

EPU-95 Montmorency

Formation Médicale Continue du Val d'Oise

ASSOCIATION AMICALE D'ENSEIGNEMENT POST UNIVERSITAIRE DE LA REGION DE MONTMORENCY

Siège social : 1 rue Jean Moulin 95160 Montmorency

Secrétariat : 16, rue de la Ferme 95 460 Ezanville

Agrément FMC 100-039

www.EPU95-montmorency.org

D'après un exposé du Dr Luc Caudan

(Médecin référent « Douleur » – Hôpital Simone Veil – Eaubonne)

Prise en charge de la douleur chronique

Séance de formation du 5 novembre 2009

1. LES DOULEURS

1.1. LA DOULEUR

Elle est définie comme une « expérience sensorielle et émotionnelle désagréable, liée à une lésion tissulaire existante ou potentielle, ou décrite en termes évoquant une telle lésion » (*International Association for the Study of Pain*). Elle est donc ce que la personne qui en est atteinte dit qu'elle est.

1.2. SON « ROLE »

La perception de la douleur émerge d'un système sensoriel chargé d'une fonction spécifique, la conservation de l'intégrité corporelle. Elle est organisée selon une architecture habituelle et opérant selon un mode commun aux systèmes sensoriels.

Les stimuli nociceptifs ont en commun de menacer l'intégrité du corps et d'activer un ensemble de récepteurs sensoriels : les nocicepteurs. Au sein des systèmes sensoriels, on reconnaît une fonction spécifique à la nociception dans la mesure où elle peut être considérée comme un système d'alarme qui protège l'organisme. Elle déclenche des réponses réflexes et comportementales dont la finalité est d'en supprimer la cause et par conséquent d'en limiter les conséquences.

1.3. LES DIFFERENTS TYPES DE DOULEURS

Nociceptive	Lésions tissulaires ou distension viscérale Examen neurologique normal
Neuropathique	Lésions nerveuses périphériques ou centrales Topographie et signes neurologiques (hypoesthésie...)
Mixte	Associant les deux types
Psychogène	Plainte physique au premier plan mais associée avec Un syndrome dépressif Une névrose : hystérique exprimant un conflit psychique, ou hypochondriaque somatisant une anxiété sans support organique Des états psychotiques délirants ou schizophréniques pouvant s'accompagner d'hallucinations cénesthésiques

2. LA DOULEUR CHRONIQUE OU DOULEUR « MALADIE »

2.1. DEFINITION

C'est un syndrome multidimensionnel, lorsque la douleur exprimée, quelles que soient sa topographie et son intensité

- Douleur persistante ou récidivante, notamment au-delà de 3 mois
- Évoluant au-delà du délai habituel d'évolution de la pathologie causale
- Retentissant dans les actes de la vie quotidienne ou professionnelle

La douleur chronique n'est pas seulement une douleur qui dure. C'est un syndrome multidimensionnel, lié à une pathologie causale souvent complexe et entraînant des conséquences multiples. A évoquer devant une douleur

- Résistant à l'analyse clinique et au traitement bien conduit et suivi
- Accompagnée d'une composante anxieuse ou dépressive
- Objet d'une interprétation et de croyances propres au patient qui diffèrent de celles du médecin

Caractéristiques	Douleur symptôme	Douleur « maladie
Finalités biologiques	Utile – Protectrice Signal d'alarme	Inutile – Destructrice Maladie à part entière
Durée	Transitoire (< 3 mois) Réversible si lésion traitée	Répétitive ou durable (> 3 mois) Persistante : lésion séquellaire ou évolutive
Mécanisme générateur	Essentiellement Nociceptif	Nociceptif, Neuropathique, ou Psychogène
Composante affective	Anxiété	Dépression Auto-aggravation spontanée
Traitement	Curative Répond à un traitement médical classique	Réadaptative Approche plurimodale

2.2. EPIDEMIOLOGIE

L'estimation de la prévalence en population générale est délicate du fait des définitions variables de la douleur chronique, des méthodes diverses de recueil des données, et d'une sous déclaration possible de la part des patients.

La prévalence de la douleur chronique varie de 10,1 % à 55,2 % selon les études françaises et internationales.

Elle est plus élevée chez les femmes, 39,6 % [13,4-55,5,] que chez les hommes, 31 % [9,1-54,9]

Elle augmente avec l'âge, surtout au-delà de 65 ans.

