

Le traitement de la douleur

1. La prise en charge des maladies de la « douleur chronique »

Moins tardif qu'on ne le croirait :

- années 1940 : John Bonica (anesthésiste de la côte Ouest), soins aux blessés de guerre → prise en charge des « douleurs qui durent »
- conscience qu'elles « concernent l'ensemble de la personne, son corps, ses attitudes, ses modes de vie » → multidisciplinarité
- création de la *Pain clinic* de l'Université de Washington (Seattle) – 1960-61.
- années 1970 : reconnaissance et multiplication des *Pain clinics*

Années 60 : « Gate control theory of pain » (Ronald Melzack)

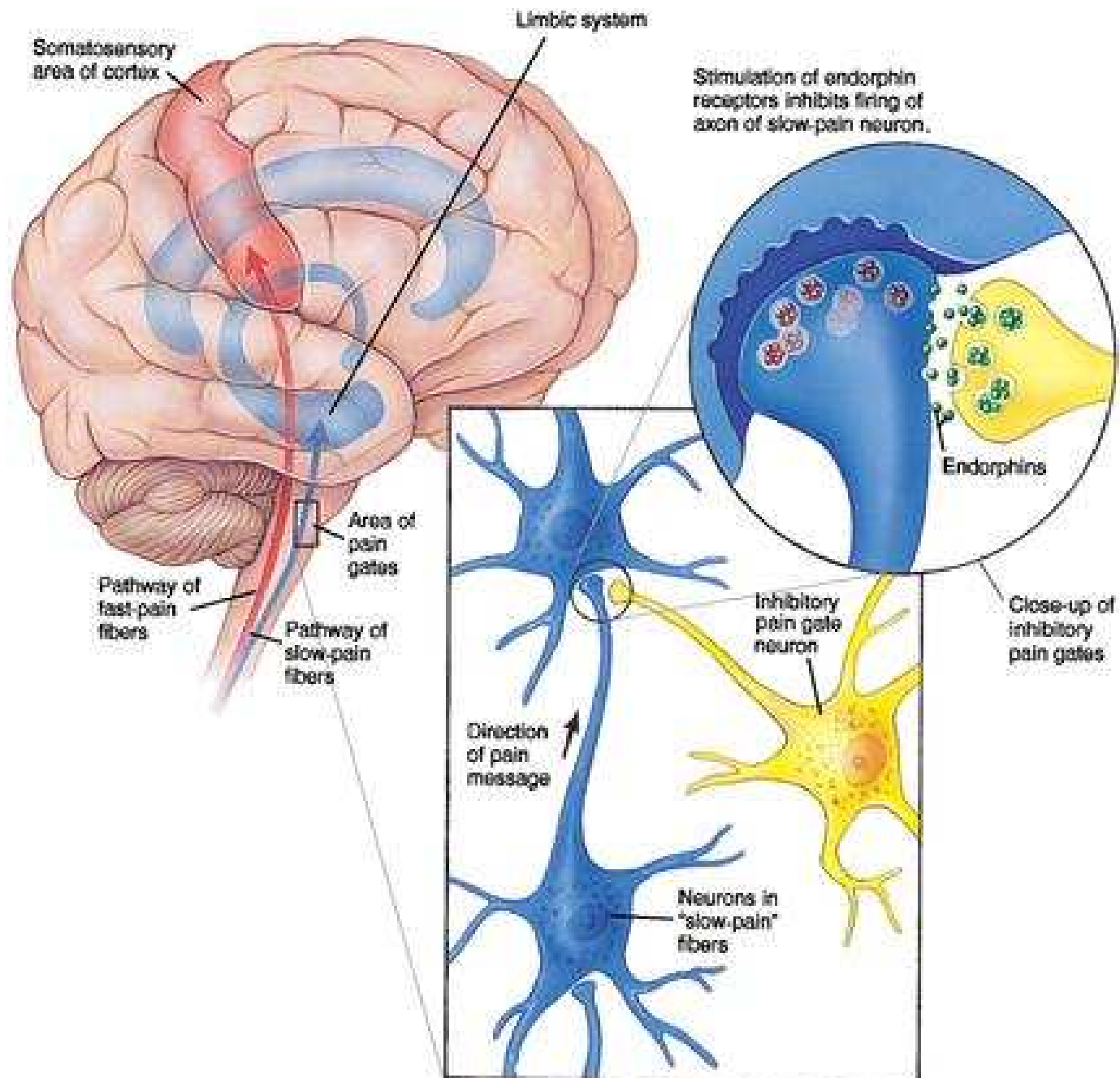
2. La théorie du « portillon de contrôle » (*Gate control theory of pain*, R. Melzack et al.)

