

ANNÉE 2015

N° 010

THÈSE
pour le
DIPLÔME D'ÉTAT
DE DOCTEUR EN PHARMACIE

par

Anne-Lise LEPELTIER

Présentée et soutenue publiquement le 28/01/2015

Quand un patient se plaint, faut-il toujours augmenter les doses de morphiniques ?

PRÉSIDENT : Mr Jean-Michel Robert, professeur universitaire de chimie thérapeutique.

ASSESEUR : Mme Claire Sallenave-Namont, maitre de conférence de botanique

MEMBRES EXTERIEURS : Mme Sophie Calvez, pharmacien titulaire.

Mme Annie Rochedreux, Médecin de l'équipe mobile de soins palliatifs du CHU de Nantes

REMERCIEMENTS

Arrivée au terme de cette thèse, il m'est particulièrement agréable d'exprimer ma gratitude et mes remerciements à tous ceux qui, par leur enseignement, leur soutien et leurs conseils, m'ont aidée à sa réalisation.

*Toute ma reconnaissance va en premier lieu au **Docteur Annie ROCHEDREUX**, pour m'avoir si bien accueillie lors de mon stage de 5^{ème} année AHU, au sein de l'équipe mobile de soin palliatif. Je tiens à vous remercier pour m'avoir donné l'envie de me pencher sur un sujet aussi actuel, controversé et complexe qu'est la douleur. J'aimerais également souligner votre disponibilité incessante, vos conseils rigoureux, votre sens critique, votre écoute attentive et ininterrompue, vos précieuses corrections, votre patience ainsi que vos vastes connaissances et vos conseils avisés en matière d'antalgie et de fin de vie qui m'ont été d'une aide précieuse. Merci pour tout le temps que vous avez consacré aux multiples relectures, car sans votre aide ce travail n'aurait pas pu aboutir. Je vous adresse encore une fois toute ma gratitude.*

*Ma gratitude va également à **Monsieur le Professeur Jean-Michel ROBERT** qui m'a honorée de sa confiance en acceptant d'être le président de mon jury de thèse. Merci également d'avoir accepté d'examiner ce travail. Je vous adresse toute ma reconnaissance.*

*Mes remerciements sont également adressés à **Madame la professeur Claire SALLENAVE-NAMONT**, ma directrice de thèse, qui a si gentiment accepté de co-diriger cette thèse. Je tiens à vous remercier pour avoir cru en ce sujet qui me tenait tant à cœur. Sans votre aide cette thèse n'aurait pas vu le jour. Merci également d'avoir accepté d'examiner ce travail. Je vous adresse toute ma gratitude.*

*Une pensée particulière pour **Madame le pharmacien Sophie CALVEZ**, membre de mon jury, qui a su me transmettre sa passion pour la pharmacie d'officine mais également sa rigueur et ses connaissances. Pour m'avoir fait confiance et soutenu tout au long de ces années d'études et encore maintenant. Merci également d'avoir accepté d'examiner ce travail. Puissent ces lignes être l'expression de ma plus profonde reconnaissance.*

*Un énorme merci à tous mes amis, **Chloé, Marion, Anthony, Alice, Emilie, Clémence, Agathe, Aurèle, Mailis, Lucie, Clément, Mathieu** sans qui ces années d'études n'auraient pas été si légendaires! Votre amitié et votre soutien sans faille m'ont guidé et fait grandir tout au long de ces*

années. Puisse notre amitié et notre complicité perdurer encore un long moment.

A Amandine, ma mandine, pour qui j'ai tant d'affection et d'admiration. Tu as toujours été là pour moi, ton amitié est un pilier pour moi. Merci d'être là...

A Perrine, ma pépé, ma filleule, ma fidèle amie, ma voisine de concours de première année, celle avec qui j'ai partagé de nombreux moments plus drôles les uns que les autres ! Tu es mon rayon de soleil ! Merci pour tout !

A Sophie, ma dentiste préférée, ma turtle, ma sophia, pour qui j'ai tant d'affection, avec qui j'ai passé des vacances juste mémorables ! Tu as su me guider, trouver les mots, me faire rire, me faire grandir. Notre rencontre a conduit à une amitié sans faille, elle est source de rigolade, de partage et surtout d'une grande complicité. Merci pour tout...

Enfin, au terme de ces remerciements, je souhaiterai rendre hommage aux membres de ma famille, et en particulier à **maman**, à mon **papa** et à ma **sœur Stéphanie** pour leur soutien incommensurable tout au long de mes études et pour tout ce qu'ils m'apportent au quotidien. Je vous remercie de m'avoir supporté pendant toutes ces périodes de révisions si intenses, mais également pour la patience et l'amour que vous me portez tous les jours. Merci pour tous les sacrifices auxquels vous avez consenti pour me permettre de suivre ma voie...

Maman, Stéphanie, merci pour toutes vos relectures et vos conseils avisés, sans qui cette thèse n'aurait pas été aussi joliment écrite. Je tiens également à rendre hommage à **toute ma famille**, à **mon papy**, à **ma mamie**, à **mes oncles et tantes**, à **mes cousins et cousines**, qui ont toujours cru en moi et qui m'ont toujours soutenu dans les épreuves de la vie.

SOMMAIRE

<u>INTRODUCTION</u>	4
I- RAPPELS ET DEFINITIONS	6
I-1 Rappels historique	6
I-2 Définitions de la douleur	8
A) <u>De la théorisation à la pratique</u>	8
B) <u>Bases neurophysiologiques</u>	10
B-1) Au niveau du système périphérique.....	11
B-2) Au niveau du système central.....	15
C) <u>Bases psychologiques</u>	18
I-3 Différents types de douleurs	22
A- <u>Mécanismes générateurs</u>	23
B) <u>Profils évolutifs</u>	25
C- <u>Evaluation de la douleur</u>	28
I-4 La plainte douloureuse	32
I-5 Cadre Réglementaire	37
II- MULTIDIMENSIONS DE LA DOULEUR ET COMPLEXITE DE SA PRISE EN CHARGE	41
II-1 Dimensions socio-culturelles	41
A) <u>Rôle de la société, de la culture et de la famille</u>	41
B) <u>Rôle des attentes et des représentations</u>	45
C) <u>Rôle du système de soin</u>	47
II-2 Dimensions psychologiques	50
A) <u>Rôle des facteurs de vulnérabilité et notions de catastrophisme</u>	50
B) <u>Rôle de la mémoire de la douleur</u>	54
II-3 Dimensions physiopathologiques	57
A) <u>Rôle des interactions médicamenteuses</u>	57
B) <u>Rôle des mutations génétiques</u>	62
II-4) Rôle du défaut d'observance des traitements antalgiques médicamenteux	67

III- APPROCHES THERAPEUTIQUES DE LA PLAINTE DOULOUREUSES.....	72
III-1 Accueil de la plainte douloureuse.....	72
III-2 Place du pharmacien d'officine et sa relation interprofessionnelle.....	75
III- 3 Les ressources du pharmacien.....	79
III-4 Place du pharmacien d'officine dans l'éducation thérapeutique.....	84
<u>CONCLUSION</u>.....	88
<u>BIBLIOGRAPHIE</u>.....	90
<u>ANNEXES</u>.....	96

TABLE DES FIGURES.

