Douleurs

I. Définition

Définition de la douleur par l'International Association for the Study of Pain (IASP) = « une expérience sensorielle et émotionnelle désagréable associée à un dommage tissulaire présent ou potentiel, ou décrite en termes d'un tel dommage. »

A. La douleur, une expérience subjective

Il existe donc une implication dans toute perception douloureuse d'un couple indissociable constitué par sensorialité et émotion qui rend cette expérience strictement personnelle, subjective.
Il y a en effet aucun moyen de mesurer la douleur d'un sujet.
Seule la personne qui souffre peut dire où, comment et à quel intensité elle a mal.

Le ressenti et l'expression d'une douleur vont dépendre de nombreux facteurs inhérents à l'histoire du sujet, à la situation au moment de la douleur et à sa signification.

Aussi, l'expérience, l'apprentissage de la douleur depuis l'enfance module sa perception (et son expression).

La douleur n'est pas corrélé à une lésion -> elle peut être ressentie qu'il y ait ou non une lésion tissulaire.
=> Ce n'est pas la cause de la douleur qui la définit dans son intensité mais sa perception par le sujet.
On ne peut connaître (ou déduire) l'intensité d'une douleur à partir d'une cause.

B. La nociception

Les notions de nociception et de douleur ne sont pas superposables.
Le terme nociception a été introduit par Sherrington pour désigner le système physiologique qui permet la détection des stimulations intenses susceptibles de menacer l'intégrité de l'organisme.
On qualifie de "nociceptives" ces stimulations ainsi que les réponses induites (nocere en latin : nuire).

La nociception est un signal d'alarme utile qui détermine un ensemble de réflexes et de comportements protecteurs (réflexe de retrait, immobilisation de la région lésée, comportement d'évitement).
L'importance de cette fonction de protection est bien mise en évidence par les observations, rares, de malades présentant une insensibilité congénitale à la douleur. Ces patients ont une espérance de vie réduite car une symptomatologie infectieuse,

appendicite par exemple, n'est pas détectée à temps et évolue vers un tableau généralisé (péritonite, septicémie)

Notons que cette fonction de signal d'alarme n'est pas toujours fiable puisque nombre d'affections peuvent débuter sans aucune douleur (exemple : cancer)

C. Mécanismes et composantes de la douleur

1. Mécanismes (3)

La physiologie de la nociception correspond à l'étude des mécanismes de transmission et de contrôle des messages nociceptifs.

Elle a permis d'établir trois grands mécanismes physiopathologiques :

- Mécanisme nociceptif (douleur nociceptive)
- Mécanisme neuropathique (douleur neuropathique)
- Mécanisme psychogène (douleur psychogène) -

2. Les différentes composantes de la douleur (4)

-> Composante sensori-discriminative

L'activation du système sensoriel nociceptif par une stimulation nociceptive informe l'individu sur l'intensité, l'étendue, la localisation, la durée et la qualité (pression, chaud, froid...) de cette stimulation.
Ces informations sensorielles indispensables à la survie constituent le facteur sensori-discriminatif.
Cette stimulation éveille l'individu et détourne ses ressources attentionnelles vers la douleur qui devient prioritaire sur toute activité en cours.
La douleur motive des réactions de défense ou de fuites immédiates.

La composante sensori-discriminative correspond donc aux mécanismes neurophysiologiques qui permettent le décodage de la durée, de l'intensité et de la localisation des messages nociceptifs.

Pour le clinicien, l'écoute attentive de la description de la sensation douloureuse est une étape indispensable de l'évaluation de la douleur de tout malade.

-> Composante affective émotionnelle

Cette composante s'accompagne invariablement d'une émotion désagréable qui renforce la motivation à l'action.
Si la douleur occupe une place particulière parmi les perceptions c'est à cause de cette composante qui lui confère sa tonalité désagréable.

Les facteurs sensoriels et affectifs sont interprétés dans le contexte présent, l'expérience passée, voire les projections dans le futur (désire, attente…).

Ainsi, la composante affective émotionnelle est déterminée par la cause de la douleur, par son contexte, la signification de la maladie, l'incertitude sur son évolution.
De nombreux facteurs modulent le vécu douloureux.

Cette composante affective peut se prolonger vers des états émotionnels proches de l'anxiété ou la dépression. Cette proximité explique une règle d'approche de tout malade douloureux qui est d'évaluer systématiquement les niveaux d'anxiété et de dépression ainsi que les facteurs en cause.