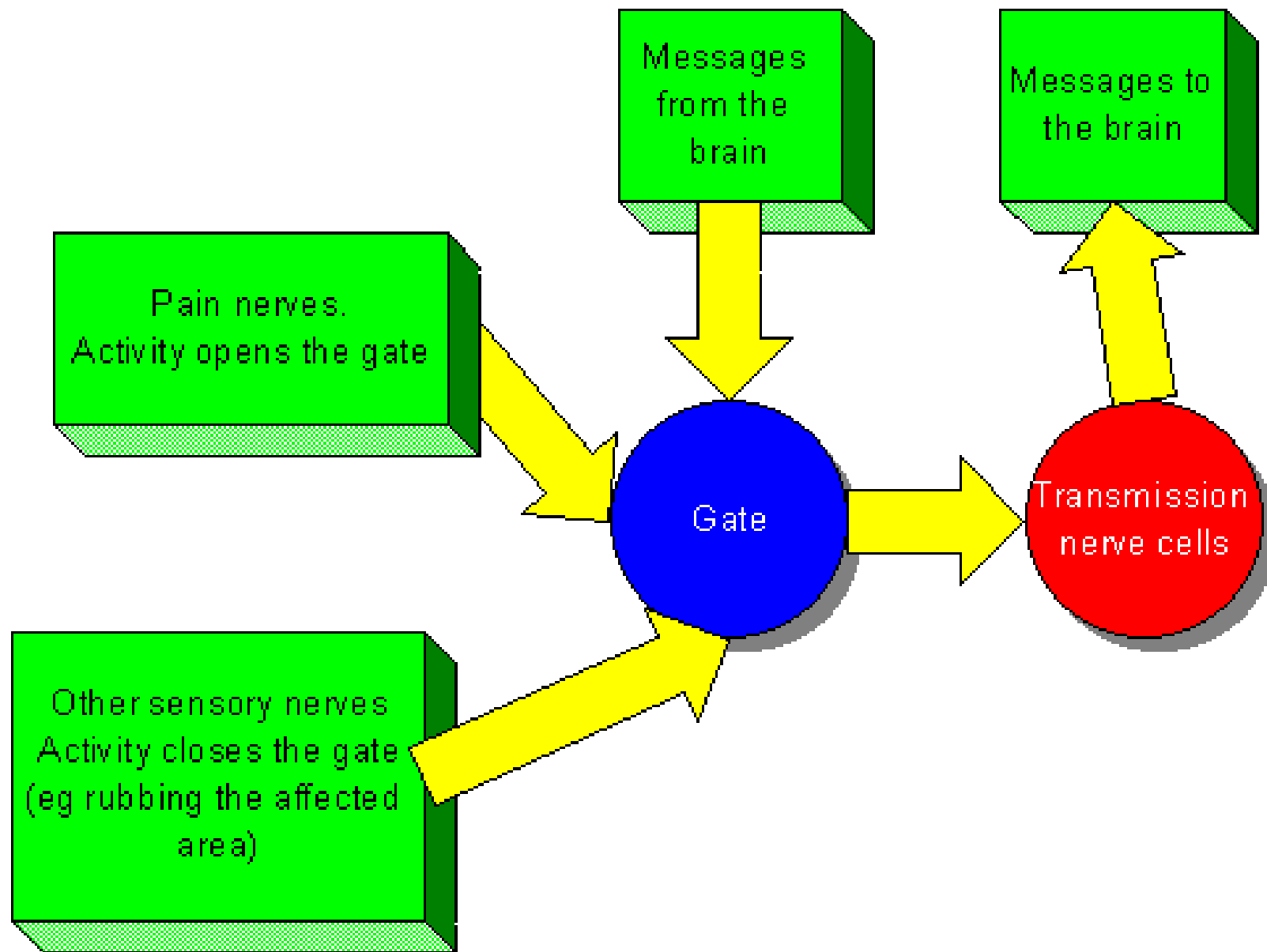
1965 :