FIGURE 1 : Voies nociceptive au niveau de la moelle épinière

FIGURE 2 : Soupe inflammatoire

FIGURE 3 : Médiateurs chimiques de la transduction nociceptive

FIGURE 4 : Douleur voie ascendante organigramme

FIGURE 5 : Aspects physiologiques et contrôle de la douleur

FIGURE 6 : Les quatre composantes du modèle circulaire de la douleur

FIGURE 7 : Comparaison douleur aiguë /chronique

FIGURE 8 : Bilan comparaison douleur aiguë et chronique

FIGURE 9 : Exemple d'une échelle verbale simple (EVS)

FIGURE 10 : Exemple d'une échelle numérique

FIGURE 11 : Exemple d'une échelle visuelle analogique

FIGURE 12 : Deux réponses face à la douleur: affrontement ou évitement

FIGURE 13 : Localisation subcellulaire de la P-gp au niveau des entérocytes

FIGURE 14 : Phases d'élimination du médicament

FIGURE 15 : Principaux cytochromes, principes actifs à marge thérapeutique étroite et métabolisés par ces CYP, inhibiteurs et inducteurs.

FIGURE 16 : Action d'un médicament inhibiteur de l'UGT2B7 sur l'activité de la Morphine

FIGURE 17 : Métabolisation de la codéine

FIGURE 18 : Modification de l'activité de la COMT en fonction du génotype

FIGURE 19 : Relation interprofessionnelle pharmacien-médecin

« Jamais ne vécut philosophe qui puisse en patience endurer le mal de dents. »

W. Shakespeare

INTRODUCTION

« S'il est un domaine où la science et l'humanisme doivent se rejoindre, c'est bien celui du traitement de la douleur », disait Philippe DOUSTE-BLAZY, ministre délégué de la santé. Il souligne qu'aujourd'hui la médecine moderne doit être autant humaniste que scientifique. Malheureusement, en ce début de XXI^e siècle, dans le monde entier, l'efficacité de la prise en charge douloureuse reste très inférieure à ce qu'elle devrait être. [1] L'ensemble des professions médicales, des médecins aux paramédicaux, doivent améliorer, chacun à leur échelle, cette prise en charge, afin de permettre à chaque malade de bénéficier des moyens modernes de l'antalgie, qu'il souffre d'une douleur aiguë ou chronique, bénigne ou cancéreuse.

Lorsqu'un étudiant en stage pose cette question : « quand un patient se plaint, faut-il toujours augmenter les doses de morphiniques ? ». Quiconque aurait rapidement tendance à répondre positivement. Cependant, si on creuse un peu plus cette question, simple d'apparence, deux problématiques se révèlent.

- Tout d'abord le problème de la plainte. Qu'est-ce que la plainte douloureuse ? Pourquoi le patient l'émet-il ? Quelles sont les utilités et les limites de cette plainte ?
- Au-delà de cette plainte, se posent des perspectives plus complexes : Pourquoi l'antalgie est insuffisante malgré des doses croissantes de morphiniques ? La question qui en découle c'est la recherche de la cause de l'inefficacité : pourquoi existe-il des patients douloureux malgré des doses satisfaisantes de morphiniques ?

L'antalgie inefficace est-ce : Un problème de molécule ? De forme galénique ? Une forme d'observance ? De conséquence d'une psychologique ? De mutation génétique ? D'évaluation sous-estimée de la douleur ? Une évolution méconnue de la maladie ? Etc.... Autant d'interrogations, que de facteurs modulant la douleur initiale, à prendre en compte.

Dans le cadre de cette thèse, il n'y aura pas de distinction entre les facteurs modulant les douleurs aiguës et chroniques, même si, bien évidemment, la prise en charge qui en découle en est différente.

Aujourd'hui, en tant que pharmacien, acteur actif dans le système soin, comment participer à l'amélioration de cette prise en charge ? Quel est le rôle vis à vis des patients, mais aussi vis à vis des autres professionnels de santé ? Qu'apporter de nouveaux , dans les années à venir, pour permettre un suivi interdisciplinaire et coopératif, conduisant à une prise en charge globale, individuelle et de qualité accordée à chaque patient.

I- RAPPELS ET DEFINITIONS

« Le statut complexe des plaintes dans l'approche clinique fait de l'exercice de la médecine une activité tendue entre deux pôles, l'expertise et la sollicitude, qui peuvent conduire à des traitements opposés des expressions de souffrance. »

N. Dodier,

L'expertise médicale. Essai de sociologie sur l'exercice du jugement

I-1 Rappel historique : évolution de la prise en charge de la douleur d'hier à aujourd'hui

L'histoire de la douleur s'inscrit dans les grands courants de pensées rationalistes ou mystiques qui ont divisé notre civilisation occidentale au cours des siècles.

Tout au long de l'histoire de l'humanité chaque société a cherché ses solutions pour soulager ou améliorer le sort des souffrants. [2]

« Mais l'histoire de la prise en charge de la douleur n'est pas celle d'un progrès continu, elle est marquée par des ruptures, des avancées, des dénis, liés aux différentes représentations culturelles, philosophiques et religieuses », comme l'a si bien dit Yves Lazorthes.

Soulager les souffrances physiques et morales a toujours été la mission fondamentale de la médecine. Néanmoins, face à la douleur et depuis l'Antiquité, la médecine s'est longtemps partagée entre deux pensées contraires : la combattre ou se résigner. Comment expliquer cette opposition? Ce débat reste encore d'actualité. [2] [3]

Différentes significations ont été données à la douleur, allant d'une épreuve nécessaire, d'une fatalité, d'un châtiment de dieu à une expérience insupportable face à laquelle il faut lutter avec tous les moyens disponibles . Que dit l'histoire de la Médecine en Europe ? Ci-dessous quelques grandes étapes.[3]

A l'origine, les hommes, incapables d'expliquer les mécanismes physiologiques des différentes fonctions humaines cherchaient leurs explications sans les interventions divines, magiques ou mythologiques. Prêtres et médecins sont confondus.

Dans l'antiquité gréco-romaine, douleurs physiques et morales ne font qu'une et sont considérées aussi bien par les grecs que par les romains comme le châtement d'un dieu qu'il faudra implorer pour obtenir guérison.

Par la suite, les « prêtres-médecins », feront place aux « philosophes-médecins ». Deux grandes théories domineront : celle des écoles socratiques et hippocratiques pour la Grèce et celle de Celse et Galien pour Rome. [4]

Dans le monde judaïque, la valeur rédemptrice de la Douleur est inscrit dans l'Ancien Testament, mais pour Hippocrate (430-380 av. JC), grec, la maladie est un phénomène naturel et non pas une punition divine. Néanmoins, par défaut de connaissances, beaucoup continueront à croire que le soulagement de la douleur n'est que chose divine. [4]

Pour Galien, romain, (131-201 ap. JC), la Douleur, aux côtés des autres symptômes, était chargée d'indiquer l'organe qui était malade, il n'accordait donc à la douleur qu'une finalité utile.

Au Ier siècle après JC, dans le monde grec, deux grandes philosophies s'opposaient: celles des Stoïciens et des Épicuriens.

