

## ANNEXES A LA GRILLE DE RECUEIL DE DONNEES : PRISE EN CHARGE D'UNE DOULEUR CHRONIQUE CHEZ L'ADULTE

### Extrait du référentiel de la Haute Autorité de Santé :

« Douleur chronique : reconnaître le syndrome douloureux chronique, l'évaluer et orienter le patient Consensus formalisé Recommandations - HAS décembre 2008 »

#### « Il est recommandé que l'évaluation initiale comprenne :

- un bilan permettant de définir les caractéristiques de la douleur : conditions et circonstances de survenue, topographie, intensité, facteurs déclenchant ou soulageant la douleur, durée et variabilité dans le temps, caractère nociceptif ou neuropathique. Ce bilan, à la recherche des causes de la douleur, comprend un entretien, dont une partie au moins est semi-structurée ou utilise des outils ou questionnaires validés, un examen clinique et les examens complémentaires nécessaires ;
- une auto-évaluation de l'intensité de la douleur, ou à défaut de participation possible du patient, une hétéro-évaluation qui lui soit adaptée, pouvant tenir compte de l'évaluation par ses proches, en particulier chez l'enfant ou en cas de troubles graves de la communication ;
- une recherche du retentissement social, scolaire ou professionnel et économique de la douleur chronique, y compris les procédures en cours (arrêt de travail, reclassement, litige, etc.) ;
- l'analyse des résultats des traitements antérieurs, médicamenteux ou non (réaction aux antalgiques usuels, observance par exemple) ;
- la recherche systématique des troubles anxieux, dépressifs ou des manifestations psychopathologiques induits ou associés, mais aussi des interprétations et croyances du patient vis-à-vis de sa douleur, ses causes, son retentissement ou ses traitements, qui seraient éloignées de celles du médecin, cette divergence pouvant retentir sur l'intensité de la douleur et les effets du traitement.

Il est recommandé de suivre l'évolution de la douleur à intervalles réguliers, si elle persiste malgré la prise en charge. Les échelles d'évaluation de la douleur chronique ou autres outils validés spécifiques de la pathologie sous-jacente peuvent fournir des repères utiles sur l'évolution de la douleur dans le temps. Il ne faut pas attendre de ces outils un bénéfice sur l'intensité de la douleur.

#### **Le recours à une structure spécialisée dans l'évaluation et le traitement de la douleur chronique, en cas de persistance de la douleur malgré le traitement en cours, est recommandé avec pour indications prioritaires :**

- un avis diagnostique complémentaire (évaluation approfondie et multidimensionnelle des déterminants et des mécanismes de la douleur), par exemple lorsque paraissent majeures :
  - l'intensité et la durée de la douleur par rapport à la lésion causale présumée, telle que l'ont identifiée les examens réalisés jusqu'alors,
  - ses répercussions sur la vie professionnelle, sociale et familiale, ou l'équilibre psychique du patient ;
- un avis thérapeutique complémentaire, par exemple lorsque :
  - le traitement est fréquemment modifié, du fait d'un soulagement insuffisant de la douleur,
  - une évaluation approfondie de la pertinence, de l'efficacité ou des effets secondaires de la prise en charge en cours, médicamenteuse ou non, est nécessaire,
  - un traitement antalgique de palier 3 est envisagé au long cours en dehors des pathologies cancéreuses,
  - un sevrage du traitement est envisagé mais difficile à mettre en œuvre ;
- une mise en œuvre de l'évaluation ou de la prise en charge du patient facilitée par la structure spécialisée, par exemple lorsque :
  - une approche interdisciplinaire est nécessaire, comprenant au moins l'un des éléments suivants :
    - approche psychologique,
    - approche sociale,
    - approche physique spécifique,
    - éducation thérapeutique,
  - un geste thérapeutique spécifique nécessite un recours à cette structure.

#### **Il est recommandé que la demande de consultation auprès d'une structure spécialisée soit accompagnée d'un courrier type précisant les éléments suivants :**

- données personnelles complètes du patient :
  - renseignements administratifs ; noms et coordonnées des professionnels intervenants à qui adresser, sur proposition ou avec l'accord explicite du patient, (ou ses représentants légaux, en particulier chez l'enfant), les conclusions de l'évaluation dans la structure spécialisée,
  - contexte du patient interférant avec la douleur (familial, social, scolaire ou professionnel, culturel),
  - antécédents (personnels et familiaux) ;

- motif du recours sollicité par le médecin (diagnostique, thérapeutique, autre) ;
- examens complémentaires déjà réalisés et/ou avis spécialisés pris dans ce cadre et leurs résultats ;
- traitement(s) antérieur(s) à la demande d'avis (réaction aux antalgiques usuels, réponses aux thérapeutiques médicamenteuses ou non déjà utilisées, etc.).

