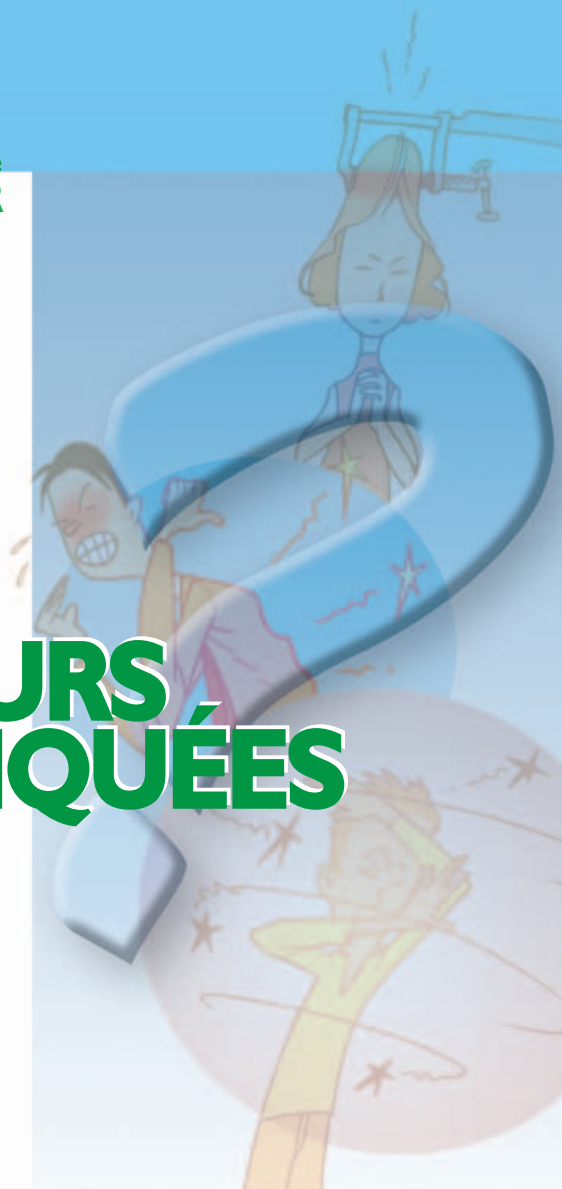


MIEUX VIVRE avec une
DOULEUR

les
**DOULEURS
INEXPLIQUÉES**

Dr F. LAROCHE
Dr E. SOYEUX
Centre d'évaluation
et de traitement
de la douleur
Hôpital Saint-Antoine,
Paris,
Réseau Ville-Hôpital
Lutter Contre la Douleur
(LCD Paris)



sanofi aventis

L'essentiel c'est la santé.

EDITIONS **LC**
scientifiques & C

LES AUTEURS

Dr Françoise LAROCHE

*Centre d'évaluation
et de traitement de la douleur,
Hôpital Saint-Antoine, Paris
Réseau Ville-Hôpital Lutter
Contre la Douleur (LCD-Paris)*

Dr Esther SOYEUX

*Réseau Ville-Hôpital Lutter
Contre la Douleur (LCD-Paris)
<http://www.reseau-lcd.org>*

Remerciements à :

Dr Brigitte CAROUGE

Rhumatologue

Ida COHEN

Psychologue clinicienne

Dr Bich DANG VU

Médecin généraliste

Dr Jean-François DOUBRÈRE

Médecine interne – neurologie

Dr Brigitte LUTZ

Psychiatre

Dr Michel MOREL FATIO

Médecin de rééducation

Dr Sylvie ROSTAING-RIGATTIERI

Anesthésiste

Document réalisé en partenariat
avec **sanofi-aventis**

Pourquoi un almanach sur les douleurs inexpliquées ?

Certaines douleurs sont difficiles à comprendre et nécessitent des traitements particuliers. Or, les douleurs qu'on n'explique pas complètement, difficiles à traiter ou pour lesquelles les médecins s'interrogent, sont source d'inquiétude et de souffrance. Ces douleurs complexes ne signifient pas que la situation est grave et sans solution, mais que c'est de la collaboration du patient que dépend en grande partie l'amélioration des symptômes.

Cette brochure vous a été remise par votre médecin car il a diagnostiqué chez vous une douleur. Pour vous permettre de réagir au mieux à cette souffrance, il est indispensable que vous compreniez bien le problème posé, et cette brochure va vous y aider.



La partie **CE QU'IL FAUT SAVOIR** est destinée à vous permettre d'élargir vos connaissances sur les processus capables de générer, d'entretenir ou d'amplifier une douleur. Bien comprendre ces facteurs ainsi que leur rôle est un point essentiel pour mieux les contrôler et mieux y faire face.



La partie **CE QU'IL FAUT FAIRE** vous apporte des indications générales sur l'attitude à adopter face à la douleur et sur la manière de vous comporter pour améliorer votre confort au quotidien. L'acceptation de la douleur dans sa globalité est le point de départ pour apprendre à la surmonter.



La partie Agenda, **CE QUE VOUS FAITES**, s'utilise comme un carnet de bord personnel qui vous permet de mettre en pratique les conseils et de vous entraîner de façon régulière. Tenir un agenda permet également d'effectuer une surveillance des prises de médicaments, ce qui permet d'adapter au mieux le traitement. Il est indispensable de bien coopérer avec votre médecin et de garder confiance.

Si vous avez besoin d'informations complémentaires, parlez-en à votre médecin.

Comprendre la douleur qui persiste

La douleur : définition	4
Les mécanismes de la douleur	11
La fibromyalgie	15
Les douleurs musculosquelettiques, myofasciales ou douleurs musculotendineuses	18
Douleurs persistantes malgré une opération de la colonne vertébrale	18
Céphalées inhabituelles	22
Algodystrophie	25
Douleur après amputation (douleur du membre fantôme)	28
Douleur et/ou dépression	29
Douleur et anxiété	31

Conseils pratiques pour contrôler la douleur

Qui et comment consulter ?	32
Traitements médicamenteux des douleurs complexes	34
Éducation thérapeutique et psychothérapie	36
Gérer la douleur et le stress par la relaxation	37
Relations avec l'entourage	38
Entretenir son corps	39
La reprise d'activité : les grands principes	40

Agenda de la douleur

Agissez pour la prise en charge de votre douleur	42
Préparez vos consultations, évaluez votre douleur	43
Étapes du programme d'entraînement à la relaxation et au contrôle du stress	54
Tenir un agenda	56

La douleur : définition

Tout individu a déjà fait l'expérience de la douleur. Une douleur connue et de courte durée est considérée comme normale.

En effet, la douleur est un signal d'alarme qui informe le corps. Elle est définie par l'IASP (*International Association for the Study of Pain*) comme : « Une expérience sensorielle et émotionnelle désagréable, liée à une lésion tissulaire existante ou potentielle ou décrite en termes d'une telle lésion ».

Cette définition explique clairement que chacun vit sa propre expérience individuelle de la douleur avec toute la difficulté de partager cette expérience avec les autres. Cela signifie que les pensées, les réactions et les comportements vis-à-vis de la douleur sont propres à chacun. Comme elle touche à la fois le corps et les émotions, elle est d'autant plus difficile à décrire. Du point de vue du ressenti, nous sommes donc tous différents.



Comment cela fonctionne-t-il ?

Physiologiquement, notre système sensoriel décode les informations qui permettent de détecter les dangers présents ou potentiels. Il s'agit de la douleur sensation physique ou perception corporelle. Ce système de décodage permet au corps d'analyser les caractéristiques de la douleur (élancement, brûlure, lourdeur, décharge électrique...), mais aussi sa topographie, son intensité, son type et sa durée. C'est le désagrément qui rend la douleur pénible et nous pousse à l'éviter. Cette pénibilité détermine le seuil de la douleur. Ce seuil est très variable d'un individu à l'autre et aussi dans le temps pour un même individu.

Lorsque l'on se brûle la main par exemple, le retrait automatique est immédiat et protecteur. Il n'est pas conscient ; c'est un système de protection. L'information devient consciente une fois parvenue au cerveau. La neurophysiologie a permis de démontrer que les influx nerveux électriques et les mécanismes de contrôle de la douleur sont effectués en grande partie par le cerveau. L'intégration de la douleur au niveau du cerveau va entraîner des réactions physiologiques et comportementales.

La douleur et ses composantes

La douleur a plusieurs composantes ; physique, sensorielle, mais aussi cognitive (les pensées, les croyances, les interprétations de la douleur...), comportementale (ce que l'on fait ou ne fait pas pour lutter contre la douleur...) et émotionnelle (colère, tristesse, non-acceptation...). Le cerveau va mémoriser toutes les expériences de douleurs ainsi que leurs circonstances d'apparition. Ces expériences douloureuses mémorisées vont permettre à l'organisme de se protéger

La douleur : définition

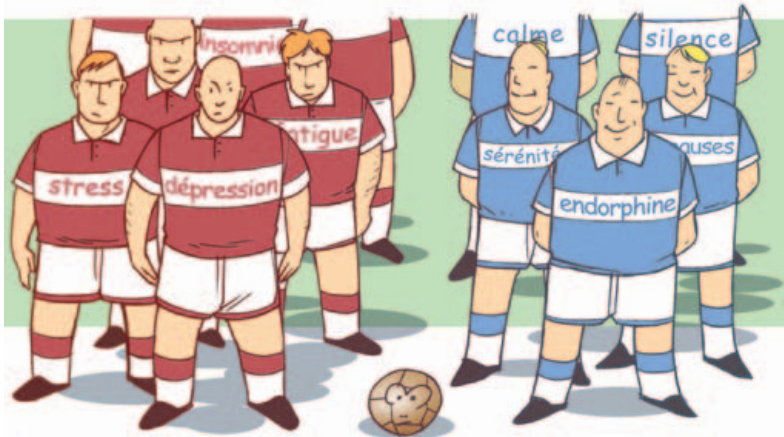
ultérieurement. Ainsi l'individu va éviter de se retrouver dans une situation équivalente (objets tranchants, risque de chute...). On parle d'apprentissage.