La prévalence de la douleur chronique sévère, c'est-à-dire très fréquente et intense, est évaluée à 11 % chez l'adulte et 8 % chez l'enfant.

2.3. LA NATURE DES DOULEURS CHRONIQUES SELON ATEMIS

Musculo-squelettiques	Neuropathiques	Céphalées	Autres
Dorsalgie	Zona/névralgie post	Migraine	Anémie falciforme
Arthrose, PR, PSR	herpétique	Céphalée de tension	(drépanocytose)
Douleur temporo- mandibulaire	Douleur du membre fantôme	Céphalée vasculaire	Hémophilie
Fibromyalgie	Neuropathie	Maladie de Horton	Côlon irritable
Douleur myofasciale	diabétique Syndrome du canal carpien Syndrome douloureux régional complexe		

Il a été bien démontré que la prévalence des douleurs augmente à partir de 65 ans, et tout particulièrement la prévalence des douleurs sévères. Chez le sujet âgé :

- 50 % des douleurs sont articulaires ou rachidiennes, principalement d'origine arthrosique ; cette étiologie est perçue comme sans gravité, ce qui concourt trop souvent à s'abstenir d'antalgiques de palier 3

- La fréquence des cancers augmente avec l'âge ; néanmoins, les douleurs de fin de vie ne sont pas toutes dues au cancer, même chez un cancéreux, elles sont souvent liées aux œdèmes, aux rétractions musculaires et tendineuses, aux escarres.
- L'âge expose à des neuropathies dont le retentissement est souvent sous-estimé : algies post-zostériennes, algies névritiques (notamment dues au diabète, mais aussi toxiques ou carenciales...). Chez le patient parkinsonien ou en post-AVC, beaucoup de douleurs sont multifactorielles.

2.4. LA DIAGNOSTIQUER

Certains signes cliniques doivent alerter :

- Résistance à l'analyse clinique et au traitement a priori bien conduit et suivi,
- Composante anxieuse, dépressive ou autres manifestations psychopathologiques,
- Interprétations ou croyances du patient éloignées des interprétations du médecin concernant la douleur, ses causes, son retentissement ou ses traitements.

L'évaluation de première intention, parfois sur plusieurs consultations, implique :

- La connaissance des antécédents médicaux/chirurgicaux personnels et familiaux du patient,
- Un bilan à la recherche des causes de la douleur : entretien, examen clinique, examens complémentaires nécessaires,
- Une auto-évaluation de son intensité, ou à défaut de participation possible du patient, une hétéro-évaluation adaptée, avec un suivi régulier de l'évolution,
- Une recherche de son retentissement social, scolaire ou professionnel, et économique,
- Une analyse des résultats des traitements antérieurs, médicamenteux ou non,
- La recherche de troubles anxieux, dépressifs ou de manifestations psychopathologiques induits ou associés, mais aussi des interprétations et croyances du patient éloignées de celles du médecin.

3. L'ÉVALUATION DE LA DOULEUR

3.1. LES ECHELLES UNIDIMENSIONNELLES

L'évaluation de l'intensité de la douleur est une étape importante dans la mesure où elle va en partie conditionner la stratégie thérapeutique. Différentes échelles d'auto-évaluation peuvent être utilisées.

Ces échelles sont dites unidimensionnelles car elles évaluent une seule dimension de la douleur: son intensité. Il s'agit d'une estimation globale de la douleur.

Différentes échelles proposent d'apprécier globalement l'intensité de la douleur ou son soulagement : échelle verbale simple (EVS), échelle numérique (EN), échelle visuelle analogique (EVA)

3.1.1. ECHELLE VISUELLE ANALOGIQUE (EVA)

Cette échelle est la plus utilisée. Elle peut se présenter soit sous forme de réglette, soit sous forme écrite. Lorsqu'elle se présente sous forme de réglette, celle-ci comporte deux faces :

- Sur la face que l'on présente au patient, se trouve un trait horizontal de 10 cm avec à chaque extrémité un qualificatif, à gauche "pas de douleur", à droite "douleur maximale imaginable",
- Sur la face évaluateur, il y a une graduation de 0 à 100 mm ou 10cm. On demande au patient de déplacer le curseur figurant sur la réglette et le soignant relève le chiffre correspondant à l'endroit où le patient a placé ce curseur.