Pour les Stoïciens comme Sénèque, « la souffrance en elle même n'est pas souhaitable, par contre, est un bien souhaitable la vertu qui donne le courage de la supporter. » [5]

A l'opposé, les Épicuriens prônent le fait que la douleur peut être supportée, car selon eux, une douleur extrême ne dure pas ou alors elle peut être équilibrée par la représentation d'un plaisir passé ou futur. Ils proposent donc une stratégie d'évitement du mal, auquel tout vivant est exposé, par les seules ressources de l'esprit. Il y a là une façon de dire que dans l'adversité il n'y a de remède qu'en soi-même. Cependant, aucune de ces deux philosophies antiques rivales n'a en fait accordé la moindre utilité à la douleur. [3] [4] [5]

Après la Renaissance, dans l'occident chrétien, la douleur devient un symptôme, mais on la soulage peu. Peu d'évolution significative jusqu'à la découverte de l'anesthésie et de la morphine au XIXe siècle. Isolée en 1803, la morphine est utilisée comme antalgique notamment sur les champs de bataille.

En 1877, le Dr Levinstein et le pharmacologue L.Lewin décrivent pour la première fois la toxicomanie, stigmatisant la morphine dans cette image péjorative. Pour le grand public comme pour beaucoup de médecins, la morphine est un « poison » et son usage reste très limité. L'anesthésie se développe à partir de 1847 avec l'utilisation de l'éther, du protoxyde d'azote, puis du chloroforme. La chirurgie sans douleur était jusqu'alors inconcevable. [4] [5]

En 1960, la douleur est considérée le plus souvent comme une réaction utile de l'organisme, ayant une fonction d'alerte pour le sujet. Elle doit donc être respectée.

En 1965, R. Melzack et P. Wall énoncent la théorie du « gate control » ou encore appelée théorie du portillon. Le stimulus douloureux est modulé par différents systèmes et neuromédiateurs au cours de son intégration par les système nerveux. « Le cerveau n'est pas le récepteur passif des informations somatiques qui lui parviennent mais un centre d'interprétation et de correction.

La sensation douloureuse ne dépend pas d'un schéma linéaire » : un stimulus douloureux important ne donne pas toujours une douleur importante et inversement. [5] Les progrès de la médecine incitent à la recherche du « zéro douleur », [6] comme lors de l'accouchement. A partir des années 1980, la douleur chez le nourrisson est reconnue et traitée. Dans de nombreux hôpitaux, des protocoles antalgiques sont mis en place avant le diagnostic étiologique de la douleur permettant de commencer à soulager le patient au plus tôt. Ces dernières années, les thérapeutiques ont beaucoup évolué : amélioration des galéniques des médicaments, découverte d'effets antalgiques pour certains psychotropes, mise en place de techniques kinésithérapies variées à visée antalgique. [5] [7]

Hier, la douleur était une fatalité acceptée ou sublimée : aujourd'hui la douleur est devenue un problème de santé publique en France, y compris en santé mentale. Sa prise en charge est un droit pour le patient et un devoir pour le praticien. A côté d'une approche médicale essentiellement curative, doit s'associer une démarche complémentaire palliative ayant pour objectif de soulager toutes les souffrances physiques et morales. « L'étude de la douleur conduit à une médecine plus humaine en tous ces gestes » (R. Leriche, 1940). [5] [7]

I-2 Définitions de la douleur

A) De la théorisation à la pratique

« Pour tout ce qui est de la douleur, nous ne pouvons avoir recours qu'à l'homme et, dans ce domaine, l'observation nous conduit à penser que nos schémas neurologiques ne suffisent pas à nous donner le tout de ce qui se passe chez quelqu'un qui souffre. »

René Leriche.

En dépit des progrès impressionnants réalisés ces dernières années dans les domaines de la neurophysiologie, de la neurobiochimie et de la neuro-pharmacologie, la grande diversité des expériences douloureuses explique la difficulté voire l'impossibilité de trouver une définition unique qui soit définitive. Celle-ci ne sera satisfaisante et ne pourra faire l'unanimité des cliniciens et des chercheurs que lorsque les syndromes douloureux cliniques auront été parfaitement compris. [5][8]

Quelles sont donc les définitions de la douleur données aujourd'hui dans la culture francophone ? Le Petit Larousse 2014 ainsi que son confrère, le Robert 2014, donnent deux définitions de la douleur. La première associée à la douleur physique, est celle d'une « Sensation pénible, désagréable ressentie dans une partie du corps » alors que la seconde, associée à la douleur morale, est décrite comme un « sentiment pénible, une affliction, une souffrance morale »

Il est essentiel d'avoir une définition qui puisse prendre en compte les douleurs générées par des facteurs périphériques, centraux ou psychologiques ; les douleurs aiguës ou chroniques ; les douleurs par excès de nociception et les douleurs survenant après lésion du système nerveux ; les douleurs entraînées par des stimuli non nociceptifs et les douleurs survenant à distance de la lésion causale alors même que celle-ci est guérie. [5][8]

Plusieurs définitions ont été proposées :

- *« La douleur est une expérience sensorielle provoquée par des stimuli qui lèsent les tissus ou menacent de les détruire, expérience définie introspectivement par chacun comme ce qui fait mal .»* Mountcastle 1980.

- « *La douleur est une sensation personnelle et intime de mal, un stimulus nociceptif qui signale une lésion tissulaire actuelle ou imminente, un schéma de réactions destiné à préserver l'organisme du mal.* » Sternbach 1968.

Ces approches dans la définition ne prennent en compte que les douleurs organiques secondaires à une lésion tissulaire. Or, par exemple, il existe une douleur possible intolérable causée par le simple frottement d'un morceau de coton sur la peau. Il s'agit de l'allodynie, autrement dit une douleur déclenchée par un stimulus qui est normalement indolore et en l'absence tissulaire visible. Ces stimulations habituellement perçues comme non nociceptives vont entraîner une sensation douloureuse. [8]

Ainsi associer « douleur et lésion » ou « douleur et stimulus » ne permet pas d'expliquer l'ensemble des manifestations douloureuses.[5][8]

Une autre définition a été adoptée par le comité de taxonomie de l'Association Internationale de l'Etude de la Douleur (IASP) a été proposée par Merskey en 1979 :

« La douleur est une expérience sensorielle et émotionnelle désagréable liée à une lésion tissulaire existante ou potentielle ou simplement décrite en ces termes. »

Merskey, 1979.

Cette définition médicale de la douleur, a été retenue et partout citée, elle laisse la porte ouverte à l'ensemble des fonctions et des facultés susceptibles d'influencer directement ou indirectement la douleur, ensemble que résume par exemple, chez certains le concept de communication : [8]

« En d'autres termes, est douleur tout ce qui est décrit comme tel. Cette définition prend acte de ce que la douleur n'existe que parce qu'elle est ressentie. Elle ne se voit pas, ne se palpe pas, elle n'est pas directement mesurable. Il n'y a pas d'accès direct à la douleur d'autrui. Toute approche de la douleur de l'autre passe par la communication. »

Gauvin-Piquard et Meigner, La douleur de l'enfant, p115.