Les voies de la douleur

Les voies de la douleur sont complexes avec de nombreux relais et mécanismes modulateurs du message douloureux dans son trajet entre le récepteur (là où commence la douleur) et le cerveau via la moelle épinière. Il existe des mécanismes facilitateurs et d'autres inhibiteurs. Par exemple, certaines substances peuvent aggraver la douleur (médiateurs de l'inflammation) ou au contraire la réduire (morphines endogènes dites endorphines).

Il existe de nombreux facteurs de variation de l'intensité de la douleur, à la fois physiques (chaud-froid, mouvements...) et psychologiques (stress, insomnie, fatigue, dépression...).

La douleur peut être diminuée en agissant sur ces facteurs d'amplification.



L'évaluation de la douleur

La douleur ne peut pas être objectivée matériellement. En effet, il n'existe aucun test pour la mesurer (comme la prise de la tension artérielle ou de la température). Mais elle est bien réelle et non imaginaire. C'est pourquoi, pour la rendre moins subjective, les médecins peuvent demander une évaluation quantifiée de l'intensité douloureuse par une valeur chiffrée de 0 à 10, par exemple. Il s'agit alors par ce chiffre de mieux se comprendre. À aucun moment, il n'est question de jugement ou de disqualification de la personne qui souffre. D'ailleurs, les spécialistes de la douleur aiment à dire à leurs patients qu'ils sont devenus « les propres experts de leur douleur ».

D'autres évaluations peuvent être nécessaires, à la recherche des conséquences ou d'un retentissement de cette douleur dans la vie de l'individu (travail, tâches matérielles quotidiennes, activités physiques, sommeil, moral...). L'évaluation de la douleur est nécessaire pour connaître ses mécanismes, son intensité, son retentissement, les traitements effectués antérieurement et en cas d'échec, la compréhension des raisons de cet échec... Ce temps indispensable permet de créer une relation de confiance entre le professionnel de santé et la personne qui souffre.

Il existe plusieurs mécanismes de douleurs : nociceptives, neuropathiques, mais aussi douleurs sans lésions (dites idiopathiques ou *sine materia*) (cf. pages 11-14).

La douleur aiguë

On peut considérer qu'une douleur de courte durée est utile à l'organisme puisqu'elle l'informe d'un problème : risque de lésion d'un organe, de dysfonctionnement du corps...

Une douleur aiguë ou de survenue brutale signifie donc que le corps doit réagir rapidement pour que la douleur soit soulagée et la cause traitée rapidement. Lorsqu'on se fait une entorse

La douleur : définition

CE QU'IL FAUT SAVOIR



au cours d'un match de football par exemple, la douleur signale qu'il faut s'arrêter afin de permettre une réparation de la lésion. En effet, dans ce cas, le repos est le premier des traitements. Cette réaction de l'organisme est donc adaptée à la situation. La douleur aiguë est un symptôme (comme la fièvre au cours d'une infection) de courte durée (soit parce que la cause s'arrête d'elle-même, soit parce que le corps a les moyens de rétablir l'équilibre antérieur). Il y a en général une cause unique à la douleur aiguë (une fracture, un infarctus, une colique néphrétique...). Ce type de douleur disparaît avec un traitement adapté.

La douleur chronique

Une douleur qui dure au-delà de trois à six mois est considérée comme une douleur chronique. Cependant, et contrairement à la douleur aiguë, la douleur chronique ne peut être uniquement définie par sa durée. Les mécanismes d'entretien et d'aggravation sont beaucoup plus complexes. La persistance de la douleur peut en modifier les mécanismes et la renforcer.

La douleur : définition

CE QU'IL FAUT SAVOIR

En effet, lors d'un traumatisme initial au cours d'un accident par exemple, la douleur induite peut perdurer du fait de phénomènes indépendants de la douleur tels un stress survenu lors de l'accident, une difficulté avec le travail ou la famille.

On parle alors de « douleur-maladie ». Car la douleur persistante est une douleur aiguë aggravée par des facteurs multiples, elle est inutile, comme une fausse alarme, et son évolution habituelle est l'entretien du processus douloureux (et non la réparation). On peut se représenter cette douleur comme une alarme de voiture qui sonne sans raison dans la rue : plus personne n'y fait attention. Cette douleur n'aide donc pas l'organisme à guérir, au contraire elle le fatigue, l'empêche de dormir, entraîne du stress, de l'inactivité...



Dans ce cas, même si la cause initiale a disparu, le système nerveux continue à entretenir le message douloureux. Il s'agit alors d'un autoentretien de la douleur à l'origine d'un véritable cercle vicieux.

La douleur : définition

Les répercussions physiques et psychologiques : fatigue, insomnie, anxiété, dépression..., doivent être traitées en même temps que la douleur elle-même.

En effet, l'expérience montre que les mécanismes d'entretien de la « douleur-maladie » sont souvent insuffisamment pris en compte. Plusieurs explications sont possibles. Pour le médecin, il est parfois plus facile de se limiter aux seuls aspects physiques plutôt que d'analyser, en plus, le comportement et de détailler les problèmes quotidiens rencontrés par le patient, consultation qui prend du temps. De plus, les patients ne connaissent pas l'intérêt d'une approche plus globale du problème. Cette attitude commune du patient et de son médecin contribue à considérer cette douleur uniquement comme un symptôme.

Comparaison entre douleur aiguë et douleur chronique

Douleur aiguë	Douleur chronique
« Douleur-symptôme »	« Douleur-maladie »
Courte durée	Douleur persistante
Cause unique	Facteurs multiples
Utile	Inutile
Signal d'alarme	Fausse alarme
Guérison habituelle	Autoentretien

Les mécanismes de la douleur

CE QU'IL FAUT SAVOIR

La douleur présente différents mécanismes tels la composante nociceptive et/ou la composante neuropathique. Le médecin a besoin de temps pour caractériser la douleur. Ainsi le traitement sera mieux adapté. En effet, chaque douleur répond à des traitements différents et complémentaires. Parfois, il est nécessaire d'associer des familles différentes de traitements pour obtenir une bonne efficacité et une bonne tolérance.

Douleur nociceptive

Il s'agit d'une douleur habituelle, que tout le monde a déjà expérimenté dans sa vie (suite à une chute en apprenant à marcher par exemple). Cette douleur est physiologique et met en jeu la stimulation des récepteurs de la douleur, les « nocicepteurs ». On peut l'observer lors d'une fracture, d'une entorse, suite à une chirurgie, une extraction dentaire, lors d'une poussée d'arthrose, suite à un calcul bloqué dans les voies urinaires, un infarctus, une tumeur...

Ce type de douleur répond bien aux antalgiques dits classiques et aux anti-inflammatoires. Cependant, lorsqu'elle devient chronique, il est nécessaire de mettre toutes les chances de guérison de son côté en proposant une démarche plus globale dépassant la simple prise de médicaments.



Les mécanismes de la douleur

Douleur neuropathique

Cette douleur a eu plusieurs noms : douleur de désafférentation, douleur neurogène. Elle peut apparaître alors que la lésion responsable est ancienne (plusieurs mois). Les douleurs ressenties sont décrites comme des brûlures, un étouffement, un froid douloureux, des décharges électriques, des éclairs, des picotements, des fourmillements, des engourdissements. L'effleurement de la peau peut déclencher ou aggraver la douleur. On parle alors d'allodynie.

La topographie de la douleur correspond à une zone nerveuse assez bien localisée ou autour d'une cicatrice.



Les mécanismes de la douleur

CE QU'IL FAUT SAVOIR

Le médecin note un trouble de la sensibilité (hypoesthésie, c'est-à-dire une diminution de la sensibilité, ou anesthésie), dans le territoire douloureux, à l'examen clinique.

Le système de transmission de la douleur ainsi que les mécanismes de contrôle sont modifiés par la lésion nerveuse. Ceci entraîne un dérèglement des mécanismes qui inhibent la douleur. La douleur peut alors être perçue dans une zone qui ne sent pourtant plus rien (anesthésiée) ou dans une zone qui n'existe plus anatomiquement (membre fantôme). Ceci explique aussi la réactivité exagérée aux stimulations telles le froid, le chaud, le contact d'un tissu sur la peau.

La cause de la douleur est évidente lorsque l'on connaît l'existence d'une lésion du nerf. Parfois, on ne fait pas le lien entre la douleur et sa cause, surtout si la lésion est ancienne, voire passée inaperçue. C'est pourquoi le diagnostic peut alors être retardé. Ces douleurs peuvent survenir après un zona, une amputation d'un membre, au cours du diabète, une lésion de la moelle épinière avec paraplégie, une attaque cérébrale (accident vasculaire cérébral), mais aussi après lésion de petits nerfs superficiels au décours d'une opération chirurgicale bénigne. Ces douleurs ont des mécanismes particuliers. C'est pourquoi elles répondent mal aux antalgiques classiques et relèvent de traitements spécifiques tels les antidépresseurs ou les antiépileptiques. Les techniques de neurostimulation électrique peuvent être proposées dans certaines indications.

Douleurs sans lésion identifiable

Elles sont fréquentes. Il s'agit par exemple des douleurs observées au cours de la fibromyalgie (*cf.* pages 15-17), de l'intestin irritable (colopathie fonctionnelle), des brûlures d'estomac, des douleurs urinaires sans infection, des douleurs de l'articulation temporo-mandibulaire, de certains maux de

Les mécanismes de la douleur

CE QU'IL FAUT SAVOIR

tête... Ces douleurs bien réelles et souvent très invalidantes existent sans qu'aucune lésion ne soit objectivable par les examens. Leur évolution est chronique mais n'expose pas à un risque vital. On pense actuellement qu'il s'agit plutôt d'un dysfonctionnement des organes, avec excès de contraction ou de tension des muscles, qui explique ces douleurs. On parle aussi de « symptômes médicalement mal expliqués ». Il n'y a pas de guérison rapide et durable. Un projet de soins multidisciplinaire et une information du patient sont indispensables.