Il est souhaitable que le courrier type comporte également les éléments essentiels de l'évaluation initiale de la douleur chronique réalisée par le médecin qui oriente le patient.

Lorsque le patient ne peut les transmettre lui-même, il est recommandé que les éléments suivants figurent dans le courrier type caractéristiques de la douleur chronique évaluée

:

- ressenti du patient (auto-évaluation), attentes et interprétations ou croyances concernant cette douleur,
- historique de la douleur : ancienneté, mode de début, contexte d'apparition ou de récurrence, évolution, variabilité dans le temps, etc.,
- données de l'examen du médecin (hétéro-évaluation) : topographie, typologie (douleur nociceptive, neuropathique, autre), intensité ; · retentissement de la douleur :
- sur la vie quotidienne (notamment incapacités fonctionnelles induites),
- sur la vie relationnelle en particulier, chez l'enfant, sur les relations parents/enfant (modifications de l'humeur et du comportement, manifestations psychopathologiques),
- sur les situations familiale, professionnelle, sociale et financière (y compris les éventuels litiges en cours). »

## Typologie des structures spécialisées

### **La circulaire DGS/DH n° 94-3 relative à l'organisation de la prise en charge de la douleur chronique a défini pour les structures spécialisées quatre types d'activités :**

- évaluation et orientation thérapeutique, sur demande du médecin traitant pour avis diagnostique et thérapeutique ;
- traitement et suivi à long terme, en collaboration avec le médecin traitant, les services de soins et d'hospitalisation à domicile ;
- enseignements auprès des autres services et médecins ;
- recherche fondamentale et appliquée.

Elle précisait les modes d'organisation en équipes mobiles d'intervention pluridisciplinaires, pour certaines disposant ou pouvant accéder à des lits d'hospitalisation et en pôles de référence hospitalo-universitaires à triple mission de soins, de recherche et d'enseignement.

### **La circulaire DGS/DH n° 98-47 relative à l'identification des structures de lutte contre la douleur chronique rebelle distinguait trois types de structures :**

- Les consultations pluridisciplinaires de prise en charge de la douleur chronique, implantées au sein des établissements de santé publics ou privés. Ce sont des structures de base permettant une approche globale : prévention, soin, réinsertion, prise en compte du contexte familial, social et professionnel du patient.
- Les unités pluridisciplinaires de prise en charge de la douleur chronique comportent, en plus des éléments nécessaires à la consultation définis ci-dessus, des lits de jour ou d'hospitalisation ainsi que l'accès au plateau technique hospitalier lorsque la mise en route de thérapeutiques spécifiques le nécessite.
- Les centres pluridisciplinaires de prise en charge de la douleur chronique, dans certains centres hospitalo-universitaires, ajoutent aux fonctions précédentes celles d'enseignement (formation médicale initiale dans les 3 cycles d'études, formation postuniversitaire par exemple de type DU ou DIU, capacité d'évaluation et de traitement de la douleur) et de recherche portant sur des thématiques douleur.

**Le plan triennal 2002-2005** recensait 32 consultations pluridisciplinaires de prise en charge de la douleur chronique, 41 unités et 23 centres, avec des disparités régionales (49 départements ne disposaient d'aucune consultation et 8 régions d'aucun centre). Il était donc prévu de créer 49 consultations, 8 centres, 20 postes de praticiens hospitaliers et un centre expérimental de référence sur la migraine de l'enfant.

Le guide publié par le ministère de la Santé en 2002 prévoyait dans chaque établissement de santé, public et privé, la mise en place d'un comité de lutte contre la douleur (CLUD), avec comme mission de proposer à la conférence médicale d'établissement et à la commission du service de soins infirmiers « des objectifs et actions qui devront s'inscrire dans le projet médical et de soins infirmiers de l'établissement de santé » (le CLUD n'intervient pas directement au niveau des soins).