La définition de Merskey présente deux avantages : la douleur est considérée comme un événement neuro-physio-psychologique central avec une dimension sensorielle et émotionnelle donc le caractère désagréable ne peut être apprécié que par le malade lui-même. La plainte douloureuse résultant des troubles psychologiques est légitimée, car cette définition met en avant la possibilité que les mécanismes générateurs algogènes puissent être d'origine physique comme d'origine psychologique. [8]

B) Bases neurophysiologiques

« Il faut (...) avoir des hypothèses, sinon des certitudes, sur l'ancrage somatique de la vie psychique, pour comprendre comment celle-ci peut, tout au long de l'existence, interférer sur la vie du corps. »

M.C. Célérier, Psychothérapie des troubles somatiques.

De nombreuses études anatomiques, électrophysiologiques, et plus récemment, d'imagerie cérébrale fonctionnelle, ont confirmé qu'une stimulation nociceptive n'active pas un « centre de la douleur », mais de nombreuses structures cérébrales (Casey, 1999, Treede et al, 1999, Laurent et al, 2000, Villanueva et Nathan, 2000). Ces multiples voies d'organisation complexes interconnectent différents centres du système nerveux central. Ces systèmes facilitateurs et inhibiteurs cohabitent, interagissent et réalisent une modulation permanente et adaptable.

Bien que cette multiplicité reflète certainement la complexité inhérente à l'expérience douloureuse, le rôle précis de chacune de ces structures à la genèse de la sensation douloureuse est encore mal comprise.

Le texte suivant est un résumé tiré de plusieurs ouvrages et articles. [9][10][11][12]

Cette transmission douloureuse implique des mécanismes électrophysiologiques et neurochimiques, où 3 étapes vont se succéder avec à chaque niveau une modulation par des influences inhibitrices ou excitatrices :

- l'élaboration de l'influx au niveau du nocicepteur et sa transmission dans la fibre nerveuse périphérique
- le relais et la modulation au niveau de la corne dorsale de la moelle épinière (transmission de l'influx, blocage ou amplification, convergence des différents influx)

- l'intégration au niveau du cerveau qui le transforme en message conscient: sensation douloureuse avec une composante sensori-discriminative (intensité, localisation, durée du stimuli nociceptif), et une composante émotionnelle et affective désagréable.

Le message nociceptif part de la périphérie au niveau de nocicepteurs, chemine le long des fibres nerveuses de petits calibres, puis pénètre à l'étage médullaire. Ensuite il va monter le long de la moelle épinière et informer le tronc cérébral, l'hypothalamus et le thalamus, le système limbique et le cortex cérébral. Ceci va permettre une analyse de ce message pour en reconnaître ses composantes et pouvoir y répondre autant au niveau comportemental que physiologique.

B-1) AU NIVEAU DU SYSTEME PÉRIPHERIQUE

a) Les nocicepteurs

Il est généralement admis qu'il n'existe pas de structure spécifique histologiquement individualisée, pour capter la douleur. Les messages nociceptifs sont générés au niveau des terminaisons libres des fibres nerveuses appelées « nocicepteurs », constituant des arborisations plexiformes dans les tissus cutanés, musculaires, articulaires ainsi que dans les parois des viscères (Fig 1). Les messages nociceptifs sont ensuite véhiculés dans les nerfs par différentes fibres, classées en fibres myélinisées et non myélinisées.

Le message nociceptif prend naissance grâce à la modification de la perméabilité des membranes qui engendre la transformation d'une énergie (mécanique, thermique, chimique) en énergie électrique sous forme de potentiel de récepteur qui se propage secondairement.

La répartition des nocicepteurs est homogène au niveau de la peau, ce qui permet une bonne localisation de la douleur, malgré le chevauchement de leur champ de perception.

Par contre, la répartition dans les autres tissus est moins bien organisée, ce qui explique les difficultés de localisations de douleurs d'origines plus profondes. Les viscères sont, en général sensibles, à la traction, à la distension et au spasme et insensibles à la pression, à la coupure et à la brûlure.

Les nocicepteurs cutanés ont été les mieux décrits chez l'homme, on en distingue 2 types :

- **Les Nocicepteurs unimodaux** qui sont des mécanorecepteurs (activés que par la pression, l'étirement).
- **Les Nocicepteurs polymodaux**, les plus nombreux qui répondent non seulement aux modalités précédentes de stimulation physique mécanique mais également à des stimulations de nature thermique ($> 42^{\circ}\text{C}$) ou chimique (substances algogènes).

Des travaux récents ont par ailleurs, mis en évidence l'existence d'un certain nombre de nocicepteurs polymodaux, dits « silencieux », dans la peau, les viscères et les articulations qui ne sont activés que lorsque le système est sensibilisé par un état pathologique, notamment lors des processus inflammatoires. Chaque récepteur donne ensuite naissance à une fibre nerveuse se dirigeant vers les centres nerveux. (Figure 1)

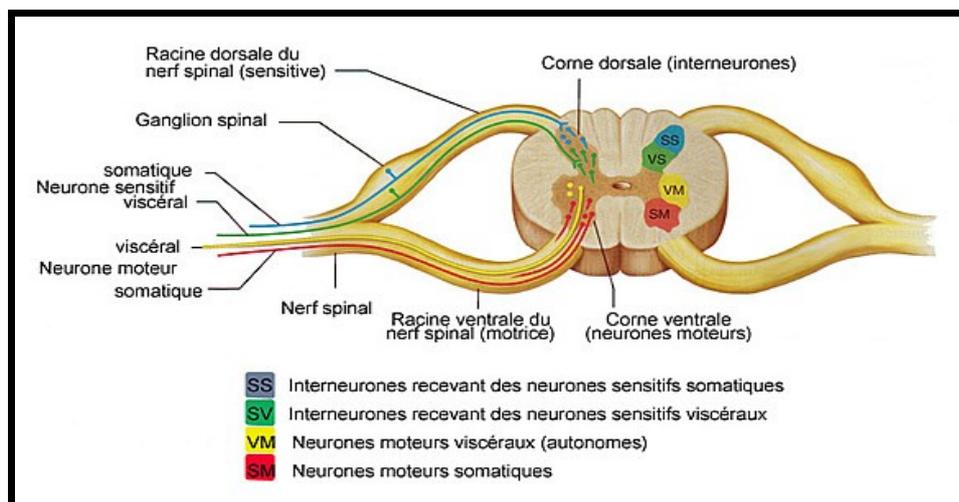


Figure 1 : Voie nociceptive au niveau de la moelle épinière

(http://www.corpshumain.ca/Moelle_epi.php)

b) Stimuli nociceptifs et médiateurs périphériques

Dans les douleurs pathologiques, la durée des douleurs ainsi que l'hyperalgésie associée laisse supposer l'intervention de substances susceptibles d'activer de façon prolongée les nocicepteurs. Diverses substances semblent capables d'exciter les nocicepteurs (substances algogènes) ou de sensibiliser leur terminaison.

Le système nociceptif peut-être activé par une grande variété de formes d'énergie (mécanique, thermique, chimique...) parfois de forte intensité, capable de provoquer une réelle lésion tissulaire.

On retrouve également les ions potassium, hydrogène et l'oxyde nitrique, ainsi que l'histamine et la sérotonine. L'histamine est prurigineuse puis douloureuse. Elle est issue de la dégranulation des mastocytes.