Douleurs mixtes

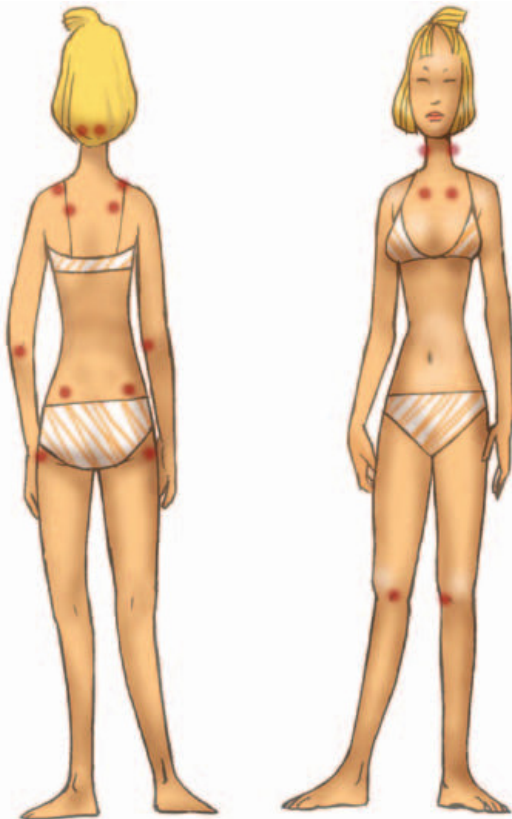
La douleur associe parfois plusieurs des composantes telles la composante nociceptive et la composante neuropathique. Le diagnostic est alors plus complexe et nécessite plus de temps afin de bien caractériser la douleur et d'adapter le traitement au mieux. En effet, chaque douleur répond à des traitements différents et complémentaires. Et il est souvent nécessaire d'associer des familles différentes de traitements pour obtenir une meilleure efficacité et une meilleure tolérance.

Qu'est-ce que la fibromyalgie ?

La personne qui souffre de fibromyalgie – plus souvent la femme – décrit des douleurs diffuses, y compris à la colonne vertébrale. Il s'agit de douleurs musculaires et des tendons, ressemblant à des courbatures intenses. La douleur touche aussi bien les parties hautes que basses du corps, les parties droites que gauches. Ces douleurs sont reproduites ou aggravées par une simple pression. On parle alors d'allodynie.

Le début peut être brutal (suite à un accident, une opération, un accouchement, une infection, un choc psychologique...) ou d'installation progressive.

À l'examen, la personne décrit de multiples points douloureux, spontanés et/ou à la pression. Si l'examen met en évidence au moins 11 points douloureux parmi 18 sites anatomiques (qui correspondent aux insertions des tendons), on parle de fibromyalgie.



Les autres symptômes associés

D'autres symptômes sont souvent associés, variables selon les cas, notamment :

- Raideur matinale ;
- Fatigue dès le réveil ;
- Sommeil non récupérateur ;
- Troubles digestifs (côlon irritable, colopathie) ;
- Douleurs dentaires ou de la mâchoire ;
- Phénomène de Raynaud au froid (pâleur, sensation de « doigts morts ») ;
- Céphalées (migraines ou céphalées de tension) ;
- Vertiges, malaises, fourmillements des doigts ;
- Sensation subjective de gonflement, de tuméfaction des zones douloureuses ;
- Anxiété/dépression.

Les examens complémentaires sont-ils utiles ?

Tous les examens pratiqués – radiographie, électromyogramme, bilan sanguin ou autres (scanner ou IRM) – sont normaux : il n'existe pas de lésion anatomique. Il est important de savoir que les symptômes ne sont pas dus à une lésion, à une maladie du muscle ou à une maladie neurologique.

La vie du patient n'est pas en danger et il n'y a pas de risque de paralysie.

En revanche, la douleur est vraiment là et il est important de comprendre qu'on peut avoir vraiment mal sans qu'il y ait de lésion démontrée à ce jour.

Les recherches actuelles concluent à un dysfonctionnement des mécanismes centraux de contrôle de la douleur, qui crée cet état d'hypersensibilité, un peu comme si le thermomètre de la douleur s'était dérégulé.

On a souvent affirmé que cette douleur était due à des troubles psychologiques. Il est vrai qu'on observe plus souvent de l'anxiété et de la dépression au cours de la fibromyalgie que dans la population générale. Mais la fibromyalgie n'est pas une maladie imaginaire. Dans tous les cas, il est important de vérifier si de tels troubles psychologiques existent, car ils contribuent à aggraver la souffrance du patient et doivent également être pris en compte dans les soins.

Quelle est la prise en charge ?

Le traitement consiste en une association de plusieurs modalités thérapeutiques : médicaments (antalgiques et/ou certains antidépresseurs et/ou certains antiépileptiques), reprise d'activités physiques, relaxation et éventuellement accompagnement psychologique.

Les douleurs **CE QU'IL FAUT SAVOIR** musculosquelettiques, myofasciales ou douleurs musculotendineuses

La douleur myofasciale ou douleur musculotendineuse se caractérise par une douleur régionale, souvent asymétrique, un point douloureux musculaire qui, lorsqu'il est stimulé, reproduit exactement la douleur ressentie habituellement. Des zones de tension douloureuse au sein du corps musculaire peuvent donner lieu à une sensation de ressaut lors de la palpation.

C'est une douleur isolée, qui s'accompagne de raideur, d'une gêne motrice mais sans atteinte de la force musculaire, et les examens ne montrent pas d'anomalie particulière.

Le traitement consiste à prendre des antalgiques, à effectuer un travail sur le muscle en décontraction-étirement, voire à réaliser des infiltrations locales d'anesthésiques locaux.

Douleurs persistantes malgré une opération de la colonne vertébrale

Qu'est-ce que le mal de dos ?

Le mal de dos ou lombalgie n'est pas une maladie en soi. Il s'agit d'un symptôme. La plupart du temps, on diagnostique un problème mécanique ; un disque qui se détériore ou une arthrose, par exemple. Ce type de douleur est très fréquent. Cependant, peu de personnes souffrent de façon chronique, c'est-à-dire tous les jours. Quand on souffre de la colonne, on cherche toujours une cause responsable. Il peut y avoir une ou plusieurs causes. Cependant, ce n'est pas toujours le cas et d'authentiques douleurs peuvent n'avoir « aucune cause »

Douleurs persistantes malgré une opération de la colonne vertébrale

CE QU'IL FAUT SAVOIR



évidente identifiée par les examens ou que les anomalies sur les examens ne suffisent pas à expliquer. Cela n'empêche pas la personne d'avoir vraiment mal.

Quand doit-on opérer ?

Lorsque l'on souffre de lombosciatique ou de lombocruralgie due à une hernie discale ou à une arthrose lombaire, les médecins peuvent être amenés à décider d'une intervention chirurgicale de « décompression » ou de « libération » du nerf sciatique ou crural. L'indication de cette intervention doit être prudente. En effet, de nombreux traitements doivent avoir été

Douleurs persistantes malgré une opération de la colonne vertébrale

essayés avant tout geste invasif et s'être avérés inefficaces. La guérison naturelle habituelle (la plus fréquente) est « dépassée » dans ce cas. On propose ce type d'intervention quand la névralgie résiste au traitement médical et que la douleur dans la jambe est devenue insupportable malgré une prise en charge psychologique et une tentative de réactivation physique.

Résultats attendus de la chirurgie

Ce type d'intervention ne supprime pas la lombalgie mais seulement la névralgie (sciatique ou crurale) en « soulageant » le nerf. Les patients ne savent pas toujours que ce type de chirurgie n'enlève pas toutes les douleurs.

En effet, parfois, les patients sont déçus. Ils s'attendaient à ne plus avoir mal du tout (ni au dos, ni à la jambe). Cependant, si on envisage d'opérer, c'est bien que le dos avait des problèmes avant. La chirurgie ne peut donc enlever toutes les douleurs et elle ne remplace pas la colonne vertébrale. De plus, lorsque la chirurgie est effectuée, les chances de n'avoir plus mal à la jambe sont environ de 80 % (et non de 100 %) et les lombalgies peuvent persister. C'est pourquoi, il faut réfléchir avant de se décider pour une intervention et ne surtout pas se précipiter.

On est parfois pris dans le cercle vicieux de la douleur persistante et d'autres phénomènes interfèrent en aggravant la douleur (peur de l'avenir, difficulté à accepter son état actuel, sentiment de perte de sa vitalité antérieure, insomnie...).

Dans ces cas-là, outre la fragilité de l'individu qui souffre, s'ajoute le stress (physique et psychologique) de l'intervention chirurgicale. La personne affronte alors l'intervention en étant déjà affaiblie.

Douleurs persistantes malgré une opération de la colonne vertébrale

CE QU'IL FAUT SAVOIR

Bien sûr, dans quelques cas exceptionnels (signes neurologiques graves), l'intervention se décidera en urgence. Mais, en général, le traitement médical est suffisant.

Les risques de la chirurgie

La chirurgie peut entraîner parfois des complications qu'il est important de connaître ; plaie de la membrane qui entoure les racines nerveuses, blessure du nerf opéré lui-même, hématome, infection, complications liées à l'état de santé général du patient (problèmes d'anesthésie, cardiovasculaires...). Ces complications sont rares et certaines d'entre elles peuvent être prévenues en prenant des précautions.

Parfois, malgré une intervention qui s'est bien déroulée, des douleurs dans la jambe (sciatique ou cruralgie) persistent ou réapparaissent. Plusieurs causes sont possibles alors : récurrence de hernie discale, poussée d'arthrose, douleur neuropathique séquellaire par souffrance chronique du nerf... On a compris en 2008 que la cicatrice laissée par le passage du bistouri n'est pas responsable de ces douleurs séquellaires.