-> Composante cognitive

Le terme cognitif désigne un ensemble de processus mentaux susceptibles d'influencer une perception (ici la douleur) et les réactions comportementales qu'elle détermine :

- les processus d'attention et de diversion de l'attention
- interprétations et valeurs attribuées à la douleur
- anticipations
- références à des expériences douloureuses antérieures personnelles ou observées
- décisions sur le comportement à adopter.

Depuis les observations classiques de Beecher, on connaît l'influence de la signification accordée à la maladie sur le niveau d'une douleur.
Celui-ci a étudié comparativement deux groupes de blessés, militaires et civils, qui présentaient des lésions en apparence identiques.
-> Les militaires réclamaient moins d'analgésiques que les civils.
Cette différence serait que, dans les deux groupes, le traumatisme et son contexte revêtent des significations tout à fait distinctes :

- comparativement positives pour les militaires (vie sauve, fin des risques du combat, bonne considération du milieu social, etc.)
- comparativement négatives pour les civils (perte d'emploi, pertes financières, désinsertion sociale, etc.).

Ces trois facteurs s'influencent mutuellement, covarient mais élaborent l'expérience subjective d'une perception de douleur.

Composante comportementale

Il s'agit de l'ensemble des manifestations verbales et non verbales observables chez la personne qui souffre :

- servent de base à l'évaluation chez un malade qui ne peut exprimer une douleur

- assurent une fonction de communication avec l'entourage. Les apprentissages antérieurs, fonction de l'environnement familial et ethnoculturel, de standards sociaux liés à l'âge et même au sexe, sont susceptibles de modifier la réaction actuelle d'un individu.
- les réactions de l'entourage (familial, professionnel, soignant) peuvent interférer avec le comportement du malade douloureux et contribuer à l'entretien de la douleur.

II. Douleurs chroniques et douleurs aiguës

A. Distinction

Douleur aiguë	Douleur chronique
Installation récente < 3 mois	Douleur qui persiste > 3-6 mois
Symptôme	Syndrome, maladie a part entière
Signal d'alarme protégeant l'individu	Répercussions sur l'humeur, les activités, le sommeil, le comportement
Pourra être guéri dans de nombreux cas	

B. Prise en charge de la douleur

Relation patient douloureux et professionnel

Une douleur intense ou durable peut rendre difficile la relation avec le malade douloureux.
Il faudra savoir se montrer disponible pour écouter et ainsi instaurer un climat de confiance indispensable à une relation de qualité.
La relation est facilitée lorsque le thérapeute montre au patient qu'il croit à sa douleur et fait preuve d'empathie.
L'art de l'interrogatoire sera de parler des facteurs susceptibles d'apporter des informations sur la façon dont le malade comprend et réagit à son état douloureux -> plan subjectif.

Percevoir la douleur d'autrui

Comment évaluer une douleur qui est subjective au patient ?
De nombreuses études montrent que les soignants ont tendance à sous-estimer la douleur de leurs patients quels que soient le lieu de leur exercice (ville, hôpital) et le type de douleur (aiguë ou chronique).

Toutes les différences entre le patient et le soignant interfèrent avec l'estimation que le médecin fait de la douleur du patient et influence éventuellement les traitements prescrits :

- le sexe
- l'origine ethnique
- l'âge
- l'apparence physique
- l'absence d'argument étiologique pour une douleur associée à une intensité jugée élevée par le patient

En sous-estimant alors la douleur de son patient, cela indique que les soignants restent attachés à un mode de raisonnement liant lésion et douleur qui est faux.
=> il n'existe aucun parallélisme entre l'intensité d'une douleur et la gravité des lésions.