L'EVA permet des mesures ponctuelles de l'intensité douloureuse, à l'instant présent. Il est également possible de l'utiliser de manière rétrospective, sur une période de temps ou en fonction des situations (pire douleur ces huit derniers jours, intensité lors des accès douloureux, etc.). En effet il est important d'évaluer la douleur de fond et les accès douloureux, et quand une personne présente plusieurs sites douloureux, d'évaluer chaque douleur séparément.

C'est un outil réputé sensible qui offre un choix de réponses non mémorisables par le patient d'une évaluation à l'autre. Ce type d'évaluation est facilement reproductible, et des mesures rapprochées sont possibles. La majorité des auteurs estime qu'elle a une bonne validité.

Les limites sont que près de 20% des patients ne la comprennent pas (enfants de moins de 6 ans, personnes âgées, patients ayant des capacités d'attention ou d'abstraction restreintes,...).

3.1.2. ECHELLE NUMERIQUE (EN)

L'échelle numérique comprend 11 chiffres compris entre 0 "douleur absente" et 10 "douleur maximale imaginable". Elle peut être présentée sous forme écrite ou orale. Le score d'intensité douloureuse correspond au chiffre sélectionné par le patient.

La correspondance proposée entre les degrés de douleur et les scores à l'EN

L'EN est parfois utilisable par des patients qui ne comprennent pas le principe de l'EVA. Globalement ces deux outils sont très similaires du point de vue de leur facilité d'emploi, de leurs limites et de leurs modalités d'utilisation.

Le tableau ci-dessous donne l'équivalence entre les deux méthodes de mesure

	EN	EVA
Absence de douleur	0	
Douleur faible	entre 1 et 4	1 à 3/10
Douleur modérée	entre 5 et 6	3 à 5/10
Douleur intense	entre 7 et 10	5 à 7/10
Douleur très intense		8 à 10/10

3.1.3. ECHELLE VERBALE SIMPLE (EVS)

L'échelle verbale simple permet au patient de choisir parmi une liste de mots qualifiant l'intensité de la douleur (échelle catégorielle). Il n'existe pas de consensus sur les mots employés ou le nombre de mots. La version la plus utilisée comprend cinq qualificatifs appréciant l'intensité de la douleur : pas de douleur, faible, modérée, intense, extrêmement intense. L'intensité correspond au mot choisi. Un score est parfois associé à chacune des différentes catégories (de 0 à 4). Chez l'enfant, les mots habituellement utilisés sont "un peu", "moyen", "beaucoup" et "très fort".

L'EVS est un outil simple compris par la quasi-totalité des patients. Elle permet de suivre les variations de l'intensité douloureuse (changement de catégorie)

Elle est considérée comme moins sensible que l'EVA

Lorsque les patients utilisent des agendas où l'intensité est notée quotidiennement, des valeurs moyennes d'EVA ou d'EN peuvent être calculées sur une période de temps. Ceci ne peut être réalisé avec l'EVS (échelle catégorielle).

3.1.4. OUTILS DE MESURE DU SOULAGEMENT

L'impact d'un traitement antalgique peut être apprécié par :

- Les variations de l'intensité douloureuse
- Le degré de soulagement estimé par le patient en pourcentage par rapport à une douleur de référence de 0 à 100%.

3.2. ECHELLES MULTIDIMENSIONNELLES

3.2.1. OUTILS D'ANALYSE DES QUALIFICATIFS DE LA DOULEUR

Le vocabulaire de la douleur a une valeur d'orientation pour analyser la composante sensorielle de la douleur et pour apprécier le retentissement affectif.

Dans la pratique courante, l'entretien semi-dirigé n'est pas suffisant pour explorer la dimension sensorielle et émotionnelle. Spontanément, les patients utilisent un vocabulaire restreint. L'utilisation de questionnaires permet de préciser ces données. Ils facilitent l'expression sans l'influencer, ils permettent également de suivre l'évolution des réponses dans le temps.

Il s'agit d'un outil d'auto-évaluation fait de questionnaires d'adjectifs qui analysent plus particulièrement les composantes sensorielles et émotionnelles de la douleur. Les questionnaires sont divisés en plusieurs rubriques ou catégories et chaque catégorie comprend des sous-classes. Ces échelles plus complexes à manipuler que les échelles unidimensionnelles, sont essentiellement utilisées dans le cadre de l'évaluation d'une douleur chronique.