Les douleurs ne sont pas dues à la « cicatrice » appelée aussi fibrose. Il est normal de voir sur les examens une cicatrice (passage du scalpel). Quoi qu'il en soit, l'expérience a montré qu'il ne faut pas réintervenir chirurgicalement et que le traitement de ces douleurs séquellaires (sauf en cas de récurrence de la hernie discale ou d'hématome) est avant tout médical. D'une manière générale, on évite de répéter les opérations de la colonne vertébrale, sauf discussion collégiale entre les médecins et les chirurgiens, après avoir bien évalué des examens effectués (IRM ou scanner).

Céphalées inhabituelles

CE QU'IL FAUT SAVOIR

Le mal de tête ou céphalée (terme médical) est un terme général qui englobe toute la pathologie douloureuse de la face et du crâne.

La migraine

Il s'agit d'un type de céphalée. C'est une maladie fréquente puisqu'elle touche 12 % de la population générale. Cependant, d'autres types de maux de tête sont souvent pris pour des migraines alors qu'il s'agit de céphalées d'autres origines. La confusion des termes entraîne des erreurs de compréhension pouvant aboutir à des traitements inadaptés. Une brochure spécifique est consacrée à la migraine.



Les céphalées de tension ou par contraction musculaire

Elles constituent une cause fréquente de mal de tête. La douleur est plutôt permanente (et non par crise, comme dans la migraine) et diffuse (et non localisée d'un côté de la tête comme dans la migraine). Elles peuvent s'associer à des douleurs cervicales, elles-mêmes dites cervicalgies de tension. En effet, la composante musculaire est prédominante dans ce type de douleur. Lorsque le muscle se contracte de façon prolongée, cela induit des douleurs comparables à celles observées lors de courbatures après un effort physique. Une fois installée, la douleur ne cède pas immédiatement, même avec une détente musculaire et cette douleur musculaire peut rapidement s'auto-entretenir par un mécanisme de cercle vicieux. La contraction musculaire peut être entretenue par des mécanismes physiques et psychologiques, les postures, le mouvement et le stress constituant des facteurs de tension musculaire.

Critères diagnostiques comparés entre migraine et céphalée de tension

	Migraine	Céphalée de tension
Lieu de la douleur	Un côté	Des deux côtés
Type de céphalée	Pulsatile	Pression, étai
Intensité	Modérée à sévère	Légère à modérée
Aggravée par l'effort	Oui	Non
Nausées/vomissements	Oui	Non
Gêne à la lumière	Oui	Oui/Non
Gêne au bruit	Oui	Oui/Non
Durée de la crise	30 min à 3 j	4 à 12 h

De nombreuses douleurs persistantes résistant aux traitements médicaux sont dues à cette contraction musculaire exagérée, qui peut être primaire ou secondaire à une migraine.

Les céphalées chroniques quotidiennes ou par « abus médicamenteux »

Certains maux de tête sont très difficiles à comprendre. En effet, il s'agit des céphalées chroniques quotidiennes ou par « abus médicamenteux ». Elles sont fréquentes et évoluent depuis plus de trois mois, les douleurs durent plus de quatre heures en l'absence de traitement. Ce tableau clinique résulte de la transformation d'une céphalée initialement épisodique (migraine ou céphalée de tension) en céphalée chronique. L'abus de médicaments, les facteurs psychologiques (anxiété, dépression, addictions, événements de vie difficiles...) et les tensions musculaires ainsi qu'un traitement initial insuffisant avec abus de médicaments, favorisent ce type de douleur.

Par exemple, les personnes qui souffrent de migraines ont souvent peur des crises. Elles sont très à l'écoute du moindre signe pouvant faire penser qu'une nouvelle crise se prépare. Parfois, par peur, elles prennent les médicaments de la crise migraineuse par avance, voire systématiquement, sans aucun signe annonciateur qu'on appelle prodrome. Cet excès d'utilisation des médicaments favorise un véritable cercle vicieux, facteur d'entretien et de résistance aux traitements (traitements de la crise et de fond).

La prise en charge nécessite de bien expliquer ce cercle vicieux, de rassurer la personne qui souffre, et surtout de mettre en place un sevrage (en cas d'abus médicamenteux). Celui-ci peut se faire à domicile ou à l'hôpital ; quand la céphalée réapparaît, un traitement adapté est alors institué.

Algie vasculaire de la face

Certaines céphalées surviennent chez le sujet jeune, plutôt des hommes, de façon brutale. Il s'agit de douleurs en salves, d'un seul côté, sévères en intensité, à type de broiement atroce. La douleur évolue par crises, de 1 à 8 par jour, 1 à 2 fois par an. Ces crises durent de 15 à 180 minutes et sont associées à un larmoiement, une congestion nasale, un œdème avec chute de la paupière et une fermeture de l'œil du même côté. Le traitement repose le plus souvent sur les antimigraineux injectables, voire, dans certains cas, sur l'oxygène médical en bouteille.

Algodystrophie

Qu'est-ce que l'algodystrophie ?

L'algodystrophie, appelée aussi Syndrome Dououreux Régional Complexe (SDRC), est caractérisée par une douleur continue d'une région du corps, à l'extrémité d'un membre le plus souvent. Celle-ci peut être spontanée et/ou provoquée. Elle apparaît en général disproportionnée en durée et/ou en intensité par rapport à l'évolution habituelle du traumatisme responsable, par exemple. La douleur ne correspond pas à un territoire neurologique circonscrit ; c'est pourquoi elle intrigue beaucoup les médecins. Elle s'associe à d'autres manifestations telles des sueurs, des changements de coloration de la peau, de sa texture, des modifications motrices, de la sensibilité nerveuse de la région douloureuse, avec une limitation des mouvements entraînant une raideur, des modifications de la température cutanée avec une chaleur ou un refroidissement de la zone anatomique. Des troubles vasomoteurs (alternance de chaleur puis de froid) sont fréquents. Parfois, on observe plusieurs localisations (ex-syndrome épaule-main).

Comment se présente l'algodystrophie ?

Les douleurs sont souvent difficiles à décrire par le patient. Il s'agit de douleurs pour de faibles stimulations. Une hyperalgésie, c'est-à-dire une douleur plus forte qu'attendue lors d'une stimulation douloureuse, est parfois aussi rencontrée. Toute mobilisation ou mise en charge accentue la douleur.

La douleur et l'aspect du membre atteint sont parfois impressionnants : œdématisé, de coloration bleu sombre avec une peau fine, luisante, sans poils ; les articulations sont enraidies. Malgré ces aspects qui peuvent paraître inquiétants,

l'algodystrophie est une maladie bénigne, avec une durée d'évolution variable, de 6 à 24 mois. On décrit habituellement 3 phases ; une phase chaude, une phase froide puis la guérison. Parfois, de façon beaucoup plus rare, on peut observer des séquelles atrophiques avec rétraction des tendons.

Les examens complémentaires

Les examens d'imagerie médicale telles les radiographies montrent une « ostéoporose localisée ». Ce terme signifie que l'os réagit au contact du foyer



douloureux car il y a des modifications de l'irrigation par les vaisseaux. En aucun cas il ne s'agit d'une ostéoporose telle qu'on la connaît habituellement. Il n'y a pas de fragilisation générale des os. D'ailleurs, cet aspect radiographique disparaît avec le temps.

Les causes de l'algodystrophie sont nombreuses : traumatismes, suites de chirurgie, grossesse, diabète, maladies hormonales, effets secondaires de certains médicaments. Dans 20 % des cas, aucune cause n'est retrouvée. On parle alors d'algodystrophie essentielle.

Cependant, on observe souvent une tendance à l'émotivité, voire un authentique syndrome anxiodépressif.

Le traitement de l'algodystrophie

Le traitement nécessite plusieurs stratégies parfois difficiles à mettre en place. En effet, lorsqu'on a mal, on a tendance à arrêter les mouvements. Ce système aggrave les douleurs et favorise le déconditionnement musculaire et l'enraidissement. L'objectif est donc l'adaptation des activités afin de lutter contre cet enraidissement et d'éviter l'immobilisation du membre. Il faut pour cela proposer un traitement médicamenteux antalgique encadrant cette remobilisation. Celle-ci s'effectue en général avec un kinésithérapeute, qui aide de façon passive puis active les mouvements du membre. L'ajustement du niveau d'activités à la douleur est nécessaire afin d'éviter de déclencher des crises par une mobilisation forcée, excessive ou intempestive. Lorsque cette reprise d'activités s'avère trop difficile, les techniques de relaxation, voire une aide psychologique peuvent être proposées pour dépasser cette peur du mouvement appelée « kinésiophobie ». Des bains écossais (alternance chaud-froid) peuvent aussi être utilisés lorsque le membre présente des modifications vasculaires.

Douleur après amputation (douleur du membre fantôme)



Conséquences d'une amputation

Suite à une amputation, on peut observer différents phénomènes. Tout d'abord des phénomènes sensoriels avec impression que le membre est présent, vivant. L'organisme garde en mémoire le schéma corporel antérieur. Cette impression n'est pas forcément douloureuse. Elle peut s'associer à des sensations de fourmillements, d'engourdissements... Ceux-ci peuvent être gênants mais indolores. Si ces sensations deviennent douloureuses, on parle alors de douleur neuropathique (cf. pages 12-13). Ces douleurs peuvent s'associer à d'autres types de douleurs locales (de cicatrice, d'appareillage de prothèse...).

Traitement des douleurs d'amputation

Ces douleurs sont donc complexes et dues à des mécanismes variés. Seul le médecin peut vous aider à les analyser et vous proposer des stratégies de traitement adaptées. En effet, il est souvent nécessaire d'associer des traitements qui agissent sur les différentes composantes de la douleur. L'appareillage par prothèse d'un membre amputé est intéressant car il permet une meilleure sensation tactile et une amélioration de la perception du moignon dans l'espace. Il améliore l'autonomie de marche ou de préhension, diminuant ainsi le handicap. Cependant, la prothèse doit être bien adaptée car des douleurs mécaniques du moignon ou des douleurs vasculaires par effet garrot, peuvent survenir.