- La perception de la douleur n'est pas linéaire : interaction entre neurones « nocicepteurs » (percepteurs de douleur) et neurones inhibiteurs
→ la douleur n'est ressentie qu'une fois passés certains seuils
- Les fibres nerveuses fines (douleur) contrecarrent les mécanismes inhibiteurs, les fibres nerveuses larges (chaleur, pression, etc.) les favorisent
- Les interactions mécanismes nocicepteurs >< mécanismes inhibiteurs s'exercent à deux niveaux :
 - douleur localisée → dépassement du seuil d'inhibition → transmission au cortex
 - « contrôle » central (cerveau limbique), qui peut rétroagir sur les interactions nocicepteurs / inhibiteurs → sur la perception des douleurs locales (importance des affects, de l'état psychique général, du domaine culturel,...)
 - cf. aussi les réflexions sur douleur et accouchement

1968 :

Plusieurs dimensions à la douleur : sensorielle-discriminative (localisation, intensité, rythme, durée,...), mais aussi affective et « cognitive-évaluative » (plus central)





3. évaluation de la douleur ?

Échelles d'évaluation unidimensionnelles

0: Pas de douleur
1: Douleur légère
2: Douleur inconfortable
3: Douleur forte
4: Douleur horrible
5: Douleur insupportable

0: Soulagement complet
1: Soulagement important
2: Soulagement modéré
3: Soulagement faible
4: Soulagement nul

0: Amélioration totale
1: Amélioration des 2 tiers de la douleur (plus de la moitié)
2: Amélioration de la moitié de la douleur
3: Amélioration du tiers de la douleur (moins de la moitié)
4: Pas d'amélioration

« thermomètres » de la douleur (*échelle visuelle analogique – EVA*) :

1.....100

1...2...3...4...5...6...7...8...9...10

Échelles d'évaluation multidimensionnelles

Questionnaire de McGill

(*McGill Pain Questionnaire – MPQ*)

Dr Ronald Melzack - 1975
McGill University, Montréal

Ce questionnaire a été conçu pour nous aider à en savoir plus sur votre douleur. Voici les quatre questions principales :

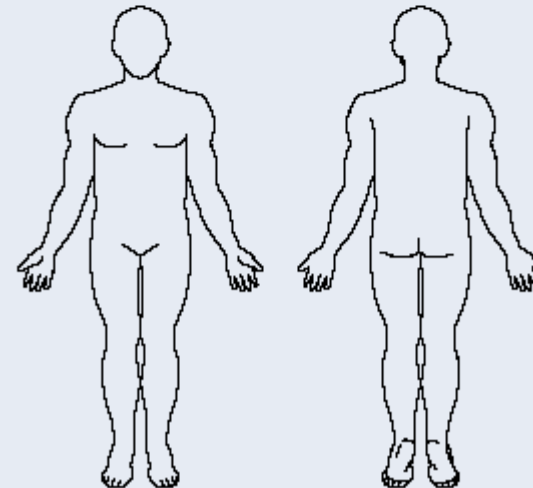
1. Où avez-vous mal ?
2. Quel type de douleur ressentez-vous ?
3. Comment la douleur évolue-t-elle au fil du temps ?
4. Quelle est son intensité ?

Il est important que vous nous disiez comment vous ressentez la douleur en ce moment. Veuillez suivre les instructions données au début de chaque partie.