Evaluer une douleur

L'évaluation d'une douleur chez un patient communiquant se fait par un entretien semi-structuré qui précise :

- la cause
- la localisation
- les caractéristiques
- la durée
- le profil évolutif
- les facteurs aggravant (ou améliorant)
- les différents retentissements dans la vie du patient…

Cette évaluation se fait soit la description verbale (auto-évaluation), soit par l'observation du comportement (hétéro-évaluation) ou bien l'utilisation par le patient d'échelles d'autoévaluation (utilisées directement par le patient pour décrire sa douleur) =

- l'échelle verbale simple (EVS)

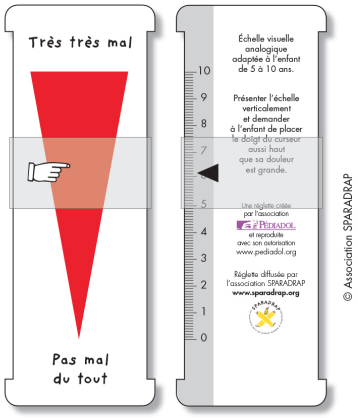
L'EVS est constituée de 4 ou 5 catégories ordonnées de descripteurs.
A chaque catégorie est affecté un score correspondant (de 0 à 4 = absente, faible, modéré, intense ou extrêmement intense)

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

- l'échelle numérique (EN)

Le patient donne une note de 0 à 10. La note 0 : "douleur absente" et la note 10 : "douleur maximale ".

- l'échelle visuelle analogique (EVA)



L'EVA, dans sa forme habituelle, se présente sous la forme d'une ligne horizontale de 100 millimètres et aux deux extrémité "douleur absente" et "douleur maximale".
Le patient répond en traçant une croix sur la ligne. La distance entre la position du trait et l'extrémité "douleur absente" sert d'indice numérique pour le traitement des données. La mesure s'effectue au millimètre près.
C'est une échelle pratique pour évaluer la douleur chez des enfants par exemple (cf exemple photo)

Les échelles (EVS, EN, EVA) ont l'avantage d'être simples : elles permettent des mesures répétées, rapprochées, intéressantes pour étudier la réponse à un traitement antalgique.
Pour la pratique quotidienne on utilise l'échelle numérique car elle a l'avantage de ne pas nécessiter de support particulier (papier ou réglette).

Néanmoins, les échelles :

- ne donnent pas d'information sur la nature de la plainte douloureuse
- ne peuvent pas servir à comparer 2 patients (douleur subjective)
- permettent des comparaisons intra-individuelles uniquement (évolution de la douleur)
- aident à identifier le malade nécessitant un traitement de la douleur
- ont une implication limitée pour la décision thérapeutique
- facilitent le suivi du patient

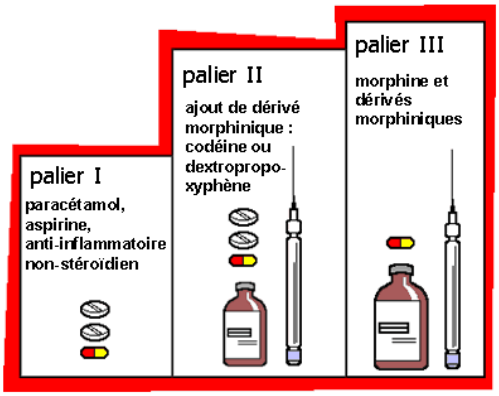
Chez certains malades, la description verbale de la douleur n'est pas possible : jeune enfant, troubles de la conscience, contexte linguistique particulier.
Il peut être important que le médecin forme son jugement sur des critères précis observés pendant la consultation : mimiques, attitudes antalgiques, impossibilité à marcher, à rester assis.
Des échelles d'observation validées existent chez l'enfant et chez l'adulte non communiquant.

Traitements pharmacologiques

Les traitements médicamenteux de la douleur vont résulter de l'évaluation de la douleur : aiguë/ chronique, type physiopathologique (nociceptif, neuropathique notamment), intensité, facteurs modulateurs (notamment psycho- sociaux).

Les douleurs nociceptives aiguës ou chroniques peuvent être améliorées par les antalgiques qui sont classés en trois paliers selon la puissance (du moin au plus puissant) :

1. les antalgiques non opioïdes
2. les antalgiques opioïdes faibles
3. les antalgiques opioïdes forts.



Les antalgiques diminuent (ou interrompent) l'information nociceptive tant au niveau du système nerveux périphérique que central.

Le traitement médicamenteux des douleurs neuropathiques correspond à des molécules dont l'indication principale n'est pas le traitement de la douleur mais qui sont utiles dans ce domaine : ce sont certains antidépresseurs ou antiépileptiques.
Parallèlement aux médicaments, des approches non médicamenteuses sont souvent utiles et complémentaires, notamment dans les douleurs chroniques où les traitements ne sont pas toujours efficaces.