### **Le plan d'amélioration de la prise en charge de la douleur 2006-2010**

La priorité 4 concerne plus directement les aspects organisationnels, en renforçant les capacités en personnels des structures (100 médecins attachés, 26 praticiens hospitaliers, 30 psychologues, 38 infirmières) et les conditions d'accueil des patients, notamment des personnes âgées (aménagement, rénovation et équipement des locaux).

L'objectif 10 prévoit le partage d'expériences sur les organisations et actions mises en place notamment dans les régions, le renforcement de la prise en charge de la douleur dans les réseaux de santé, et un suivi des mesures mises en place

\*Évoquer l'existence d'un syndrome de douleur chronique devant l'un des signes suivants :

- Douleur résistant à l'analyse clinique et au TRT *a priori* bien conduit et suivi, selon les recommandations en cours
  - Douleur accompagnée d'une composante anxieuse ou dépressive
  - Douleur accompagnée d'une interprétation et de croyances propres au patient, et différentes de celles du médecin concernant la douleur, ses causes, son retentissement ou ses traitements

La douleur chronique est définie comme un syndrome multidimensionnel avec:

- Douleur persistante ou récidivante, évoluant au-delà du délai habituel évolutif de la pathologie causale diagnostiquée, notamment au-delà de 3 mois
- Douleur accompagnée d'un retentissement fonctionnel dans les actes de la vie quotidienne ou d'une intrication sociale ou professionnelle, notamment au-delà de 3 mois

Identifier la douleur chronique en ambulatoire\*

Évaluer la douleur chronique en ambulatoire

Bilan étiologique et ATCD médicaux, chirurgicaux personnels et familiaux

Objectiver l'évolution de la douleur (échelles d'évaluation ou autres outils validés spécifiques)

Traitement en cours ?

NON

Mise en œuvre d'un traitement selon recommandations et réévaluation

OUI

Avis diagnostique ou thérapeutique complémentaire \*\* ou évaluation ou prise en charge pluridisciplinaires nécessaires

**PARCOURS DU PATIENT DOULOUREUX CHRONIQUE**

\*\*Exemples:

- Intensité, durée et répercussions majeures de la douleur sur la vie professionnelle, sociale et familiale du patient ou son équilibre psychique
- TRT fréquemment modifié ou avis sur pertinence, efficacité ou effets secondaires de la prise en charge médicamenteuse ou non
  - TRT antalgique de palier 3 au long cours, hors cancer
    - Sevrage du TRT difficile
  - Approche interdisciplinaire facilitée
  - Geste thérapeutique spécifique

Orientation du patient vers une structure spécialisée

- Avec courrier type du médecin prescripteur ou traitant
  - Après bilan étiologique initial
  - Après information de la multidimensionnalité des évaluations en structures douleur

Évaluation réalisée par plusieurs professionnels, ensemble ou non, avec une réunion interdisciplinaire

- Prendre en compte la demande patient-médecin
  - Vérifier faits cliniques, diagnostiques et adéquation du traitement
  - Compléter l'évaluation de la douleur, et son contexte scolaire ou professionnel

Orientation du patient à l'issue de l'évaluation en structure spécialisée

Courrier systématiquement envoyé au médecin prescripteur ou traitant

Adéquation de la prise en charge en cours ?

OUI

Patient réorienté vers le médecin prescripteur ou traitant, si besoin avec complément par la structure

Justification du fait du patient et de la structure ?

OUI

Patient pris en charge au sein de la structure

Autre structure susceptible de mettre en œuvre le traitement?

OUI

Patient adressé à une autre structure si accord de celle-ci

## GRILLE D'ENTRETIEN SEMI-STRUCTURÉ AVEC LE PATIENT DOULOUREUX CHRONIQUE :

### **Ancienneté de la douleur**

#### **Mode de début**

circonstances exactes (maladie, traumatisme, accident de travail...)  
description de la douleur initiale  
modalités de prise en charge immédiate  
événements de vie concomitants  
diagnostic initial, explications données  
retentissement (anxiété, dépression, troubles du sommeil, incapacités fonctionnelle et professionnelle...)

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

comment s'est installé l'état douloureux persistant à partir de la douleur initiale  
profil évolutif : (douleur permanente, récurrente, intermittente...)  
degré du retentissement (anxiété, dépression, troubles du sommeil, incapacité fonctionnelle et professionnelle...)