Partie 1. Où avez-vous mal ?

Veuillez indiquer sur le dessin placé ci-dessous les zones où vous ressentez de la douleur.

Inscrivez la lettre « E » si la douleur est externe, ou « I » si elle est interne.



Partie 2. Quel type de douleur ressentez-vous ?

Certains des termes mentionnés ci-dessous décrivent votre douleur actuelle. Entourez UNIQUEMENT les termes qui la décrivent le mieux. Omettez toute catégorie qui ne s'applique pas à votre cas. Utilisez seulement un terme pour chaque catégorie – celui qui correspond le mieux à votre situation.

- | | | | |
|---|---|--|---|
| ① Qui tremblote
Qui tremble
Qui palpite
Qui élance
Qui bat
Qui martèle | ② Par secousse
Brusque
Fulgurante | ③ Qui pique
Qui perce
Qui perfore
Qui poignarde
Qui élance | ④ Vive
Aiguë
Déchirante |
| ⑤ Qui pince
Qui presse
Qui ronge
Qui donne des crampes
Qui écrase | ⑥ Qui tiraille
Qui tire
Qui tord | ⑦ Chaude
Brûlante
Bouillante
Qui marque au fer rouge | ⑧ Qui fourmille
Qui démange
Cuisante
Cinglante |
| ⑨ Sourde
Douloureuse
Drue
Pénible
Violente | ⑩ Sensible
Crispée
Qui écorche
Qui fend | ⑪ Fatigante
Épuisante | ⑫ Écoeurante
Étouffante |
| ⑬ Effarante
Effrayante
Terrifiante | ⑭ Exténuante
Éreintante
Cruelle
Torturante
Tuante | ⑮ Déprimante
Assommante | ⑯ Agaçante
Exaspérante
Horrible
Intense
Intolérable |
| ⑰ Qui s'étend
Qui irradie
Qui mord
Qui transperce | ⑱ Raide
Engourdie
Tendue
Qui serre
Qui arrache | ⑲ Fraîche
Froide
Glacée | ⑳ Énervante
Dégoûtante
Agonisante
Épouvantable
Atroce |

Composante
sensorielle /
discriminative

Composante
affective /
motivationnelle

Composante
cognitive /
évaluative

divers

Partie 3. Comment la douleur évolue-t-elle au fil du temps ?

1. Quel(s) terme(s) utiliseriez-vous pour décrire la durée de votre douleur ?

1. Continue/Régulière/Constante
2. Rythmique/Périodique/Intermittente
3. Brève/Passagère/Transitoire

2. Quelles sont les éléments qui soulagent la douleur que vous ressentez ?

3. Quelles sont les éléments qui augmentent la douleur que vous ressentez ?

Partie 4. Quelle est son intensité ?

Les gens s'accordent sur le fait que les cinq termes suivants décrivent l'intensité de la douleur de manière croissante :

1 Faible 2 Inconfortable 3 Forte 4 Grave 5 Insupportable

Pour répondre aux questions suivantes, inscrivez le chiffre correspondant au terme le plus approprié dans l'espace qui suit la question.

1. Quel est le terme qui décrit l'intensité de votre douleur ressentie en ce moment ? _____

2. Quel est le terme qui la décrit lorsqu'elle est à son maximum ? _____

3. Quel est le terme qui la décrit lorsqu'elle est à son minimum ? _____

4. Quel est le terme qui décrit la pire rage de dents que vous n'ayez jamais eue ? _____

5. Quel est le terme qui décrit le pire mal de tête que vous n'ayez jamais eu ? _____

6. Quel est le terme qui décrit le pire mal d'estomac que vous n'ayez jamais eu ? _____

3 facettes de la maladie

- **illness** : point de vue du malade
- **disease** : point de vue du médecin, de « la Faculté »
- **sickness** : point de vue social

(Georges Canguilhem, la « maladie du médecin » et la « maladie du malade », Arthur Kleinman, « illness » et « disease »)

→ négociation

Questions :

- gestion de l'infortune, au-delà de la maladie ?
- négociations tous azimuts, mais selon quel(s) paradigme(s) ?