3.2.2. LES PLUS CONNUES SONT :

Le Mac Gill Pain Questionnaire (MPQ)

Le Questionnaire de la Douleur de Saint-Antoine (QDSA), traduction et adaptation française du MPQ

Échelles	type	le patient...	intérêt
Unidimensionnelles	numérique	cote de 0 à 5	peu sensibles
les plus simples d'utilisation pour apprécier l'intensité	verbale simple	Qualifie le niveau <ul style="list-style-type: none"> • De douleur : absente, légère, modérée, intense • - De soulagement : nul, faible, modéré, important, complet 	
	visuelle analogique (EVA)	déplace sur 10 cm un curseur vertical ou horizontal	emploi facile et rapide ; fiable et reproductible
Multidimensionnelles (Mac Gill Pain questionnaire)	apprécie différentes composantes : <ul style="list-style-type: none"> • sensitive/discriminative, • affective/émotionnelle • cognitive/évaluative 		trop complexes à utiliser en médecine générale
Comportementales	objectivent le retentissement fonctionnel du handicap entraîné par les douleurs.		

4. LES DOULEURS NEUROPATHIQUES

4.1. DEFINITION:

Les douleurs neuropathiques sont des douleurs liées à l'atteinte lésionnelle ou fonctionnelle du système nerveux périphérique ou central.

Contrairement aux douleurs «classiques» c'est le support de la transmission de l'information qui présente un dysfonctionnement (périphérique ou central) perturbant la genèse, le transport, l'intégration voir la modulation de la sensation douloureuse.

4.2. EPIDEMIOLOGIE

En 2006 Royaume-Uni sur 6000 sujets interrogés et 52% de réponses on retrouvait : 48% de douleurs chroniques et 8 % de douleurs neuropathiques.

En 2007 France, à partir du DN4 sur 31 155 personnes interrogées et 81% de réponses on retrouvait, 32.7 % de douleurs chroniques dont 6.9 % de douleurs neuropathiques.

4.3. SYMPTOMES

Ils ne sont que les conséquences de ces altérations.

On observe des douleurs spontanées

Elles sont continues ou paroxystiques (élanement, décharge, brûlure), sympathico-dépendantes ou non.

- L'activité spontanée née dans les fibres C est responsable des douleurs à type de brûlure et de la sensibilisation des neurones spinaux.
- L'activité spontanée des fibres Ad explique les élancements et les décharges.
- L'activité spontanée des fibres Ab est à l'origine de paresthésies et de dysesthésies.

Les douleurs provoquées sont à type

- D'hyperalgésie : réponse accrue à un stimulus normalement douloureux
- D'allodynie : douleur en réponse à une stimulation normalement non douloureuse
- D'hyperpathie : douleur décalée dans le temps, explosive, en réponse à un stimulus répétitif, nociceptif ou non. L'hyperalgésie peut être mécanique, thermique, ou chimique. L'hyperalgésie

mécanique est subdivisée en dynamique (en réponse à l'effleurement), statique (en réponse à la pression) ou punctiforme

4.4. LE QUESTIONNAIRE DN4

Il s'agit d'un auto-questionnaire qui comprend 10 items répartis en 4 questions

- 7 items précisent à partir de l'interrogatoire, les caractéristiques de la douleur ressentie par le patient
- 3 items précisent par un examen clinique très simple les anomalies de la sensibilité associées à la douleur.

Pour estimer la probabilité d'une douleur neuropathique, le patient doit répondre à chaque item des 4 questions ci-dessous par « oui » ou « non ».

QUESTION 1 : la douleur présente-t-elle une ou plusieurs des caractéristiques suivantes ?

	Oui	Non
1. Brûlure		
2. Sensation de froid douloureux		
3. Décharges électriques		

QUESTION 2 : la douleur est-elle associée dans la même région à un ou plusieurs des symptômes suivants ?

	Oui	Non
4. Fourmillements		
5. Picotements		
6. Engourdissements		
7. Démangeaisons		

QUESTION 3 : la douleur est-elle localisée dans un territoire où l'examen met en évidence :

	Oui	Non
8. Hypoesthésie au tact		
9. Hypoesthésie à la piqûre		

QUESTION 4 : la douleur est-elle provoquée ou augmentée par :

	Oui	Non
10. Le frottement		

Chaque item est noté 0 ou 1 selon la réponse négative ou positive qui lui est attribuée. Le score total est la somme des notes obtenues pour chaque item.

La valeur seuil de 4/10 a été retenue pour sa bonne spécificité et sa grande sensibilité : un score supérieur ou égal à 4 indique une très forte probabilité que la douleur évaluée à l'aide du questionnaire soit d'origine neuropathique.