Les prostaglandines et probablement les leucotriènes, jouent plutôt un rôle de sensibilisateurs des nocicepteurs à l'action d'autres substances (abaissement du seuil d'activation). Ceci explique l'hyperalgie dans les phénomènes inflammatoires et l'action antalgique des anti-inflammatoires non stéroïdiens.

Médiateur	origine	douleur	action
K+	Cellules lésées	++	excitation
5HT	plaquettes	++	excitation
Bradykinine	Kininogène plasmatique	+++	excitation
Histamine	mastocytes	+	sensibilisation
Prostaglandines	Ac . Arachidonique cellule lésée (cyclooxygénase)	+ -	sensibilisation
Leucotriènes	Ac . Arachidonique cellule lésée (lipoxygénase)	+ -	sensibilisation
Substance P	Afférences primaires	+ -	sensibilisation

Figure 3 Médiateurs chimiques de la transduction nociceptive
(*Nociception, douleur et analgésie ; Dr François Boureau*)

Par ailleurs, des neuropeptides tels que la substance P et le peptide lié au gène de la calcitonine ou CGRP peuvent être libérés à partir des terminaisons des fibres afférentes par un mécanisme dit de réflexe d'axone.

Ce processus est initié par l'influx nociceptif qui envahit antidromiquement les autres branches terminales de certains des neurones non myélinisés. Il provoque la libération de substance P contenue dans la fibre sensitive du nerf. Celle-ci libérée réexcite les nocicepteurs directement ou indirectement par l'intermédiaire de l'histamine des mastocytes et a une action vasodilatatrice à l'origine de l'inflammation algogène.

Ce mécanisme expliquerait la persistance de la douleur après une lésion et l'hyperalgésie secondaire c'est-à-dire une hyperalgésie périlésionnelle qui peut perdurer après l'arrêt des décharges nociceptives périphériques, expliquant alors les phénomènes de mémorisation douloureuse.

Il existe d'autres neuropeptides en cause dans ces phénomènes et la neurokine A et probablement d'autres dont les actions ne sont pas encore élucidées comme la somatostatine, le peptide intestinal vaso-actif du cordon postérieur (VIP). Plus récemment, l'adénosine s'est révélée être un neuromédiateur important. Elle active directement les terminaisons libres non myélinisées. Elle a aussi une action indirecte en modulant la libération des médiateurs par les mastocytes (histamine, cytokines), cellules granuleuses présentes essentiellement dans les tissus conjonctifs.

Ainsi il apparaît que de nombreuses substances chimiques très diverses, surnommée « soupe inflammatoire » interagissant entre elles, puissent moduler l'activité des récepteurs nociceptifs rendant **les approches pharmacologiques complexes**.

B-2) AU NIVEAU DU SYSTEME CENTRAL

Le message nerveux après avoir passé la moelle épinière est transmis aux centres supérieurs par les voies ascendantes médullaires. (FIGURE 4)

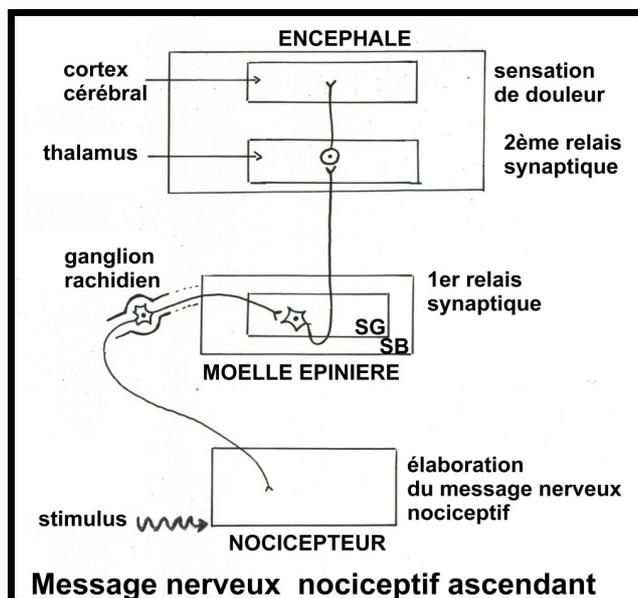


Figure 4 : douleur voie ascendante organigramme
[Http://imagesbiogeolfxm.free.fr/sn/original/douleur.](http://imagesbiogeolfxm.free.fr/sn/original/douleur)

On distingue 2 voies principales :

- La voie de la **composante sensorielle, discriminative** de la douleur (emplacement, intensité, nature de la douleur). C'est la **voie spino-thalamique**.
- La voie de la **composante émotionnelle, affective** (caractère désagréable, déclenche la fuite, la défense). C'est la **voie spino-réticulaire**.

Tout au long de son trajet nerveux, le message nociceptif fait l'objet de modulations soit facilitatrices, soit inhibitrices. (Figure 5)

Les mécanismes les plus connus regroupant les modulations inhibitrices sont au nombre de trois :

- le contrôle médullaire : **théorie du « gate control »**
- le contrôle inhibiteur descendant induit par la nociception
- le contrôle exercé par les centres supérieurs du système nerveux

Le contrôle médullaire tout comme le contrôle inhibiteur descendant modulent principalement l'intensité douloureuse donc par suite sa **composante sensorielle-discriminative**, tandis que le contrôle exercé par **les centres supérieurs** (régions étroitement liées à la mémoire et aux émotions) module surtout l'aspect désagréable de la douleur donc sa **composante motivo-affective**.

Dans le cadre de cette thèse, nous évoquerons un peu plus en détail la théorie du gate contrôle et le contrôle inhibiteur descendant car non seulement leur découverte a permis la mise en place de nouvelles techniques et traitements antalgiques mais aussi car elles sont les plus documentées.

La théorie du gate contrôle ou théorie du portillon décrit par MELZACK et WALL (Science 1965) met en évidence deux choses :

- les fibres A β et A α inhibent les interneurons convergents = « ferme la porte »
- les fibres C activent les interneurons convergents = « ouvre la porte »

Pour illustrer cette théorie il suffit de prendre l'exemple d'un coup que l'on reçoit (activation fibre C nociceptive). On a le réflexe de frotter la zone douloureuse (activation des fibres A β mécanorécepteur).

L'effet de balance entre influence excitatrice et inhibitrice évite la transmission du message douloureux.

L'inhibition se fait par l'intermédiaire des interneurons de la substance gélatineuse et persiste tant que le message est faible. Cette propriété est utilisée en thérapeutique avec la neurostimulation transcutanée, la cryothérapie et l'acupuncture, qui vont avec des faibles stimulations, activer les grosses fibres : c'est la contre-stimulation. Cette contre-stimulation a aussi une origine supra segmentaire par stimulation des contrôles inhibiteurs descendants.

La rupture de cet équilibre peut être obtenue soit par l'hyperactivation des fibres sensibles de petits calibres (douleur par excès de nociception) soit par défaut d'inhibition périphérique ou central (douleur neuropathique).

