	<b><u>Avantages</u></b>	80
IV.1.1.4.	<b><u>Inconvénients</u></b>	81
IV.1.2.	<i>Les EVA (échelles visuelles analogiques)</i>	83
IV.1.2.1.	<b><u>Définitions</u></b>	83
IV.1.2.1.1.	<i>Les échelles analogiques (43)</i>	83
IV.1.2.1.2.	<i>les échelles visuelles analogiques</i>	84
IV.1.2.2.	<b><u>Rôle du patient</u></b>	85
IV.1.2.3.	<b><u>le site internet (71)</u></b>	86
IV.1.2.4.	<b><u>les différents types d'EVA (55, 58)</u></b>	87
IV.1.2.4.1.	<i>Forme et orientation</i>	87
IV.1.2.4.2.	<i>adjonction de qualificatifs intermédiaires</i>	89
IV.1.2.4.3.	<i>l'EVA représentant le soulagement</i>	91
IV.1.2.4.4.	<i>exemples d'EVA</i>	91
IV.1.2.5.	<b><u>Utilisations des EVA</u></b>	91
IV.1.2.6.	<b><u>Instructions pour l'évaluation de la douleur (43)</u></b>	94
IV.1.3.	<i>Etude critique des méthodes unidimensionnelles</i>	95
IV.1.3.1.	<b><u>Les EVA</u></b>	96
IV.1.3.1.1.	<i>les choix techniques</i>	96
IV.1.3.1.1.1.	<b><u>Choix des termes correspondant aux extrémités</u></b>	97
IV.1.3.1.1.2.	<b><u>EVA horizontales ou verticales ?</u></b>	98
IV.1.3.1.1.3.	<b><u>Longueur idéale d'une EVA</u></b>	100
IV.1.3.1.1.4.	<b><u>Valeur de l'association de qualificatifs intermédiaires numériques ou verbaux</u></b>	100
IV.1.3.1.2.	<i>Problèmes soulevés par l'utilisation des EVA</i>	101
IV.1.3.1.2.1.	<b><u>Compréhension de l'EVA par le patient</u></b>	101
IV.1.3.1.2.2.	<b><u>Echelles absolues ou relatives ? (EVA, EN, EV)</u></b>	104

IV.1.3.1.2.3.	<u>Doit-on rappeler au patient le niveau de sa précédente évaluation ?</u>	106
IV.1.3.1.2.4.	<u>Autres problèmes d'utilisation</u>	106
IV.1.3.1.3.	<i>Qualités métrologiques et comparaison entre les échelles</i>	107
IV.1.3.1.3.1.	<u>La facilité d'administration et de score</u>	107
IV.1.3.1.3.2.	<u>La sensibilité</u>	108
IV.1.3.1.3.3.	<u>La reproductibilité</u>	111
IV.1.3.1.3.4.	<u>La validité</u>	112
IV.1.3.1.3.5.	<u>Autres remarques</u>	114
<b>IV.2.</b>	<b>Les méthodes multidimensionnelles</b>	<b>115</b>
IV.2.1.	<i>Descriptions verbales de la douleur</i>	115
IV.2.1.1.	<b>le Mac Gill Pain Questionnaire (MPQ)</b>	115
IV.2.1.1.1.	<i>Présentation</i>	115
IV.2.1.1.2.	<i>Autres versions</i>	117
IV.2.1.2.	<b>Les qualités métrologiques</b>	118
IV.2.1.3.	<b>Avantages et inconvénients</b>	119
IV.2.2.	<i>Les échelles multidimensionnelles (2)</i>	120
IV.2.2.1.	<b>Le Brief Pain Inventory BPI</b>	121
IV.2.2.2.	<b>Le Mutidimensional Pain Inventory MPI</b>	122
IV.2.2.3.	<b>Le Dallas Pain Questionnaire DPQ</b>	122
IV.2.3.	<i>Autre dimension : la détresse psychologique</i>	123

## **V. L'ENQUÊTE** **126**

V.1.	<i>Comparaison de moyennes</i>	130
V.2.	<i>Etude de la corrélation</i>	132
V.3.	<i>Les concordances</i>	133

### **ANNEXE 1**

### **ANNEXE 2**

### **BIBLIOGRAPHIES**



---

LEFRANC (Lucie). — L'échelle visuelle analogique (EVA) parmi les méthodes standardisées d'évaluation de la douleur. — 170 f.; ill.; tabl.; 30 cm (Thèse : Pharm.; Limoges; 2000).

---

**RESUME :**

La douleur, expérience désagréable, sensorielle et émotionnelle, est un phénomène complexe : résultante de quatre composantes et sous l'influence de nombreux facteurs, elle est propre à chaque patient. Ce sont cette subjectivité et ce caractère multidimensionnel qui rendent sa mesure et donc son traitement si difficiles.

Une multitude d'outils (échelles, questionnaires uni ou multidimensionnels) sont à notre disposition pour les évaluations qualitatives (comportement et langage) et quantitatives (intensité), aussi importantes l'une que l'autre.

Parmi ceux-ci, l'échelle visuelle analogique ou EVA, officiellement validée, est reconnue de tous pour sa simplicité et sa rapidité, ce qui justifie son utilisation quasi systématique.

Cependant, différentes études critiques nous rappellent ces quelques faiblesses, l'EVA ne pouvant pas à elle seule cerner toute la pathologie douloureuse. C'est en association avec les autres méthodes d'évaluation qu'elle rend les meilleurs services dans la prise en charge de la douleur.

---

**MOTS CLES :**

- Douleur.
  - Evaluation.
  - Echelle visuelle analogique (EVA).
- 

**JURY :** Président : Monsieur le Professeur J. BUXERAUD.  
Juges : Monsieur le Professeur P. BERTIN.  
Monsieur P.-M. PREUX, Maître de Conférences.  
Madame le Docteur V. RATSIMBAZAFY.

---