4.5. PHYSIOPATHOLOGIE DE LA DOULEUR NEUROPATHIQUE

Par opposition à la douleur nociceptive que l'on peut qualifier de « douleur normale », la douleur neuropathique est une « douleur anormale » qui relève :

- Des conséquences de la section (désafférentation) ou de l'irritation (douleur neuropathique lésionnelle, avec nociception du nerf)
- D'une éventuelle réactivation de la mémoire somato-sensorielle de douleurs nociceptives préalables.

La lésion-irritation d'un nerf conduit à des perturbations de plusieurs natures :

- -Morphologiques, rétraction axonale, lésion de la myéline, mort neuronales, qui altèrent le transport axonal (d'où changement phénotypique de certaines fibres), l'environnement ionique, et l'expression génomique qui est dépendante d'une activité normale
- Fonctionnelles, car on observe une réorganisation somatotopique spinale et supraspinale
- Neurochimiques qui concernent le taux des différents neurotransmetteurs et la densité de leurs récepteurs
- Electrophysiologiques avec activité anormale des fibres lésées, des fibres contiguës, et altération des systèmes de contrôle.

4.5.1. MECANISMES PERIPHERIQUES

Il peut s'agir d'une sensibilisation des nocicepteurs dont les causes sont variées :

- lésions de tissus autres que neurologiques
- lésions neurologiques

Ceci aboutit à un réflexe d'axone qui aboutit avec la coopération de certains médiateur à une inflammation de type neurogène

On observe, alors, une activation ectopique des petites fibres nociceptives (au delà du nocicepteur), sur le trajet de l'axone avec l'apparition de plaques de démyélinisation sur les fibres a delta, des bourgeons de régénération au niveau du corps cellulaire

4.5.2. MECANISMES CENTRAUX

Au niveau de la corne dorsale, on observe

- Une perte de l'inhibition segmentaire, soit par lésion des grosses fibres myélinisées (origine périphérique mécanisme central par libération des neurones nociceptifs), soit par altération et/ou destruction des interneurons inhibiteurs par excès d'acides aminés excitateurs (effet exito-toxique conduisant à une hyperexcitabilité des neurones spinaux)
- Un phénomène de plasticité fonctionnelle, associé à un état pathologique des fibres A α et β qui libèrent et des acides aminés excitateurs et de la substance P.
- Un phénomène de plasticité histologique : les fibres A α et β qui se terminent dans les couches tactiles spécifiques (couches III-IV de Rexed) bourgeonnent à la suite d'altération des fibres A δ et c et colonisent les couches I-II de Rexed. Il est sous la dépendance de facteurs de croissance

Au delà de la corne dorsale, ils sont moins bien connus. Cependant, les neurones des relais nociceptifs centraux (réticulé, thalamus, cortex somesthésique) sont aussi le siège d'une activité électrique spontanée anormale et d'une réactivité accrue aux influx excitateurs. Par ailleurs, les techniques récentes d'imagerie cérébrale (PET, IRM fonctionnelle) révèlent l'ampleur des réorganisations somatotopiques parfois précoces lesquelles permettent de comprendre que des stimulations très à distance du site de lésion nerveuse réactivent la douleur neuropathique. Les mécanismes relatifs à la voie algophore sont :

- D'une façon générale, on observe une cicatrisation aberrante et néoconnexion entre le système lemniscal et la voie spinothalamique.
- D'une façon plus précise, il existe au niveau du thalamus, une hypoperfusion donc hypofonctionnement et au niveau du cortex, remaniement de la représentation somatotopique
- D'autres mécanismes relatifs aux contrôles descendants, à partir du tronc cérébral, en partie liée à une carence relative en monoamines.

4.6. STRATEGIES THERAPEUTIQUES MEDICAMENTEUSES RECONNUES

Elles sont spécifiques et font appel

- Aux antidépresseurs tricycliques
- Aux gabapantinoïdes
- A certains antalgiques
- Aux traitements topiques

4.6.1. LES MEDICAMENTS ANTIDEPRESSEURS

Il existe plusieurs catégories d'antidépresseurs dont les principales sont :

- Les antidépresseurs tricycliques
- Les inhibiteurs de la recapture de la sérotonine et de la noradrénaline (IRSNA)
- Les inhibiteurs de la recapture de la sérotonine (IRS)

Seuls des molécules des 2 premiers groupes ont fait preuve d'efficacité dans les neuropathies diabétiques

4.6.2. LES GABAPANTINOÏDES

GABAPENTINE

Elle agit par blocage des canaux calciques voltage-dépendants et par modulation de la neurotransmission gabaergique.