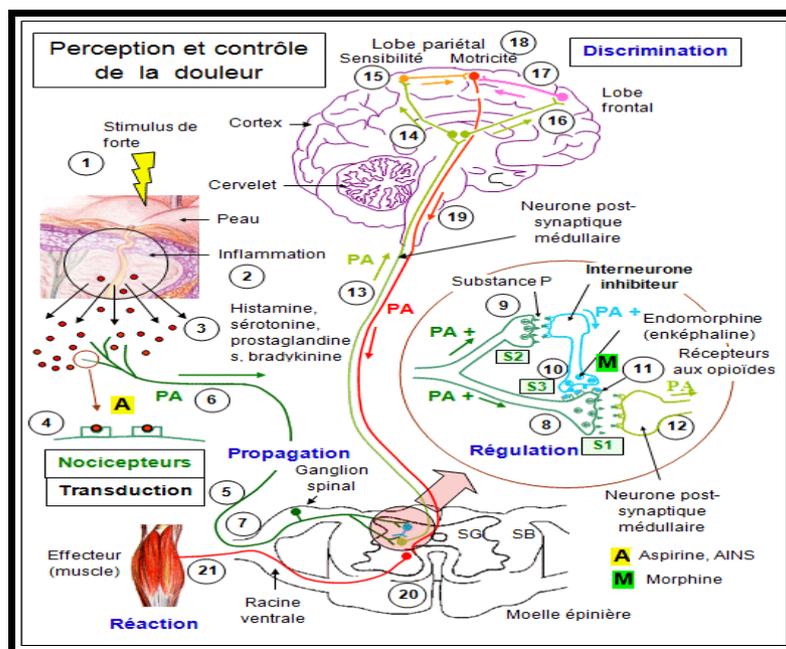


Figure 5 : Aspects physiologiques et contrôle de la douleur

<http://www.bio-top.net/La%20douleur/Douleur.htm>

Concernant le contrôle inhibiteur descendant, le contrôle de la douleur s'exerce au niveau du tronc cérébral et probablement au niveau du thalamus, par des voies descendantes.

La sérotonine et la noradrénaline jouent un rôle prépondérant dans ces contrôles. Les endomorphines (endomorphines, enképhalines, dynorphines) et d'autres peptides sont

impliqués dans ces mécanismes. De leurs découvertes sont apparus les morphiniques de synthèse agissant sur les mêmes sites d'action que les endomorphines.

La connaissance des mécanismes physiologiques est donc un élément important dans la compréhension du phénomène douloureux mais aussi dans la découverte de traitement adapté et pertinent. Au-delà de la complexité physiologique même, on peut d'ores et déjà observé un lien entre le somatique et le psychologique (composante affective, discriminative). La prise en charge de la douleur doit donc être basée non seulement sur une approche physiopathologique mais également sur une approche psychologique.

C) Bases psychologiques

« Comme si, avec la douleur, le corps se muait en psyché et la psyché en corps. »

J.B. Pontalis, *Entre le rêve et la douleur*

Quel que soit son mécanisme initiateur, somatique, neurologique ou psychologique, la douleur proprement dite constitue dans tous les cas une expérience subjective et un phénomène complexe comportant une part cognitive, émotionnelle au delà de la simple perception sensoridiscriminative.

« La classique dichotomie somatique/psychologique concerne donc le mécanisme générateur (l'étiologie) mais non le phénomène douleur lui-même qui est, par définition, un phénomène « psycho-somatique » au sens où elle est un processus psychique en réponse à une agression somatique. » [13]

La relation entre l'étendue du dommage tissulaire et la sévérité de la douleur n'est pas proportionnelle mais incertaine, dans la mesure où de nombreux facteurs neurophysiologiques ou neuropsychologiques peuvent modifier l'intégration centrale et les phénomènes de contrôle de la douleur, rendant la compréhension et la prise en charge de la douleur complexe. Le savoir médical contemporain admet donc l'« aspect multidimensionnel de la douleur ». [13][14][15]

La décomposition proposée dissocie quatre grandes dimensions de la douleur : on retrouve pour chaque douleur une composante : sensorielle ou sensori-discriminative, affective ou affectivo-émotionnelle, cognitive et comportementale.(Figure 6)

Elles modulent la douleur et sont étroitement liées entre elles.

Il est donc essentiel de comprendre chacune de ces composantes, dans le sens où la compréhension de celles-ci participera à la bonne évaluation de la douleur mais également et surtout à sa prise en charge.

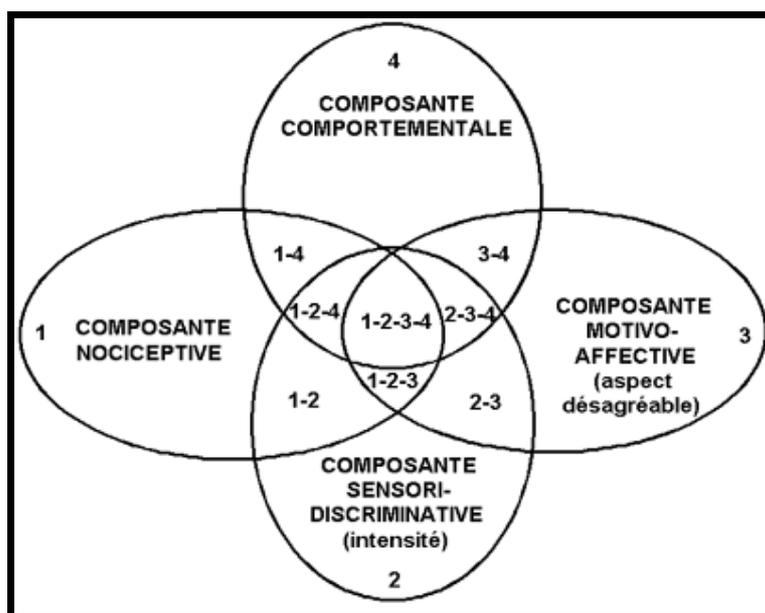


Figure 6 : Les quatre composantes du modèle circulaire de la douleur (Marchand 1995)

Considérons successivement les composantes sensori-discriminative, affectivo-émotionnelle, cognitive et comportementale de la douleur.

La composante sensori-discriminative (sensorielle) :

« le corps » « souffrir dans sa chair »[15]

Elle correspond aux mécanismes neurophysiologiques qui permettent le décodage de la qualité (brûlure, décharge électrique, torsion, etc.) de la durée et de l'évolution (brève, continue, chronique, récidivante, etc.), de l'intensité ou de la localisation des messages nociceptifs.

Comme dans d'autres systèmes sensoriels, le décodage du message nociceptif n'est pas

strictement proportionnel au stimulus et varie beaucoup selon les individus, voire chez un même individu selon les contextes.

La douleur peut manquer dans de nombreux cas anatomiques où elle était pressentie (stade avancée de cancer par exemple) ou apparaître avec une anatomie apparemment normale.

On connaît également la localisation imprécise des douleurs profondes, en particulier viscérales et le phénomène de douleur projetée. [14]

Du fait de ces caractéristiques sensorielles, certains auteurs considèrent que la douleur se rapproche plus de la sensation d'un état de besoin, de signal d'alarme comme la faim ou la soif plutôt que d'un système sensoriel comme la vision ou l'audition.