Douleur et/ou dépression

CE QU'IL FAUT SAVOIR

Douleur et dépression

Les douleurs s'accompagnent parfois de dépression.

Dans 30 à 40 % des cas de douleurs physiques persistantes, on observe une dépression souvent associée à une anxiété.

Par ailleurs, comme on l'a vu plus haut (*cf.* pages 8-10), la douleur persistante entraîne des conséquences négatives pour la réparation de l'organisme. Cette douleur empêche alors l'individu de faire face de façon optimale et le fragilise (manque de sommeil, fatigue, inactivité, difficulté à effectuer les tâches quotidiennes, incapacité à se faire comprendre de l'entourage...).

L'intrication douleur et dépression est souvent difficile à percevoir par les patients.

Il y a plusieurs raisons à cela. Il est très difficile d'accepter que l'on puisse avoir une douleur chronique intolérable et, en plus, une dépression.

De plus, la personne qui souffre de douleurs physiques peut sincèrement ne pas se rendre compte qu'elle est déprimée. Elle pense que c'est la douleur qui induit la fatigue, l'insomnie, le ralentissement, l'abattement. En effet, il est très difficile de faire la part des choses, particulièrement lorsqu'on est le premier concerné.

L'individu souffrant redoute aussi qu'en parlant de dépression, les médecins et l'entourage ne minimisent la douleur et considèrent que « c'est uniquement psychologique » ou dans la tête. On se trouve alors dans un autre cercle vicieux : celui de la difficulté d'adapter le traitement de façon appropriée.

En effet, le traitement de la douleur qui persiste est celui de la douleur physique, mais aussi celui de tous les mécanismes d'entretien de la dépression. Ne pas traiter une dépression, lorsqu'elle existe, empêche le soulagement de la douleur.

Douleur et/ou dépression

CE QU'IL FAUT SAVOIR

Dépression et douleur

Les spécialistes de la douleur sont actuellement bien habitués à la relation complexe entre le corps qui souffre et la vie psychique émotionnelle. De plus, on observe des douleurs spontanées et plusieurs autres symptômes physiques lors de la dépression. Certaines études ont montré que de nombreuses personnes souffrant de dépression ne conçoivent pas que des symptômes physiques puissent être des signes de dépression tels des douleurs abdominales, des maux de tête, des lombalgies, des troubles mictionnels, des douleurs dentaires. Et pourtant, c'est possible ; on parle alors de « dépression masquée ».



Douleur et anxiété

CE QU'IL FAUT SAVOIR

Différents facteurs psychologiques de vulnérabilité à la douleur ont été identifiés ces dernières années, dont l'anxiété fait partie. Les personnes anxieuses sont plus sujettes à développer des douleurs et à souffrir de douleurs persistantes. L'anxiété entraîne des phénomènes physiques (tension musculaire, contractions, respiration rapide et superficielle) et un retentissement psychologique, telle la focalisation exclusive de l'attention sur la douleur. La personne pense que la douleur témoigne d'une maladie grave et elle y pense tout au long de la journée. Ce phénomène aussi appelé « hypervigilance » est responsable en partie de l'autoentretien en cercle vicieux de la douleur, avec une appréhension et une peur de l'avenir. Il mobilise beaucoup d'énergie qui engendre du stress et souvent une altération de la mémoire, de la concentration avec augmentation de la douleur (anticipée ou non). Cette « sensibilité anxieuse » est connue pour favoriser les attaques de panique, l'augmentation d'intensité des douleurs de l'accouchement et les erreurs de compréhension des mécanismes de la douleur.

Les situations de stress peuvent également accentuer la douleur (par exemple un entretien d'embauche, un conflit avec son conjoint, une mauvaise nouvelle). La douleur rend la personne plus fragile et le stress lui-même augmente la douleur.

La vulnérabilité anxieuse expose enfin à certaines peurs et au « catastrophisme » ou à la dramatisation. Il s'agit de pensées et d'émotions négatives qui envahissent la personne avec une impression d'incurabilité et d'impuissance qui expose à la dépression et aux attaques de panique.

Parler de ces phénomènes au médecin peut permettre de trouver des solutions et des stratégies pour faire face et dépasser cette situation.

Qui et comment **consulter** ?

CE QU'IL FAUT FAIRE

Si cette brochure est entre vos mains c'est que le médecin que vous avez consulté à propos de votre douleur a bien compris votre état.

Vous vous trouvez peut-être dans le meilleur des cas, celui où le diagnostic a été porté suffisamment tôt et où une prise en charge adaptée a été mise en place. Des médecins, généralistes et/ou spécialistes, vous ont peut-être prescrit des examens et des traitements sans que la douleur ait été atténuée pour autant (ou trop peu à votre avis).

Cette douleur vous fatigue et vous inquiète, vous rend nerveux, elle peut même induire un état de déprime. Vous vous posez la question de savoir si tous les examens nécessaires ont bien été



et comment consulter ?

prescrits, si le diagnostic et le traitement mis en place sont les bons. Tous les intervenants que vous avez consultés (rhumatologue, neurologue, chirurgien, kinésithérapeute, éventuellement psychologue, psychiatre...) n'ont pas forcément tenu le même discours à votre égard et ces divergences vous perturbent.

C'est le rôle de votre médecin généraliste de centraliser toutes ces informations et avis, afin d'harmoniser l'ensemble et le rendre cohérent.

Votre médecin généraliste doit être le pivot de la cohérence que vous recherchez dans ces avis et traitements multiples. C'est lui qui va faire appel, par exemple, à un centre d'évaluation et de traitement de la douleur, dont le principe est d'aborder de façon globale les problèmes de douleur et de veiller à la bonne adaptation des traitements mis en place.

Le suivi de votre pathologie doit bénéficier d'une écoute attentive et la confiance en votre médecin généraliste est capitale. Pour conserver vous-même un rôle actif dans votre prise en charge, vous devez vous faire expliquer votre maladie douloureuse et le projet thérapeutique qui va être entrepris.

Traitements médicamenteux des douleurs complexes

CE QU'IL FAUT FAIRE

Antalgiques

Les antalgiques habituels sont les premiers médicaments proposés en cas de douleur. Cependant, ils ne sont pas toujours efficaces quand la douleur est devenue persistante. Dans ce cas, les traitements sont plutôt associés à d'autres techniques ou approches non médicamenteuses (exercices physiques, appareillage, techniques de neurostimulation, acupuncture, fascia thérapie, ostéopathie, relaxation, sophrologie, psychothérapies...).

On peut aussi associer des médicaments ayant des mécanismes d'action différents.

Certaines douleurs, de par leurs mécanismes, répondent peu ou mal aux antalgiques (les douleurs neuropathiques, par exemple). On propose alors d'autres molécules tels certains antidépresseurs et/ou certains antiépileptiques.

Antidépresseurs

Certains antidépresseurs ont démontré ces dernières années une efficacité antalgique, notamment dans les douleurs neuropathiques. Cette efficacité apparaît avec des posologies souvent différentes de celles utilisées dans la dépression. Ces antidépresseurs agissent sur des médiateurs du cerveau et de la moelle épinière (noradrénaline et sérotonine surtout), qui interviennent dans le contrôle de la douleur.

Parfois, le patient imagine que le médecin ne croit pas à sa douleur, qu'il le croit « fou » car il lui prescrit ce type de traitement.

Pour chaque patient, il faut trouver le médicament qui sera le mieux adapté, c'est-à-dire celui qui aura la meilleure efficacité avec le moins d'effets secondaires. On détermine alors au cas

Traitements médicamenteux des douleurs complexes

CE QU'IL FAUT FAIRE

par cas la bonne dose. Ces produits ont aussi des effets sur le sommeil et l'anxiété. Ils sont donc aussi prescrits par le médecin en fonction de ces critères.

Ne pas hésiter à poser des questions au médecin permet de mieux comprendre l'utilité et les modalités de prise du traitement.

Antiépileptiques

Certains antiépileptiques permettent de diminuer l'hyperexcitabilité des fibres nerveuses, particulièrement dans les douleurs neuropathiques. Il s'agit encore ici d'un mode d'action sur la douleur, le patient n'étant bien sûr pas épileptique. Une titration est nécessaire, c'est-à-dire l'augmentation progressive des doses pour obtenir la dose minimale efficace et bien supportée par le patient. Il arrive parfois qu'on observe des effets indésirables en début de traitement sans avoir encore d'efficacité ; c'est classique, et c'est pourquoi il faut persévérer car la balance s'inverse ensuite.

On ne devient pas dépendant de ces traitements, en revanche, arrêter brutalement les prises entraîne un syndrome de sevrage.

Éducation thérapeutique et psychothérapie

CE QU'IL FAUT FAIRE

Éducation thérapeutique

Être informé(e) sur la maladie et/ou les douleurs dont on souffre permet d'acquérir une autonomie par rapport à ladite maladie et de mieux en contrôler les accès douloureux. En intégrant des connaissances sur votre maladie, vous pourrez apprendre à gérer votre traitement et devenir, par l'acquisition de ces compétences, le partenaire des professionnels de santé qui vous suivent (médecin généraliste, spécialiste, kinésithérapeute, psychologue, psychiatre...).

Pour la gestion de votre douleur, il vous sera indispensable de tenir à jour un agenda de vos médicaments, de votre douleur, de vos activités, de votre sommeil, de votre stress...

Psychothérapie

On vous proposera peut-être une psychothérapie pour vous aider à mieux comprendre vos réactions vis-à-vis de la douleur. Elle vous permettra d'identifier les facteurs de déclenchement et d'entretien de la douleur et de les analyser. Elle vous aidera dans le choix des buts à atteindre.