AMM : douleurs de la neuropathie diabétique.

Posologie : 900 mg à 3600 mg/j en 3 prises.

Effets indésirables : sensations vertigineuses, somnolence, œdèmes périphériques, prise de poids.

Pas d'interactions médicamenteuses. En général bien supporté

PREGABALINE (LYRICA™)

Mode d'action similaire à la gabapentine

AMM : DN périphériques et centrales

Posologie : 150 mg à 600 mg / j en 2 prises

Agirait plus vite que la gabapentine

Effets indésirables et interactions idem à la gabapentine

4.6.3. LES ANALGESIQUES

LE TRAMADOL

C'est un opioïde agoniste des récepteurs mu et inhibiteur de la recapture des monoamines. Il est classé dans le palier 2 de l'OMS et existe sous plusieurs formes de dosages différents.

Posologie de 50 mg à 400 mg par jour.

Intérêt des formes LP sur 12h ou mieux sur 24h (1 prise par jour) mieux supportées. Démarrer par des doses faibles (50 mg) surtout chez les patients âgés.

Il est efficace pour le diabète et le zona

Effets secondaires des opioïdes (nausées, constipation) et des antidépresseurs (somnolence, dysurie, sècheresse de la bouche)

Pas d'association avec les antidépresseurs (risque de syndrome sérotoninergique)

LES OPIOÏDES FORTS (PALIER 3)

Seules la morphine, l'oxycodone, la méthadone et le lévorphanol (non disponible en France) ont été étudiées dans cette indication.

L'oxycodone est efficace dans le diabète et le zona.

La morphine à une action positive dans le zona. Les études manquent pour les autres étiologies

- Utiliser les formes LP après la titration initiale
- Posologie : de 60 mg à 200 mg/j pour la morphine (la moitié pour l'oxycodone)

Effets secondaires : constipation, sédation, nausées, vomissements

4.7. LA ROTATION DES OPIOÏDES

4.7.1. BASES PHYSIOLOGIQUES DE LA ROTATION DES OPIOÏDES

La théorie des récepteurs

Il existe des sous-types de récepteurs μ , pour lesquels les différents morphiniques utilisés n'auraient pas la même affinité. Le changement d'opioïde pourrait entraîner la mise au repos de certains sous-types et l'activation d'autres.

La théorie des métabolites

Certains métabolites actifs de la morphine (glucuronyl-6-morphine) pourraient être déplacés des récepteurs μ par des métabolites inactifs (glucuronyl-3-morphine) et réduire l'activité globale antalgique.

De plus, certains effets toxiques pourraient être en rapport avec certains métabolites. Les insuffisances hépatiques ou rénales peuvent aussi modifier le métabolisme de la molécule mère.

4.7.2. EN PRATIQUE

Il y a deux façons d'envisager la rotation des opioïdes :

- En changeant de produit : on dispose, alors de quatre possibilités :
 - La morphine orale (Skenan® LP, Actiskenan®)
 - L'oxycodone orale (Oxycontin®, Oxynorm®)

- L'hydromorphone (Sophidone[®], fentanyl (Durogésic[®], Actiq[®]) avec des tableaux d'équivalence iso-algique à utiliser avec prudence pour éviter un sous-dosage et surtout un sur-dosage.
 - Oxycodone LP 20 mg
 - Morphine orale 40 mg
 - Fentanyl transdermique 12 µg/h
 - Hydromorphone orale 4 mg
- En changeant de voie d'administration car on dispose de la voie orale, transdermique, sous-cutanée, et intraveineuse (sous forme de pompe à débit continue, avec ou sans bolus).