La composante affectivo-émotionnelle : [13]

« le sentiment » « souffrir avec son coeur »[15]

Elle fait partie intégrante de l'expérience douloureuse et lui confère sa tonalité désagréable, agressive, pénible, difficilement supportable.

La douleur peut être décrite comme une simple gêne, supportable et il est alors rare qu'elle donne lieu à des consultations médicales. Elle peut au contraire être ressentie comme particulièrement pénible, horrible, fatigante, déprimante, pour tout dire insupportable, et alors elle motive la quête d'un soulagement.

Diminuer la tonalité affective d'une douleur représente déjà une forme de succès d'un traitement. Cette composante est déterminée non seulement par la cause de la douleur elle-même mais aussi par son contexte : la signification de la maladie, l'incertitude sur son évolution, les conditions de prise en charge etc. Cette composante permet au patient de donner à sa douleur une valeur personnelle, individuelle et non reproductible. Du fait de la tonalité désagréable influée par celle-ci, la douleur peut mener, par suite, à un état de simple anxiété (plutôt en douleur aiguë) voir à un état dépressif (plutôt en douleur chronique).

Cette relation étroite entre la douleur et l'émotion qu'elle induit, démontre une règle d'approche de tout patient douloureux, qui est d'évaluer systématiquement la sémiologie émotionnelle en refusant de dichotomiser à l'excès douleur physique et souffrance morale et en considérant que des facteurs en cause communs puissent exister.[13][14]

La composante cognitive :

« la pensée » « souffrir avec sa tête » [15]

Certains processus mentaux influencent la perception douloureuse et déterminent la réaction comportementale. La composante cognitive concerne les divers processus mentaux participant au traitement des nombreuses informations impliquées dans l'expérience algique. On retrouve différents mécanismes d'adaptation qui seront décisifs sur le comportement à adopter : [13][14][15]

- *Attention ou distraction* : selon que le sujet est centré sur son corps ou occupé à une activité externe, sa perception des phénomènes sensoriels sera plus ou moins grande.

Prenons l'exemple d'un enfant absorbé à jouer. Il tombe et s'égratigne légèrement. Pris par son jeu, il ne ressent pas de douleur même si la blessure provoque une réelle activation des fibres nerveuses responsables de la nociception

- *Interprétations et valeurs attribuées à la douleur* : l'attribution de la douleur à une cause grave ou bénigne influence l'état émotionnel, notamment l'état d'anxiété, et facilite ou non une amplification des phénomènes sensoriels
- *contexte situationnel* : selon les circonstances de la vie du sujet, les conséquences peuvent être jugées favorables ou défavorables et influencer la manière dont le sujet va vivre sa douleur.
- *Mémoires d'expériences douloureuses passées et anticipation* : si le sujet a déjà vécu ou observé chez d'autres personnes des expériences douloureuses traumatiques sur le plan psychologique, il est possible qu'il anticipe de telles conséquences vis à vis de son propre état pathologique, engendrant des troubles émotionnels qui pourront faciliter la survenue ou amplifier l'intensité de ses douleurs.
- *Conditionnement et environnement* : le ressenti du patient sur l'attitude du milieu soignant ou de son entourage familiale vis à vis de lui influence négativement ou positivement son état émotionnel et mais aussi l'intégration des phénomènes sensoriels.[14]

La composante comportementale :

« *l'être dans le monde* » « *souffrir avec ses gestes* »[15]

Elle englobe toutes les manifestations verbales et non verbales de l'individu qui souffre. En d'autres termes elle correspond à l'impacte de la douleur sur le comportement. Elle répertorie les manifestations motrices et non verbales (grimaces, agitation, immobilité, position antalgique prostration, limitation de l'activité quotidienne, domestique, professionnelle) ou verbales (plaintes, gémissements, cris) dans les situations statiques ou dynamiques.

Cette composante assure une fonction de communication avec l'entourage et le personnel soignant, en apportant de nombreux indices pour apprécier l'intensité de la douleur. Elle est donc la dimension relationnelle de la douleur. Ces manifestations constituent pour les soignants des signes reflétant l'importance du problème et donc de sa prise en charge.

Les apprentissages antérieurs (environnement familial et ethnoculturel), les standards sociaux liés à l'âge ou au sexe, peuvent interférer avec le comportement du malade douloureux. [12][13]

La douleur est donc un phénomène **multidimensionnel** (multifactoriel) et non une réaction simple et univoque. L'**écoute** et la **compréhension** de ces composantes sont l'une des **clefs pour le soignant** afin de **mieux appréhender la douleur de son patient**, qui est **unique complexe et réelle**.

I-3 Différents types de douleurs

La démarche diagnostique doit permettre de préciser non seulement l'existence et la nature du processus pathologique en cause, mais aussi de comprendre le mécanisme générateur de la douleur. Le traitement symptomatique résulte en grande partie d'une compréhension satisfaisante de ce mécanisme. Même si de nombreuses données physiopathologiques restent encore incomprises, la distinction et la connaissance de trois

grands types de mécanismes conservent une valeur opérationnelle, tant lors de l'évaluation que pour les décisions thérapeutiques.[16][17][18]

A) Mécanismes générateurs

« Si l'homme était un, jamais il ne souffrirait ; car où serait , pour cet être simple, la cause de la souffrance ? »

Hippocrate, De la nature de l'homme

On distingue 3 types de mécanismes générateurs : l'origine somatique par excès de stimulations nociceptives, l'origine neuropathique et l'origine psychogène.

➤ L'origine somatique : l'excès de nociception

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).

Dans l'excès de nociception (hyperstimulation douloureuse), le message douloureux provient de « lésions » périphériques (processus inflammatoires, traumatiques, ischémiques, distensions viscérales) et d'une façon générale de lésions comportant des destructions ou des anomalies cellulaires aboutissant à des perturbations métaboliques loco-régionales. [17][18]

L'examen clinique pourra souvent trouver une manœuvre pour provoquer la douleur. L'imagerie permet de documenter la lésion en cause.

Au plan physiologique, un processus pathologique active, au niveau périphérique, le système de transmission des messages nociceptifs. L'information, naît au niveau des récepteurs et est transmise vers les structures centrales.

Au plan thérapeutique, il est légitime d'agir sur le processus périphérique lui-même (traitement étiologique) ou d'en limiter les effets excitateurs en utilisant des antalgiques périphériques ou centraux ou en cherchant à interrompre les messages aux divers étages de la transmission périphérique ou centrale (blocs anesthésiques). [16]

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.

➤ L'origine neuropathique (anciennement désafférentation).

Il existe au moins deux types de mécanismes de lésion nerveuse pouvant être responsables de douleurs neuropathiques.

Certaines douleurs résultent de la compression d'un tronc, d'une racine ou d'un plexus (sciatique par hernie discale, syndrome canalaire, tumeur...). D'autres ne sont pas liées à une compression persistante et surviennent dans des tableaux séquellaires (douleur membre fantôme). [17]

Les douleurs ressenties sont décrites comme des brûlures, un étau, un froid douloureux, des décharges électriques, des picotements...