Les modalités de psychothérapie sont nombreuses et leurs spécificités sont à étudier avec le médecin qui vous suit. Celui-ci vous aidera à choisir entre les thérapies pragmatiques (comportementales et cognitives) ou plus introspectives (psychanalyse). Il vous guidera soit vers une thérapie brève, soit vers une thérapie nécessitant un engagement à plus long terme.

Gérer la douleur et le stress par la relaxation

Il existe un moyen efficace de lutter contre le stress et la douleur. Un moyen qui permet de rompre le trio infernal stress/tension musculaire/douleur.

Contrôler son état de tension musculaire permet d'obtenir un relâchement corporel, mais aussi un relâchement des tensions psychologiques. La relaxation demande un entraînement quotidien et progressif. Sa bonne pratique est un atout important dans la lutte contre la douleur. Elle permet notamment de détendre les muscles, de mieux dormir, de retrouver de l'énergie et, bien sûr, de combattre le stress. Pour cela, on peut s'entraîner à se relaxer dans toutes les situations : familiale, professionnelle, transports, et plus globalement, toutes les situations entraînant un stress.



Relations

avec l'entourage

CE QU'IL FAUT FAIRE

La douleur est souvent incomprise et mal interprétée par l'entourage, famille, amis, ou collègues... Il faut apprendre à vous protéger des divers « conseils » et « avis » plus ou moins adaptés : « Tu devrais aller voir le Dr X pour qu'il trouve la cause de ta douleur », ou encore « J'ai entendu dire que le traitement Y faisait des miracles ».

Vous trouverez plus loin dans cet ouvrage des informations pour savoir qui et comment consulter.

Le caractère très subjectif de la douleur empêche souvent les proches de juger de sa réalité ou de son intensité. Vous pouvez avoir l'impression que l'on vous soupçonne d'en exagérer les manifestations, voire d'inventer votre douleur. Pourtant celle-ci et son retentissement sur votre organisme sont bien réels.

Essayez calmement et sans insister d'expliquer votre ressenti aux proches. Plutôt que de convaincre, cherchez à vous protéger en évitant l'engrenage qui consisterait, pour vos proches et avec parfois la meilleure volonté du monde, à nier votre état douloureux ou, à l'inverse, à vous y enfermer et vous fragiliser.

Lorsqu'une situation de souffrance s'installe, le corps a tendance à se mettre au repos. Repos qui, sur l'instant, calme la douleur, mais l'aggrave à plus longue échéance. C'est un cercle vicieux qui conduit au déconditionnement à l'effort et à l'aggravation de la douleur.

Le patient doit alors éviter deux pièges :

- le premier, qui consiste à cesser toute activité physique de peur de voir apparaître ou augmenter la douleur ;
- le second, qui est de continuer les activités physiques jusqu'au seuil de réapparition de la douleur, et de dépasser les limites de celle-ci. Le patient n'a plus alors qu'une solution : se mettre au repos jusqu'à disparition de la douleur. Ce schéma négatif d'échecs répétés : « je force, puis je m'arrête » est à proscrire au profit d'activités physiques et de périodes de repos fractionnées.

De plus, l'activité physique permet d'éviter les raideurs ou les postures compensatrices néfastes, la perte de sensation des articulations dans l'espace et la fonte musculaire.

Pour ce qui est de l'activité physique, les exercices doivent être adaptés à l'âge et à la condition physique du patient, ainsi qu'à l'intensité des douleurs ressenties. Les exercices doivent aussi être fractionnés afin de permettre le repos du corps dans les intervalles.

La reprise d'activité : les grands principes

Ces activités fractionnées peuvent être progressivement augmentées à condition de respecter quelques principes essentiels :

1. Choisir des activités physiques de niveau accessible.
2. Se donner un premier objectif motivant : réussir à refaire ce que l'on ne faisait plus.
3. Planifier des programmes courts et des objectifs à évolution progressive.
4. Se préparer : position, décontraction, détente, relaxation musculaire, respiration, attitude « positive ».
5. Pratiquer les exercices quotidiennement, régulièrement et sans chercher la performance: par exemple, marcher 10 min, puis 20 min ; en piscine, nager trois longueurs, puis cinq longueurs.
6. Ne pas dépasser ses limites, ne pas forcer.
7. Prévoir des pauses au cours de l'activité.
8. Alternier les périodes d'activité physique et les périodes de récupération.
9. Préférer les activités physiques fractionnées à une longue séance.
10. Intensifier les exercices, d'abord les exercices « faciles » pour en tirer une satisfaction immédiate (marche lente puis marche plus rapide).
11. Conserver la notion de plaisir dans l'activité physique.
12. Se récompenser de ses succès.

Agenda de la douleur

pour la prise en charge de votre douleur

À la lecture des pages précédentes, vous avez compris que vous allez vous-même devenir l'un des éléments moteurs de la lutte contre votre douleur. Cela va entraîner certains changements dans votre vie quotidienne, vous allez pouvoir devenir plus autonome. Il va falloir apprendre à évaluer vous-même votre douleur.

C'est cette évaluation qui vous permettra de mieux préparer vos consultations avec vos médecins, de mieux décrire les douleurs, les facteurs qui les augmentent et aussi de prendre conscience des facteurs qui les diminuent.

**Vous trouverez dans les pages qui suivent
les moyens de répondre
aux cinq grandes questions suivantes :**

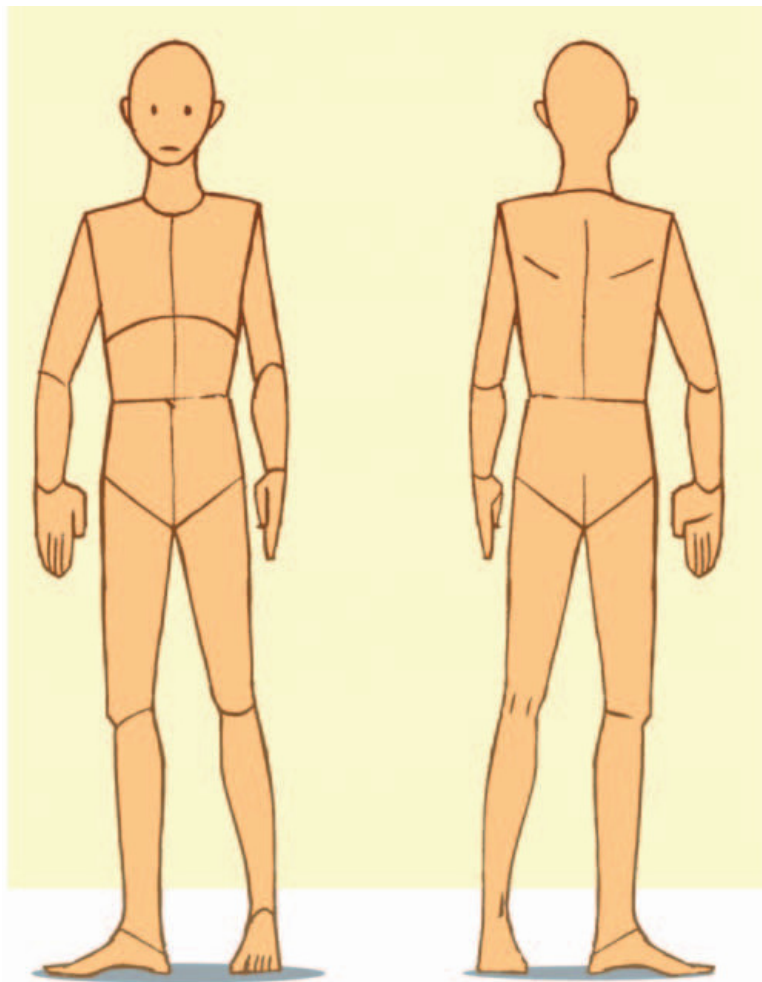
- 1** Où est (sont) localisée(s)
votre (vos) douleur(s) ? **page 43**
- 2** Quelle est l'intensité de votre douleur ? **page 44**
- 3** Comment qualifier votre douleur ? **page 48**
- 4** Quelles en sont les répercussions
dans votre vie quotidienne ? **page 49**
- 5** Quel est votre niveau d'anxiété
et de dépression ? **page 50**

Préparez vos consultations, évaluez votre douleur

CE QUE VOUS FAITES

Localiser la (les) douleur(s) ?

Indiquez sur ce schéma où se trouve votre douleur en hachurant la ou les zones concernées.



Préparez vos consultations, évaluez votre douleur

CE QUE VOUS FAITES

Évaluer l'intensité de la douleur

Afin de préciser l'intensité de la douleur que vous ressentez actuellement (depuis les 8 derniers jours), répondez aux questionnaires suivants. Nous vous proposons plusieurs échelles : sélectionnez-en une seule, celle qui vous paraît la mieux adaptée pour exprimer votre douleur à votre médecin.

MESURE DE L'INTENSITÉ DE LA DOULEUR

Utilisez une des trois échelles de mesure de l'intensité de la douleur ci-dessous (1 ou 2 ou 3).

1. *Échelle visuelle analogique*

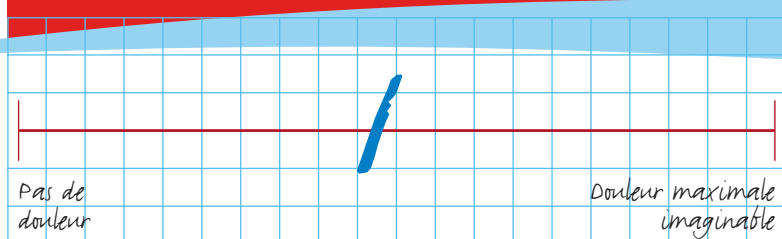
Voici une sorte de thermomètre de la douleur qui permet de mesurer l'intensité de votre douleur.

Une extrémité correspond à la douleur maximum imaginable. *Plus le trait est proche de cette extrémité, plus la douleur est importante.*

Une extrémité correspond à la douleur absente (« je n'ai pas mal »).

Plus le trait est proche de cette extrémité, moins la douleur est importante.