#### **Traitements effectués et actuels**

traitements médicamenteux et non médicamenteux antérieurs, actuels  
modes d'administration des médicaments, doses, durées  
effets bénéfiques partiels, effets indésirables, raisons d'abandon  
attitudes vis-à-vis des traitements

#### **Antécédents et pathologies associées**

familiaux  
personnels (médicaux, obstétricaux, chirurgicaux et psychiatriques) et leur évolutivité  
expériences douloureuses antérieures

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

topographie  
type de sensation (brûlure, décharge électrique...)  
intensité  
retentissement (anxiété, dépression, troubles du sommeil, incapacités fonctionnelle et professionnelle...)  
facteurs d'aggravation et de soulagement de la douleur

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

situation familiale  
situation sociale  
statut professionnel et satisfaction au travail  
indemnités perçues, attendues  
implications financières, procédures

#### **Facteurs cognitifs**

représentation de la maladie (peur d'une maladie évolutive...)  
interprétation des avis médicaux

#### **Facteurs comportementaux**

attitude vis-à-vis de la maladie (passivité...)  
modalités de prise des médicaments  
observance des prescriptions

#### **Analyse de la demande**

attentes du patient (faisabilité, reformulation)  
objectifs partagés entre le patient et le médecin

## 2 ÉCHELLE VISUELLE ANALOGIQUE : EVA

Nous vous proposons d'utiliser une sorte de thermomètre de la douleur qui permet de mesurer l'intensité de la douleur  
 L'intensité de votre douleur peut être définie par un trait tracé sur l'échelle  
 Evaluer la douleur dans le moment présent, pendant les 8 derniers jours et la plus intense des 8 derniers jours

Pas de douleur



Douleur maximale imaginable

### ÉCHELLE NUMÉRIQUE : EN

Entourez ci-dessous la note de 0 à 10 qui décrit le mieux l'importance de votre douleur  
 Evaluer la douleur dans le moment présent, pendant les 8 derniers jours et la plus intense des 8 derniers jours

Pas de douleur

0   1   2   3   4   5   6   7   8   9   10

Douleur maximale envisageable

### ÉCHELLE VERBALE SIMPLE : EVS

Pour préciser l'importance de votre douleur répondez en entourant la réponse correcte  
 Evaluer la douleur dans le moment présent, pendant les 8 derniers jours et la plus intense des 8 derniers jours

0	1	2	3	4
Absente	Faible	Modérée	Intense	Extrêmement intense

### TOPOGRAPHIE : Exemples de schémas selon Palmer (1948) -

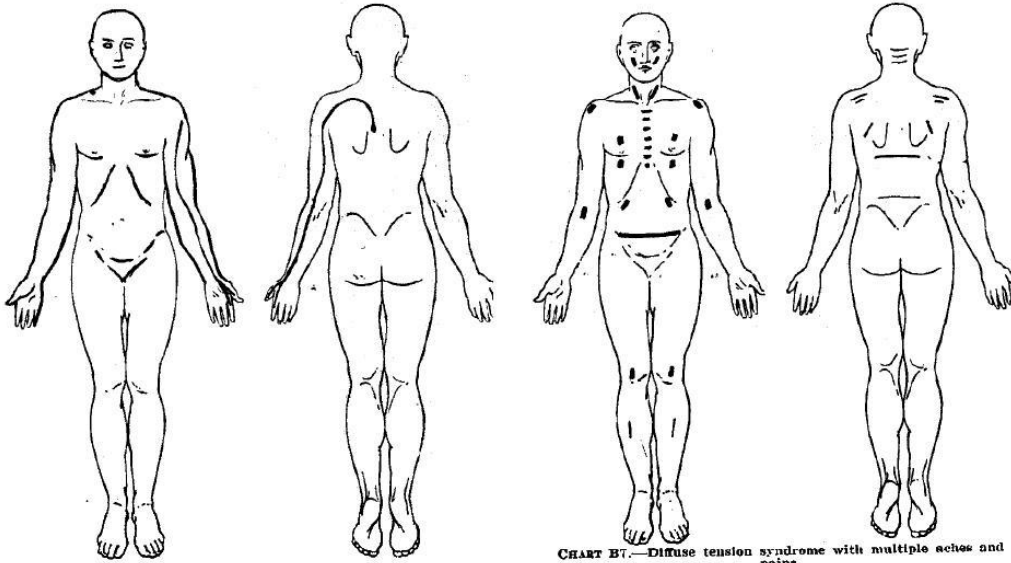


CHART A2(a).—Organic pain. Cervical prolapse disc lesion.

CHART B7.—Diffuse tension syndrome with multiple aches and pains.