5. EN CONCLUSION

- Croire le patient et le lui montrer
- Bien définir la douleur à évaluer
- Expliquer le principe d'évaluation de l'intensité
- Faire attention à la gestuelle du patient
- Demander au patient son auto-évaluation
- Répéter les évaluations et noter les résultats
- Fixer avec le patient des objectifs réalistes
- Utiliser à bon escient les recours spécialisés

6. REFERENCES

ANAES

- **Évaluation et suivi de la douleur chronique chez l'adulte en médecine ambulatoire** (hors cancer, hors sida). Service des Recommandations et Références Professionnelles, Février 1999.
 - <http://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/douleur1.pdf>
- **Évaluation et prise en charge thérapeutique de la douleur chez les personnes âgées ayant des troubles de la communication verbale.** RPC octobre 2000.
 - Recommandation http://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/Douleur_sujet_age_Recos.pdf
 - Rapport complet <http://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/doulpersag.pdf>

HAS

- **Douleur chronique : reconnaître le syndrome douloureux chronique, l'évaluer et orienter le patient.** Consensus formalisé, décembre 2008.
 - Synthèse des recommandations http://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2009-01/douleur_chronique_synthese.pdf
 - Recommandations : http://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2009-01/douleur_chronique_recommandations.pdf
 - Argumentaire : http://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2009-01/douleur_chronique_argumentaire.pdf
- **Audit clinique ciblé : Prise en charge de la douleur de la personne âgée.** Service Évaluation des Pratiques, Juin 2006 http://www.has-sante.fr/portail/jcms/c_466984/acc-cpparapport-final

Alberola E, Maresca B. **La prise en charge de la douleur chez les personnes âgées vivant à domicile.** Études et Résultats n° 566, DREES avril 2007. <http://www.sante.gouv.fr/drees/etude-resultat/er566/er566.pdf>

Douleur et personnes âgées : repérer, évaluer, organiser une prise en charge de qualité. Colloque du 24 mars 2005. La Revue De Gériatrie Tome 30 - Supplément C au N°6 - Juin 2005. http://www.sante.gouv.fr/hm/pointsur/douleur/colloq_240305.pdf

CRAMIF. **La douleur chronique chez l'adulte en Île-de-France : une prise en charge à développer.** 2004

http://www.ameli.fr/fileadmin/user_upload/documents/2004_brochure_douleur_chronique_adulte_IDF.pdf

DGS. **La douleur.** mars 2006. <http://www.sante.gouv.fr/hm/pointsur/douleur/index.htm>

DGS/INSERM. **Douleur,** in : Avis du Haut Comité de la Santé Publique sur le Rapport du Groupe Technique National de Définition des Objectifs de Santé Publique. Juillet 2003:171-87

http://www.sante.gouv.fr/hm/dossiers/losp/rapport_integral.pdf

DGS/DREES. **Douleur**, in : Indicateurs de suivi de l'atteinte des 100 objectifs du rapport annexé à la loi du 9 août 2004 relative à la politique de santé publique. Juillet 2005:170-83

http://www.sante.gouv.fr/hm/dossiers/losp/rapport_indicateurs_drees.pdf

Pradines V, Pradines B. **L'agitation chez le dément non verbalisant : penser à la douleur**. Psychologie & Neuropsychiatrie du vieillissement. 2004(Décembre);2,4:271-4

http://www.john-libbey-eurotext.fr/e-docs/00/04/0E/31/vers_alt/VersionPDF.pdf

Delorme T, Wood C, Bataillard A, Pichard E, Dauchy S, Orbach D, Alibeu JP, Ricard C, Suc A, Boureau F, Rousmans S, Patte R. **Standards, Options et Recommandations pour l'évaluation de la douleur chez l'adulte et l'enfant atteints d'un cancer** (mise à jour). Bulletin du Cancer. 2004(Mai)91,5:419-30

http://www.john-libbey-eurotext.fr/e-docs/00/04/11/DA/vers_alt/VersionPDF.pdf

Moroni C, Laurent B. **Influence de la douleur sur la cognition**. Psychologie & NeuroPsychiatrie du vieillissement. 2006(mars); 4,1:21-30

http://www.john-libbey-eurotext.fr/e-docs/00/04/17/0C/vers_alt/VersionPDF.pdf

Douleur et démence. Université de Poitiers

[http://medphar.univ-poitiers.fr/DU_alzheimer/DOULEUR%20\(DU%20alzheimer\).pps](http://medphar.univ-poitiers.fr/DU_alzheimer/DOULEUR%20(DU%20alzheimer).pps)

Estryn-Behar M, Salbreux R, Paoli MC, Le Nezet O. **Situation professionnelle des accompagnants dans les établissements accueillant des personnes âgées ou handicapées**. La Revue de Gériatrie 2007(Février);32,2:95-110. <http://www.presst-next.fr/pdf/revue%20geriatrie.pdf>

Heidinger C. **Amélioration de la prise en charge de la douleur chez la personne âgée**. Institut de Formation en Soins Infirmiers, Haguenau 2007.