La douleur peut être définie par un trait tracé sur l'échelle comme dans l'exemple ci-dessous :



Préparez vos consultations, évaluez votre douleur

CE QUE VOUS FAITES

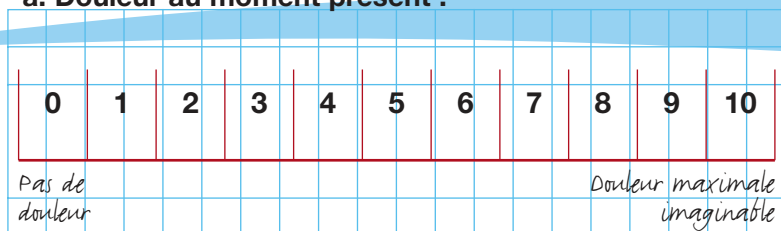
2. Échelle numérique

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 (a, b, c).

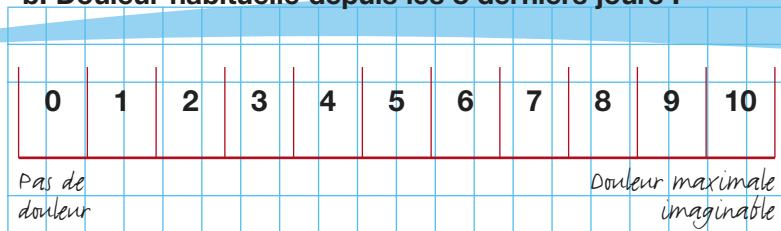
La note 0 correspond à « pas de douleur ».

La note 10 correspond à la « douleur maximale imaginable ».

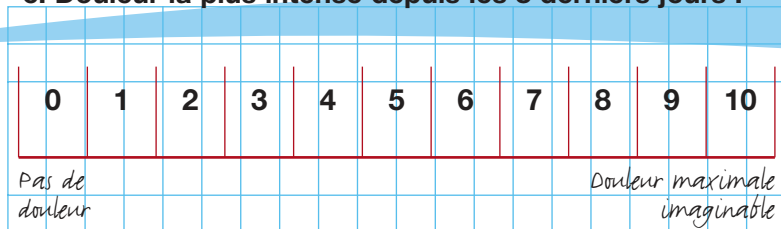
a. Douleur au moment présent :



b. Douleur habituelle depuis les 8 derniers jours :



c. Douleur la plus intense depuis les 8 derniers jours :



Préparez vos consultations, évaluez votre douleur

CE QUE VOUS FAITES

3. Échelle verbale simple

Pour préciser l'importance de votre douleur, répondez en entourant la réponse correcte pour chacun des 3 types de douleur a, b, c :

a. Douleur au moment présent :

0	1	2	3	4
Absente	Faible	Modérée	Intense	Extrêmement intense
Pas de douleur			Douleur maximale imaginable	

b. Douleur habituelle depuis les 8 derniers jours :

0	1	2	3	4
Absente	Faible	Modérée	Intense	Extrêmement intense
Pas de douleur			Douleur maximale imaginable	

c. Douleur la plus intense depuis les 8 derniers jours :

0	1	2	3	4
Absente	Faible	Modérée	Intense	Extrêmement intense
Pas de douleur			Douleur maximale imaginable	

Préparez vos consultations, évaluez votre douleur

CE QUE VOUS FAITES

Qualifier 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 les réponses correctes.

	0	1	2	3	4
	absente	faible	modérée	forte	extrêmement forte
	non	un peu	modérément	beaucoup	extrêmement
Élancements					
Pénétrante					
Décharges électriques					
Coups de poignard					
En étau					
Tiraillement					
Brûlure					
Fourmillement					
Lourdeur					
Épuisante					
Angoissante					
Obsédante					
Insupportable					
Énervante					
Exaspérante					
Déprimante					

Préparez vos consultations, évaluez votre douleur

CE QUE VOUS FAITES

Évaluer les répercussions de la douleur dans votre vie quotidienne (cf. ANAES)

Entourez le chiffre qui décrit le mieux comment,
la semaine dernière, la douleur a gêné votre :

Activité générale

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	----

Humeur

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	----

Capacité à marcher

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	----

Travail habituel (y compris à l'extérieur de la maison et les travaux domestiques)

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	----

Relation avec les autres

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	----

Sommeil

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	----

Goût de vivre

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	----

Ne gêne pas

Gêne complètement

Préparez vos consultations, évaluez votre douleur

CE QUE VOUS FAITES

Évaluer votre niveau d'anxiété et de dépression

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 donner, votre réaction immédiate à chaque question fournit une meilleure indication de ce que vous éprouvez qu'une réponse longuement méditée.

Je me sens tendu(e) ou énervé(e) :

- | | |
|---|---------------------|
| 3 | La plupart du temps |
| 2 | Souvent |
| 1 | De temps en temps |
| 0 | Jamais |

Je prends plaisir aux mêmes choses qu'autrefois :

- | | |
|---|----------------------|
| 0 | Oui, tout autant |
| 1 | Pas autant |
| 2 | Un peu seulement |
| 3 | Presque plus du tout |

J'ai une sensation de peur comme si quelque chose d'horrible allait m'arriver :

- | | |
|---|-------------------------------------|
| 3 | Oui, très nettement |
| 2 | Oui, mais ce n'est pas grave |
| 1 | Un peu, mais cela ne m'inquiète pas |
| 0 | Pas du tout |

Je ris facilement et vois le bon côté des choses :

- | | |
|---|-------------------------|
| 0 | Autant que par le passé |
| 1 | Plus autant qu'avant |
| 2 | Vraiment moins qu'avant |
| 3 | Plus du tout |

Préparez vos consultations, évaluez votre douleur

CE QUE VOUS FAITES

Je me fais du souci :

3	Très souvent
2	Assez souvent
1	Occasionnellement
0	Très occasionnellement

Je suis de bonne humeur :

3	Jamais
2	Rarement
1	Assez souvent
0	La plupart du temps

Je peux rester tranquillement assis(e) à ne rien faire et me sentir décontracté(e) :

0	Oui, quoi qu'il arrive
1	Oui, en général
2	Rarement
3	Jamais

J'ai l'impression de fonctionner au ralenti :

3	Presque toujours
2	Très souvent
1	Parfois
0	Jamais

J'éprouve des sensations de peur et j'ai l'estomac noué :

0	Jamais
1	Parfois
2	Assez souvent
3	Très souvent

Je ne m'intéresse plus à mon apparence :

3	Plus du tout
2	Je n'y accorde pas autant d'attention que je le devrais
1	Il se peut que je n'y fasse plus autant attention
0	J'y prête autant d'attention que par le passé

Préparez vos consultations, évaluez votre douleur

CE QUE VOUS FAITES

J'ai la bougeotte et n'arrive pas à tenir en place :

3	Oui, c'est tout à fait le cas
2	Un peu
1	Pas tellement
0	Pas du tout

Je me réjouis d'avance à l'idée de faire certaines choses :

0	Autant qu'auparavant
1	Un peu moins qu'avant
2	Bien moins qu'avant
3	Presque jamais

J'éprouve des sensations soudaines de panique :

3	Vraiment très souvent
2	Assez souvent
1	Pas très souvent
0	Jamais

Je peux prendre plaisir à un bon livre ou à une bonne émission de radio ou de télévision :

0	Souvent
1	Parfois
2	Rarement
3	Très rarement

D A

Calculez maintenant la somme de chacune des colonnes.

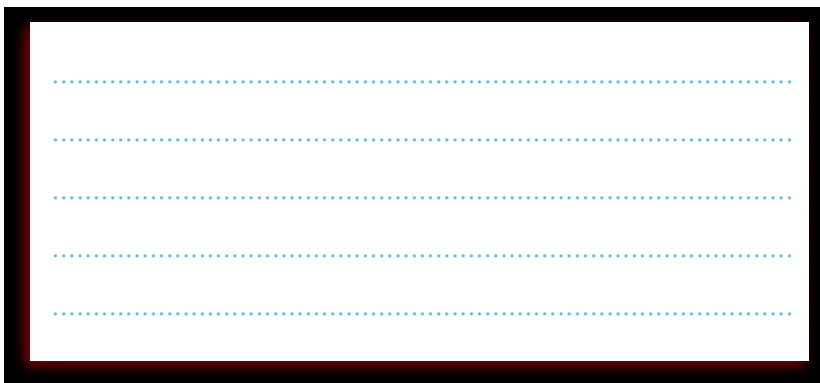
*Le résultat de la colonne D correspond à votre niveau de
dépression et le résultat de la colonne A à votre niveau
d'anxiété.*

Préparez vos consultations, évaluez votre douleur

CE QUE VOUS FAITES

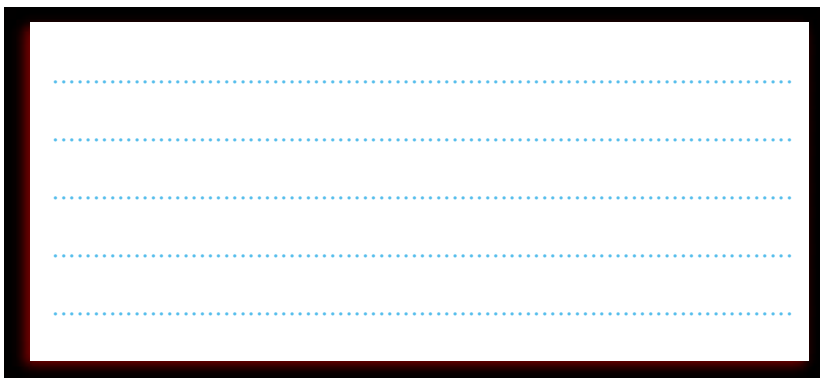
Quels sont vos objectifs réalistes ?

Une fois cette évaluation terminée, définissez et notez les objectifs que vous souhaitez vous donner à court terme. Procédez par étapes : envisagez d'abord des objectifs simples que vous pourrez faire évoluer dans le temps.