**QUALIFICATIFS DE LA DOULEUR :**

Vous trouverez ci-dessous une liste de mots pour décrire une douleur. Pour préciser le type de douleur que vous ressentez habituellement (depuis les 8 derniers jours), répondez en mettant une croix pour la réponse correcte.

	<b>0 Absent Non</b>	<b>1 Faible Un peu</b>	<b>2 Modéré Modérément</b>	<b>3 Fort Beaucoup</b>	<b>4 Extrêmement fort Extrêmement</b>
<b>Élancements</b>					
<b>Pénétrante</b>					
<b>Décharges électriques</b>					
<b>Coups de poignard</b>					
<b>En étau</b>					
<b>Tiraillement</b>					
<b>Brûlure</b>					
<b>Fourmillements</b>					
<b>Lourdeur</b>					
<b>Épuisante</b>					
<b>Angoissante</b>					
<b>Obsédante</b>					
<b>Insupportable</b>					
<b>Énervante</b>					
<b>Exaspérante</b>					
<b>Déprimante</b>					

**ÉCHELLE DU RETENTISSEMENT DE LA DOULEUR SUR LE COMPORTEMENT QUOTIDIEN :**

Pour chacune des 6 questions suivantes, entourez le chiffre qui décrit le mieux comment, la semaine dernière, la douleur a gêné votre :

<b>HUMEUR</b>													
Ne gêne pas	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	Gêne complètement	

<b>CAPACITE DE MARCHER</b>													
Ne gêne pas	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	Gêne complètement	

<b>TRAVAIL HABITUEL (y compris à l'extérieur de la maison et les travaux domestiques)</b>													
Ne gêne pas	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	Gêne complètement	

<b>RELATION AVEC LES AUTRES</b>													
Ne gêne pas	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	Gêne complètement	

<b>SOMMEIL</b>													
Ne gêne pas	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	Gêne complètement	

<b>GOÛT DE VIVRE</b>													
Ne gêne pas	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	Gêne complètement	

**ÉCHELLE DU RETENTISSEMENT ÉMOTIONNEL :** Les médecins savent que les émotions jouent un rôle important dans la plupart des maladies. Si votre médecin est au courant des émotions que vous éprouvez, il pourra mieux vous aider. Ce questionnaire a été conçu de façon à permettre à votre médecin de se familiariser avec ce que vous éprouvez vous-même sur le plan émotif. Ne faites pas attention aux chiffres et aux lettres imprimés à gauche du questionnaire. Lisez chaque série de questions et soulignez la réponse qui exprime le mieux ce que vous avez éprouvé au cours de la semaine qui vient de s'écouler. Ne vous attardez pas sur la réponse à faire, votre réaction immédiate à chaque question fournira probablement une meilleure indication de ce que vous éprouvez, qu'une réponse longuement méditée.

<b>D</b>	<b>A</b>	
	3 2 1 0	Je me sens tendu ou énervé : la plupart du temps souvent de temps en temps jamais
0 1 2 3		Je prends plaisir aux mêmes choses qu'autrefois : oui, tout autant pas autant un peu seulement presque plus
	3 2 1 0	J'ai une sensation de peur comme si quelque chose d'horrible allait m'arriver : oui, très nettement oui, mais ce n'est pas grave un peu, mais cela ne m'inquiète pas pas du tout
0 1 2 3		Je ris facilement et vois le bon côté des choses : autant que par le passé plus autant qu'avant vraiment moins qu'avant plus du tout
	3 2 1 0	Je me fais du souci : très souvent assez souvent occasionnellement très occasionnellement
0 1 2 3		Je suis de bonne humeur : jamais rarement assez souvent la plupart du temps
	3 2 1 0	Je peux rester tranquillement assis à ne rien faire et me sentir décontracté : oui, quoi qu'il arrive oui, en général rarement jamais
0 1		J'ai l'impression de fonctionner au ralenti : presque toujours

2 3		très souvent parfois jamais
	3 2 1 0	J'éprouve des sensations de peur et j'ai l'estomac noué : jamais parfois assez souvent très souvent
0 1 2 3		Je ne m'intéresse plus à mon apparence : plus du tout je n'y accorde pas autant d'attention que je le devrais il se peut que je n'y fasse plus autant attention j'y prête autant d'attention que par le passé
	3 2 1 0	J'ai la bougeotte et n'arrive pas à tenir en place : oui, c'est tout à fait le cas un peu pas tellement pas du tout
0 1 2 3		Je me réjouis d'avance à l'idée de faire certaines choses : autant qu'auparavant un peu moins qu'avant bien moins qu'avant presque jamais
	3 2 1 0	J'éprouve des sensations soudaines de panique : vraiment très souvent assez souvent pas très souvent jamais
0 1 2 3		Je peux prendre plaisir à un bon livre ou à une bonne émission radio ou de télévision : souvent parfois rarement très rarement