4. Les « cliniques de la douleur »

Deux pôles :

travail clinique centré sur la douleur-symptôme / travail comportemental centré sur la personne.

techniques de diagnostic-guérison / modalités de gestion de sa douleur par la personne

Première option :

- guérir une douleur-lésion
- dichotomie « quelque chose / rien »
- « trancher par élimination » à partir d'indices à déchiffrer : ce que dit le malade + examens complémentaires
- Stratégie : savoir dans quel registre travailler :
 - douleur somatique → panoplie d'interventions techniques
 - douleur psychogène → traitement psychiatrique.
- consultation-déchiffrement organisée autour d'actes-tests (dont certains peuvent ne servir qu'à justifier le diagnostic final auprès de patients résistant à l'idée d'une douleur causée par une dépression).

Deuxième option :

- gérer la douleur et diminuer son intensité
- travailler sur la subjectivité de la personne, autour de la narration de l'expérience quotidienne de la douleur
- créer un réseau d'interconnexions entre lésions, sensations, sentiments, attitudes, pensées...
- interaction médecin-patient, à partir de situations, d'exemples que le médecin utilise pour convaincre du rôle des comportements de douleur et de la possibilité d'une gestion de la douleur
- Stratégie : entraîner le malade dans une dynamique de changement en créant des zones de « négociation-conviction ». Forme typique du marchandage au changement : « Si je vous enlevais 20 % de votre douleur, qu'est-ce que vous feriez en plus comme activité ? »
- travail « entre somatique et psychique » : recours à des dispositifs et gestes techniques (stimulation électrique des nerfs ou « bio-feedback », relaxation associée à la mesure électronique de la tension musculaire), mais avant tout reconstruire la personne à travers un apprentissage du « bien faire » : corriger les gestes, construire les pensées, guider les rapports avec les autres

Paradoxe :

Profondes divergences dans les pratiques et les références théoriques, mais recherche commune de légitimité

- histoire de la médecine : rôle ancien du médecin = soulager la douleur; mais quand la douleur devient indice d'une maladie guérissable, ces traitements symptomatiques sont dévalorisés
- hésitation à présenter la douleur comme cible thérapeutique en tant que telle
(ex: d'abord douleurs liées aux maladies cancéreuses)
- peur de l'assimilation avec les « médecines parallèles »
(ex: l'hypnose, redéfinie comme « relaxation profonde »)
- crainte de la stigmatisation : le « sale boulot »
- « revendication d'utilité », pour se faire reconnaître un place spécifique

Baszanger Isabelle, « Emergence d'un groupe professionnel et travail de légitimation. Le cas des médecins de la douleur », *Revue française de sociologie*, 1990, 31-2. pp. 257-282

Deux « cliniques de la douleur » (I. Baszanger)

	Centre 1 (cancérologie)	Centre 2 (Centre de soins palliatifs)
Nature du centre	Equipe de soins palliatifs au sein d'un hôpital + douleur chronique	Centre exclusivement dédié aux soins palliatifs + douleur chronique
Objectif	Compréhension de la cause du stimulus douloureux → éradiquer la douleur / la soigner autant que possible / la suspendre	analyse de la réponse au stimulus douloureux (comportement de la personne face à la douleur) → gérer la douleur / la moduler / la soulager
Définition de la douleur	Symptôme d'un problème organique ou psychologique	« syndrome douloureux chronique » = « un ensemble d'attitudes et de comportements qui viennent amplifier et maintenir la douleur »
Théorie de référence	1 ^{er} aspect de la « gate-control theory » = douleur localisée	2 ^{ème} aspect de la « gate-control theory » : contrôle central de la douleur
Outils	Les techniques biomédicales (principalement)	Action sur les processus physiques (médication, acupuncture, etc.) et cognitifs (approches plus comportementalistes)
Modèle de soins	Orienté vers la maladie	Orienté vers le patient / « soin total »