Quels sont les facteurs accentuant la douleur ?

Au terme de cette évaluation, notez quels sont les facteurs qui, selon vous, accentuent votre douleur.



Étapes du programme d'entraînement à la **relaxation** et au **contrôle du stress**

CE QUE VOUS FAITES

Conditions d'entraînement

- Dans une pièce, au calme (veillez à ne pas être dérangé(e) pendant votre relaxation).
- Installez-vous confortablement sur un lit, allongé(e) sur le dos. Étendez vos bras le long du corps, la paume des mains reposant à plat sur le lit. Positionnez vos pieds légèrement écartés et tournés en dehors. Fermez doucement les yeux de façon à vous concentrer sur les exercices.
- Si des pensées, des images viennent vous distraire, laissez-les passer et continuez tranquillement la relaxation.
- Vous devez réaliser tous les exercices calmement, sans forcer ni chercher à « bien faire ». Laissez aller. Ne vous inquiétez pas de savoir si c'est « réussi ». Laissez la relaxation se dérouler à son propre rythme.
- Les exercices centrés sur la respiration et la relaxation s'apprennent peu à peu et vous les maîtriserez progressivement.
- Ne vous découragez pas. Recommencez chaque jour et portez votre attention sur votre respiration.
- Si vous avez le sentiment de ne pas parvenir à la relaxation, parlez-en à votre médecin.

Le CD d'entraînement (téléchargeable sur le site du Réseau LCD <http://www.reseau-lcd.org>) propose 4 exercices progressifs pour apprendre à se relaxer, à contrôler le stress et la douleur : respiration, relaxation, contrôle du stress, contrôle de la douleur.

Étapes du programme d'entraînement à la relaxation et au contrôle du stress

CE QUE VOUS FAITES



Entraînez-vous progressivement en respectant les étapes ci-dessous. Lorsque vous maîtrisez bien un exercice, passez au suivant.

1. Faire une séance quotidienne de respiration :

- Avec le CD d'entraînement* d'abord ;
- Sans CD d'entraînement ensuite.

2. Faire une séance quotidienne de relaxation :

- Avec le CD d'entraînement* d'abord ;
- Sans CD d'entraînement ensuite.

3. Varier les conditions d'entraînement de la relaxation :

- D'abord allongé(e) ;
- Puis assis(e) ;
- Puis debout.

4. Introduire la relaxation dans la vie courante.

Faire de courtes « pauses de relaxation » : quelques minutes par-ci par-là, dans des moments creux (salles d'attente, files d'attente, transports...).

5. Contrôle du stress.

Après avoir choisi une situation de stress (facile et se présentant fréquemment), faire une séance avec le module « Contrôle du stress ».

6. Enfin, utiliser le module « Contrôle de la douleur ».

* CD *Exercices de relaxation médicale*, collection « Mieux vivre avec une douleur ».

Tenir un agenda

CE QUE VOUS FAITES

Grâce à cet agenda, vous et votre médecin pourrez mieux déterminer l'intensité de votre douleur, la régularité et l'efficacité de vos prises médicamenteuses, les facteurs accentuant ou diminuant votre douleur, la mise en œuvre de votre programme de reprise d'activité et vos progrès en matière de relaxation.

En accord avec votre médecin, remplissez les colonnes des pages qui suivent.

Intensité de la douleur

En fin de journée, évaluez l'intensité de votre douleur du jour.

Retentissement de la douleur sur les activités

Notez sur votre agenda les répercussions que votre douleur a eu sur vos activités quotidiennes.

Facteurs de variation de votre douleur

Repérez chaque jour quels ont été les facteurs de variation de votre douleur (fatigue, activités, stress...). Il est important de savoir repérer ces facteurs pour mieux les gérer.

Les médicaments

Si vous prenez un traitement médicamenteux, notez si vous l'avez pris à la bonne dose et aux horaires prévus.

Les autres approches thérapeutiques

Vous pouvez vous aider quotidiennement en vous engageant dans différentes activités ou occupations (à définir au cas par cas avec votre médecin). Pratiquez par exemple la marche, le vélo, la natation, faites des étirements, des exercices de relaxation, ayez des occupations et des loisirs (cinéma, lecture, musée, participation à un club...).

Semaine 1

Évaluez votre douleur chaque jour

1 Intensité de la douleur

Mettez une note de 0 à 10 pour quantifier la douleur aujourd'hui :

- Absence de douleur : 0
- Douleur maximale imaginable : 10

2 Retentissement de la douleur sur les activités

Mettez une note de 0 à 10 pour quantifier le retentissement sur vos activités aujourd'hui :

- Pas de gêne : 0
- Gêne complète : 10

3 Facteurs de variation de votre douleur

Notez lesquels : stress, activité...

Comment vous gérez votre douleur

4 Les médicaments

Notez les prises (si approprié) : à quelle heure ? à quelle dose ?

5 Les autres approches thérapeutiques

Prévoir une activité régulière avec augmentation progressive :

- Exercices physiques : renforcement gymnastique
- Autres activités physiques : vélo marche piscine
- Loisirs : cinéma lecture musée club jeux de cartes
- Exercices de relaxation :
 - Respiration
 - Relaxation
 - Contrôle du stress
 - Contrôle de la douleur

Jour 1	Jour 2	Jour 3
Lundi 5 mai	Mardi 6 mai	Mercredi 7 mai

5	7	6
4	4	5
Aucun	Aucun	Fatig

7 h 12 h	8 h 15 h	7 12 18 22
-------------	-------------	---------------------

marche	marche	Aqu
Cinéma	Lecture	D
oui	oui oui	

Semaine 1

Jour 1

Lundi

Évaluez votre douleur chaque jour

1 Intensité de la douleur

Mettez une note de 0 à 10 pour quantifier la douleur aujourd'hui :

- Absence de douleur : 0
- Douleur maximale imaginable : 10

2 Retentissement de la douleur sur les activités

Mettez une note de 0 à 10 pour quantifier le retentissement sur vos activités aujourd'hui :

- Pas de gêne : 0
- Gêne complète : 10

3 Facteurs de variation de votre douleur

Notez lesquels : stress, activité...

Comment vous gérez votre douleur

4 Les médicaments

Notez les prises (si approprié) :
à quelle heure ? à quelle dose ?

5 Les autres approches thérapeutiques

Prévoir une activité régulière avec augmentation progressive :

- Exercices physiques :
renforcement , gymnastique
- Autres activités physiques :
vélo , marche , piscine ,
- Loisirs :
cinéma , lecture , musée , club ,
- Exercices de relaxation :
 - Respiration
 - Relaxation
 - Contrôle du stress
 - Contrôle de la douleur

CE QUE VOUS FAITES

Jour 2	Jour 3	Jour 4	Jour 5	Jour 6	Jour 7
Mardi	Mercredi	Jeudi	Vendredi	Samedi	Dimanche

Évaluez votre douleur chaque jour

1 Intensité de la douleur

Mettez une note de 0 à 10 pour quantifier la douleur aujourd'hui :

- Absence de douleur : 0
- Douleur maximale imaginable : 10

2 Retentissement de la douleur sur les activités

Mettez une note de 0 à 10 pour quantifier le retentissement sur vos activités aujourd'hui :

- Pas de gêne : 0
- Gêne complète : 10

3 Facteurs de variation de votre douleur

Notez lesquels : stress, activité...

Comment vous gérez votre douleur

4 Les médicaments

Notez les prises (si approprié) :
à quelle heure ? à quelle dose ?

5 Les autres approches thérapeutiques

Prévoir une activité régulière avec augmentation progressive :

- Exercices physiques :
renforcement , gymnastique
- Autres activités physiques :
vélo , marche , piscine ,
- Loisirs :
cinéma , lecture , musée , club ,
- Exercices de relaxation :
 - Respiration
 - Relaxation
 - Contrôle du stress
 - Contrôle de la douleur

CE QUE VOUS FAITES

Jour 2

Jour 3

Jour 4

Jour 5

Jour 6

Jour 7

Mardi

Mercredi

Jeudi

Vendredi

Samedi

Dimanche

Évaluez votre douleur chaque jour

1 Intensité de la douleur

Mettez une note de 0 à 10 pour quantifier la douleur aujourd'hui :

- Absence de douleur : 0
- Douleur maximale imaginable : 10

2 Retentissement de la douleur sur les activités

Mettez une note de 0 à 10 pour quantifier le retentissement sur vos activités aujourd'hui :

- Pas de gêne : 0
- Gêne complète : 10

3 Facteurs de variation de votre douleur

Notez lesquels : stress, activité...

Comment vous gérez votre douleur

4 Les médicaments

Notez les prises (si approprié) :
à quelle heure ? à quelle dose ?

5 Les autres approches thérapeutiques

Prévoir une activité régulière avec augmentation progressive :

- Exercices physiques :
renforcement , gymnastique
- Autres activités physiques :
vélo , marche , piscine ,
- Loisirs :
cinéma , lecture , musée , club ,
- Exercices de relaxation :
 - Respiration
 - Relaxation
 - Contrôle du stress
 - Contrôle de la douleur



© **Brain Storming SAS**

122, avenue du Général Leclerc, 75014 Paris

www.editions-scientifiques.com

info@editions-scientifiques.com

Directeur des publications : Dr Pierrick Couturier

Conception graphique, mise en pages : Jacques Michel

Illustrations : Thierry Duchesne

Coordination et suivi technique : Lorraine Chouty

Relecture : Chantal Nicolas

Imprimé en UE – Groupe Maury Imprimeur

Z.I. Route d'Étampes – 45331 Malesherbes Cedex

Achevé d'imprimer en juillet 2008

Dépôt légal : Juillet 2008

ISBN : 2-35447-050-9

ISSN : 1776-5854

VILLE
lutter **contre**
la **douleur**
HÔPITAL

*Centre d'évaluation et de traitement
de la douleur, Hôpital Saint-Antoine
184, rue du Faubourg Saint-Antoine
75571 Paris Cedex 12*