--

--

**ECHELLE DOLOPLUS 2 : évaluation comportementale de la douleur chez la personne âgée**

RETENTISSEMENT SOMATIQUE		DATE :			
1. Plaintes somatiques	• Pas de plainte.....	0	0	0	0
	• Plaintes uniquement à la sollicitation.....	1	1	1	1
	• Plaintes spontanées occasionnelles.....	2	2	2	2
	• Plaintes spontanées continues.....	3	3	3	3
2. Positions antalgiques au repos	• Pas de position antalgique.....	0	0	0	0
	• Le sujet évite certaines positions de façon occasionnelle	1	1	1	1
	• Position antalgique permanente et efficace.....	2	2	2	2
	• Position antalgique permanente inefficace.....	3	3	3	3
3. Protection des zones douloureuses	• Pas de protection.....	0	0	0	0
	• Protection à la sollicitation n'empêchant pas la poursuite de l'examen ou des soins.....	1	1	1	1
	• Protection à la sollicitation empêchant tout examen ou les soins	2	2	2	2
	• Protection au repos, en l'absence de toute sollicitation	3	3	3	3
4. Mimique	• Mimique habituelle.....	0	0	0	0
	• Mimique semblant exprimer la douleur à la sollicitation	1	1	1	1
	• Mimique semblant exprimer la douleur en l'absence de toute sollicitation	2	2	2	2
	• Mimique inexpressive en permanence et de manière inhabituelle	3	3	3	3
5. Sommeil	• Sommeil habituel.....	0	0	0	0
	• Difficultés d'endormissement.....	1	1	1	1
	• Réveils fréquents (agitation motrice).....	2	2	2	2
	• Insomnie avec retentissement sur les phases d'éveil	3	3	3	3
<b>3 RETENTISSEMENT PSYCHO-MOTEUR</b>					
6. Toilette et/ou habillage	• Possibilités habituelles inchangées.....	0	0	0	0
	• Possibilités habituelles peu diminuées (précautionneux mais complet).....	1	1	1	1
	• Possibilités habituelles très diminuées, toilette et/ou habillage étant difficiles et partiels.....	2	2	2	2
	• Toilette et/ou habillage impossibles, le malade exprimant son opposition à toute tentative.....	3	3	3	3
7. Mouvements	• Possibilités habituelles inchangées.....	0	0	0	0
	• Possibilités habituelles actives limitées (le malade évite certains mouvements, diminue son périmètre de marche, ...)	1	1	1	1
	• Possibilités habituelles actives et passives limitées (même aidé, le malade évite ses mouvements).....	2	2	2	2
	• Mouvements impossibles, toute mobilisation entraînant une				

	opposition	3	3	3	3
<b>RETENTISSEMENT PSYCHO-SOCIAL</b>					
8. Communication	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Inchangée.....</li> <li>• Intensifiée (la personne attire l'attention de manière inhabituelle)</li> <li>• Diminuée (la personne s'isole) .....</li> <li>• Absence ou refus de toute communication .....</li> </ul>	0	0	0	0
		1	1	1	1
		2	2	2	2
		3	3	3	3
9. Vie sociale	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Participation habituelle aux différentes activités (repas, animations, ateliers thérapeutiques).....</li> <li>• Participation aux différentes activités uniquement à la sollicitation</li> <li>• Refus partiel de participation aux différentes activités</li> <li>• Refus de toute vie sociale .....</li> </ul>	0	0	0	0
		1	1	1	1
		2	2	2	2
		3	3	3	3
10. Troubles du comportement	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Comportement habituel.....</li> <li>• Troubles du comportement à la sollicitation itératifs</li> <li>• Troubles du comportement à la sollicitation permanents</li> <li>• Troubles du comportement permanents (en dehors de toute sollicitation).....</li> </ul>	0	0	0	0
		1	1	1	1
		2	2	2	2
		3	3	3	3
<b>Copyright</b>	<b><u>SCORE</u></b>				