Antidépresseurs	P-gp	Antidépresseurs	P-gp
Agomélatine		Maprotiline	
Amitriptyline	x	Mirtazapine	
Bupropion		Paroxétine	
Citalopram	x	Réboxétine	
Duloxétine		Sertraline	
Fluoxétine		Trazodone	
Fluvoxamine		**Trimipramine**	x
Imipramine	x	**Venlafaxine**	x

En gras les antidépresseurs utilisés dans le traitement de la douleur; d'après la carte «interactions médicamenteuses, cytochromes P450 et P-gp» Centre d'informations thérapeutiques et de pharmacovigilance. Service de pharmacologie et toxicologie cliniques, Hôpitaux universitaires de Genève.[60]

exemples d'antidépresseurs utilisés dans le traitement de la douleur

C. Information du patient lors d'une douleur chronique

Exemple du mal de dos

Respect des croyances du patient

Les croyances des patients conditionnent la perception de leur situation et de leur maladie.
Il faut donc évaluer ce que pense un patient et comment il perçoit :
- la cause de sa douleur
- la gravité de sa maladie
- son retentissement
- le rôle de la prise en charge

- ses attentes en terme de traitement et de soulagement qui peuvent amener à la dramatisation de la signification des lésions décrites (par exemple protrusion discale à l'imagerie)
- le caractère obligatoirement irréversible d'une maladie chronique,
- la peur de l'avenir (peur du fauteuil roulant ou d'évolution vers la paralysie par exemple)
- l'attente passive d'un soulagement

-> Certaines croyances du patient peuvent être liées à des informations reçues lors de son parcours médical (interprétation erronée des comptes rendus radiologiques, de la gravité du diagnostic...).
-> D'autres témoignent d'un mode particulier d'analyse des informations, correspondant à un état anxieux ou dépressif, voire à des troubles de personnalité => biaise la pensée et peut engendrer de véritables distorsions cognitives qui rendent le patient pessimiste.

Le « coping » désigne un ensemble de stratégies mises en œuvre par les patients douloureux chroniques pour vivre avec leur condition.

Elles permettent au patient d'améliorer ou non sa condition de vie (dans ses activités, ses humeurs..)
Les stratégies dites actives (réinterprétation de la douleur, distraction, fractionnement des activités) sont plus efficaces que les stratégies dites passives (évitement, catastrophisme, déni).

L 'information comme processus thérapeutique

L'information elle est en elle-même une thérapeutique car elle facilite des processus d'adaptation.
Les recommandations de l'OMS ont défini les caractéristiques d'une information de qualité :
- elle doit être intégrée au traitement et aux soins
- c'est un processus continu devant être adapté en permanence à l'évolution de la maladie et de l'état de santé, du patient et de sa vie
- c'est une partie de la prise en charge à long terme

La cohérence des avis des différents intervenants médicaux et paramédicaux est essentielle pour induire une vision homogène chez le patient.
Le fonctionnement pluridisciplinaire tel que le réalisent les structures de prise en charge de la douleur a appris l'importance de la synthèse des différents avis (c'est pourquoi la notion de secret médical partagé entre collègue existe, pour prendre une décision collégiale).
L'absence de dialogue et d'échanges entre praticiens engendre la non cohésion des avis diagnostiques.

Informer le patient, l'amener à accepter et comprendre le bien fondé d'une participation active n'est simple et réclame un apprentissage, un savoir faire.

La relation avec un lombalgique chronique peut être compliqué par son comportement et l'humeur dû à la douleur permanente (agressivité, frustrations, échecs successifs, les avis divergents).
La relation est toujours facilitée lorsque le thérapeute montre clairement au patient qu'il croit à sa douleur et qu'il fait preuve d'empathie.
Croire à la douleur ne signifie pas admettre toutes les conceptions du malade sur son état ou sur la nature de la douleur mais le professionnel doit accepter cette vision du patient et ne pas chercher à lui changer sa vision.

Une des étapes les plus compliqué sera surement de faire accepter le deuil d'une attente de guérison complète et définitive.
Il faudra savoir être disponible pour écouter et créer le climat de confiance indispensable à une relation de qualité.

Rassurer sur la gravité entraîne la réduction des peurs qui à son tour autorise la reprise du mouvement.

=> Ainsi, le processus d'éducation est un processus bidirectionnel qui doit découler d'une étape préalable d'évaluation des croyances du patient.