	Centre 1	Centre 2
Cibles Public visé	Organes Patients que les techniques biomédicales peuvent guérir ou soulager ?	Patients – personnes Patients pour lesquels les techniques biomédicales sont insuffisantes ou inadéquates ?
Composition de l'équipe	« multidisciplinarité hiérarchique » Un noyau dur de médecins « de soins palliatifs » + des médecins spécialistes satellites : « consultants » (internalisation d'une « sous-traitance » spécialisée pour ce que le « noyau dur » ne peut pas guérir)	« multidisciplinarité intégrée » Une équipe pluridisciplinaire avec un médecin coordinateur
Fonctions disciplinaires	Chacun reste spécialiste de son domaine	Chacun modifie sa pratique en intégrant les connaissances des autres membres de l'équipe sur la douleur, tous deviennent des « spécialistes de soins palliatifs »
Rôle des médecins	Analyser les causes d'un stimulus envoyant un signal de douleur / Poser un diagnostic / Utiliser et adapter une technique à un type de douleur	Analyser les réponses de la personne à la douleur / Expliquer la douleur, enseigner comment vivre avec
Rôle des psychiatres / psychologues	secondaire (dernier recours)	intégré

Le type de patients, hasard ou sélection ?

- Premier centre : « Vous vous intéressez à la douleur, vous faites une consultation et puis vous n'avez pas de moyens, pas de crédits, pas de lits. Très rapidement, vous en venez aux techniques comportementales, aux entretiens, aux théories à la mode... Mais quand on a les moyens, quand on a les techniques, quand on les possède bien, bah... à ce moment-là on fait ces techniques-là. Alors la question qu'on peut se poser c'est : est-ce que tous les malades qui sont plutôt à orientation psychologique, entretiens, enfin je ne sais pas comment les définir, vont (dans d'autres centres), ce n'est pas impossible, je n'en sais rien (...). On a très peu de malades de ce type-là, on en a bien sûr, mais il y en a très peu, ou bien ils nous échappent, ou bien on ne s'en rend pas compte mais on en a très peu ».
- Deuxième centre : « (Après avoir longuement expliqué sa position). Il faut voir aussi que, dans les modèles proposés, ce que je vous dis là, c'est nous, notre réflexion, bon, je crois, oui, qui est commune avec certains autres, mais il y en a d'autres qui vous donneront des avis complètement différents, qui considèrent que les consultations de la douleur c'est avant tout des centres techniques qui doivent concentrer un certain nombre de gestes techniques et que la douleur va être réglée par ce biais de l'arsenal thérapeutique (...). A l'autre versant, il y a ça. Alors je crois qu'il faut savoir décider des gestes, il faut les avoir présents à l'esprit, ce serait une erreur que des gens qui s'occupent de consultations de douleur ne sachent pas penser aux gestes techniques qui peuvent amener des soulagements. Cela dit, nous on en a un sur cent dont on pose l'indication. Très peu. Alors, est-ce qu'on a un recrutement..., on sélectionne sans doute ».

Baszanger Isabelle, « Emergence d'un groupe professionnel et travail de légitimation. Le cas des médecins de la douleur », *Revue française de sociologie*, 1990, 31-2. p. 277

	Centre 1	Centre 2
Place du non biomédical (acupuncture, relaxation...)	Deuxième ligne, pour ce que les techniques biomédicales ne parviennent pas à guérir	Intégré en première ligne, à part entière dans les soins.
	Dichotomie corps / esprit	Intégration corps / esprit
Rôle du patient	Passif	Acteur responsable de la gestion de sa douleur
Vision du patient	Par organes	Patient dans ses « mondes sociaux », approche globale
Lien stimulus / douleur	Lien fixe entre stimulus et douleur (si variable : renvoi vers les « consultants »)	Lien variable entre stimulus et réponse à douleur
Suivi et traitement	Courte durée	Longue durée
Place du centre dans le système de santé	Recours intégré	Dernier recours