<http://www.infirmiers.com/etud/TFE/memoire/carmen-heidinger/amelioration-prise-en-charge-douleur-personne-agee.pdf>

Steiner N. **Améliorer le soulagement de la douleur chez la personne âgée**

<http://storage.canalblog.com/48/44/140155/6356311.doc>

Douleur chez le sujet âgé <http://storage.canalblog.com/63/94/140155/5584162.pdf>

Marchand-Cadalen F, Nimassi N. **Éducation thérapeutique et soins des douleurs chroniques chez la personne âgée**. CHU Brest janvier 2009 <http://storage.canalblog.com/34/17/219272/35268179.pdf>

L'évaluation de la douleur. Guide des soins palliatifs du médecin vaudois 2008, n°2.

http://www.sans-douleur.ch/fr/pdf/Dlrs_2.pdf

Pouchain D, Huas D, Gay B, Avouac B, Bouvenot G. **Échelles d'évaluation de la douleur : leur utilisation en ambulatoire a-t-elle un impact sur le soulagement de la douleur chronique ?** Rev Prat Med Gen 2002 ;16 (585) :1299-1303 http://www.medecinegen-creteil.net/IMG/pdf/ID-Douleur_RVPMG.pdf

Blanchard-Vignon O, de Blauwe A, Lion A, Kalinkova L, Lesur P, Weill G. **Prise en charge de la douleur chronique du sujet âgé à domicile**. Rev Prat Med Gen 1999;13,473:1603-6

Sebag-Lanoë R, Wary B, Mischlich D. **La douleur des femmes et des hommes âgés**. Masson 2002

Wary B, Villard JF. **Spécificités** Psychologie & Neuropsychiatrie du vieillissement. 2006(Septembre);4,3:171-8

http://www.john-libbey-eurotext.fr/e-docs/00/04/1D/95/vers_alt/VersionPDF.pdf

Lussier D. **Approche et évaluation multidimensionnelle de la douleur chronique chez les patients gériatriques**. La Revue de Gériatrie 2000 (novembre);25,9:673-82

<http://www.chups.jussieu.fr/polys/capacites/capagerontodocs/docpremannee/0303AbdoulevaRDG2000.pdf>

Allaz AF. **Dimensions psychologiques de la douleur chronique chez les personnes âgées**. Psychologie & Neuropsychiatrie du vieillissement. 2006(juin);4,2:103-8

http://www.john-libbey-eurotext.fr/e-docs/00/04/19/8B/vers_alt/VersionPDF.pdf

Cabayé-Borgès Da Silva G, Iahns P, Mabriez JC. **Carence de traitement de la douleur chez les personnes âgées présentant une grave altération cognitive**. Santé publique 2005;1,51:87-93.

http://www.cairn.info/load_pdf.php?ID_ARTICLE=SPUB_051_0087

Laloum M. **Les douleurs chez la personne âgée en pratique gériatrique quotidienne**. Société Tunisienne de Médecine Interne. <http://www.stmi.org.tn/docs/VIII%20congres/douleur/HTML/douleursujetage.htm>

Nizard J, Lajat Y, Potel G, Bensignor M, Le Conte P, Vallée A. **Prise en charge pluridisciplinaire de la douleur chronique chez le sujet âgé.** Le Concours Médical 2000 ;122,17/18 :1186-92.

Jouanny P, Michel M. **Douleur et personne âgée.** CHU de Rennes

http://www.dfmc.univ-rennes1.fr/IMG/pdf/Pr_Jouanny_-_Douleur_et_PA_5-2-2009_Mode_de_compatibilite_.pdf

Perrot S. **Les douleurs chroniques non cancéreuses du sujet âgé. Quelle prise en charge ?** Rhumatologie pratique, octobre 2008

Pradines B. **L'évaluation de la douleur chez le sujet âgé. Initiation et adaptation du traitement de la douleur chez le sujet âgé.** Sixième rencontre gérontologique audoise de Pennautier, 24 avril 2009

<http://www.geriatrie-albi.fr/Pennautier2009site.pdf>

AGS Guideline. **The management of persistent pain in older persons.** JAGS 2002;50:S205-S224.

<http://www.americangeriatrics.org/products/positionpapers/JGS5071.pdf>

Lacoste L, Trivalle C. Echelles d'évaluation de la dépression en consultation gérontologique Neurologie - Psychiatrie - Gériatrie 2005(Avril);5:44-51 <http://gerontoprevention.free.fr/articles/depression.pdf>