Au plan physiopathologique, 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 la cause. 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, un AVC, mais aussi après lésion de petits nerfs superficiels au décours d'une opération chirurgicale bénigne.[17]

Au plan thérapeutique, **ces douleurs sont habituellement insensibles aux antalgiques usuels et aux anti-inflammatoires**. L'administration de **morphine, malgré des doses croissantes, ne diminuera pas les douleurs du patient**. Les traitements médicamenteux de première intention sont d'action centrale : **antidépresseurs tricycliques** (amitriptiline, clomipramine) et **anti-épileptiques** (gabapentine, carbamazépine). Des **techniques d'électrostimulation (TENS)** peuvent être proposées dans certaines indications. [16]

➤ L'origine psychogène

Il s'agit là de causes psychologiques génératrices de douleurs par somatisation de conflits divers.

Il en est ainsi :

- Lors de la dépression masquée, où la douleur (véritablement physique) s'accompagne de signes participant au syndrome dépressif : troubles du sommeil, de la libido, anxiété, irritabilité, perte d'intérêt pour les activités ;

- Lors de la névrose anxieuse de type hypochondriaque ;
- ou lors de certains états psychiatriques délirants ou schizophréniques dans leur phase initiale.

Très souvent, la description de la douleur et des signes accompagnateurs, l'écoute prolongée du patient et l'examen clinique vont d'emblée orienter vers une cause psychologique.

Cependant, les cas douteux sont fréquents. Ces douleurs résultent plutôt de l'intrication de facteurs somatiques et psychosociaux.

Décrire ces malades d'un point de vue exclusivement physique ou psychologique ne rend pas compte des problématiques en cause qui sont le plus souvent mixtes : un dépressif ou un hypochondriaque atteint d'une maladie organique ou d'un genou arthrosique silencieux, peut devenir douloureux à l'occasion d'un syndrome dépressif.[16]

Le traitement médicamenteux est donc complexe associant à la fois des **antalgiques usuels ou des anti-inflammatoires pour contre-carrer la partie somatique, à des anti-dépresseurs, des neuroleptiques ou des anxiolytiques** pour pallier la composante psychogène. La recherche du mécanisme algogène est donc une étape fondamentale de l'enquête étiologique.

Il est capital de distinguer une douleur liée à un excès de nociception, à une origine neuropathique ou encore à une origine psychogène, car de la connaissance du mécanisme algogène découlera la prise en charge médicamenteuse et évitera l'utilisation abusive de certaines molécules non efficaces (ex : administration de morphine lors d'une douleur neuropathique).

La connaissance du mécanisme algogène associée à la prise en compte de la durée d'évolution sont l'une des clefs de la prise en charge optimale du patient douloureux.

B) Profils évolutifs

« La douleur ne protège pas l'homme. Elle le diminue. »

R. Leriche (1957)

« La douleur chronique détruit physiquement, psychologiquement et socialement »

Sternbach (1974)

➤ La douleur aiguë

La douleur aiguë, d'installation récente, peut être considérée comme un signal d'alarme utile puisqu'elle informe l'organisme d'un problème. 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. (Figure 7)

Elle déclenche une démarche diagnostique indispensable qui permettra de préciser l'origine somatique ou non de la douleur. 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.

DL aiguë	DL chronique
Utile Protectrice Signal d'alarme Protection de l'organisme	Inutile Destructrice Douleur- Maladie
Récente transitoire Anxiété	Persiste au de la de 3 à 6 mois Dépression
Comportement réactionnel	Comportement appris Désapprend à faire Envahissante
TTT étiologique et symptomatique	PEC globale

Figure 7 : Comparaison douleur aiguë /douleur chronique

<http://rms.medhyg.ch/>

➤ La douleur chronique

Une douleur qui dure au-delà de trois à six mois est considérée comme chronique. La fonction protectrice admise pour la douleur aiguë devient moins évidente au stade chronique :

- Quelle valeur protectrice doit-on attribuer à une douleur persistante ?
- Quel est alors son rôle de signal d'alarme ?
- Quelle est sa fonction de défense ?

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.

En effet, lors d'un traumatisme initial, au cours d'un accident, le phénomène douloureux peut perdurer du fait de phénomènes indépendants de la douleur tel un stress survenu lors de l'accident, une difficulté avec le travail ou la famille, etc...[18]

On parle alors de « **douleur maladie** », elle devient **une maladie à part entière**. En effet la douleur persistante est une douleur aiguë aggravée par des facteurs multiples (psychologiques, comportementaux...) elle est inutile, comme une fausse alarme, et son évolution habituelle est l'entretien du processus douloureux (et non la réparation). (Figure 8)

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 auto-entretien de la douleur à l'origine d'un véritable cercle vicieux.

Les **répercussions physiques et psychologiques**, comme la fatigue, l'anxiété ou encore la dépression, **doivent être traitées en même temps que la douleur elle-même**. [18]

La douleur aiguë	La douleur chronique
...est provoquée par une lésion interne ou externe	...est découplée de l'événement causal
...a une intensité fréquemment corrélée au stimulus nociceptif	...a une intensité qui n'est plus corrélée avec le stimulus de déclenchement
...peut être clairement localisée	...devient une maladie à part entière
...constitue un signal d'alarme et a une fonction protectrice	...a perdu son signal d'alarme et sa fonction de protection
	...est un véritable défi thérapeutique

Figure 8 : bilan comparaison douleur aiguë et chronique

<http://www.painstory.org/fr/french-resources/douleur-aigu-et-douleur-chronique-22PM>

L'importance du facteur temps dans le diagnostic douloureux est à prendre en compte. Tout doit être mis en œuvre pour tenter de prévenir l'évolution vers la chronicité en agissant le plus précocement avec les stratégies habituellement utilisées au stade chronique : approche globale, stratégie plurimodale. La prise en charge de la douleur

chronique est complexe et devient un véritable défi thérapeutique pour le soignant.

L'ensemble des composantes de la douleur (comportementales, psychologiques, somatiques...) doit être pris en compte et traité, pour une prise en charge efficace et optimale du patient douloureux.

La douleur est un phénomène subjectif qu'aucune mesure objective ne peut encore quantifier. Ainsi, le patient est mieux placé que tout autre pour exprimer la douleur qu'il ressent, l'**auto-évaluation** est la méthode de choix d'évaluation de sa douleur. [17][18]
Cependant, certaines circonstances ou certains états renvoient à l'utilisation d'échelles dites d'hétéro-évaluations, c'est-à-dire d'échelles destinées aux soignants.

C) Evaluation de la douleur

« Mais le symptôme n'est-il pas constitué par un rapport : celui entre la souffrance, son expression et la réponse médicale ? »

Sapir, Trouble fonctionnel ou trouble de la relation ?

Il existe de nombreux outils pour évaluer la douleur, soit sous forme d'échelles unidimensionnelles soit sous forme de questionnaires pluridimensionnels. Chaque outil possède ses avantages et ses inconvénients de part leur objectif d'auto ou d'hétéro-évaluation et de part leur facilité d'utilisation ou leur pertinence. Faisons le tour des outils d'évaluation les plus couramment utilisés ainsi que leurs avantages et leurs inconvénients. [17]

➤ **Les échelles unidimensionnelles : Auto-évaluatives**

Elles sont simples et rapides d'utilisation mais évaluent uniquement la douleur de manière quantitative.

➤ les échelles verbales (EV)

Elles comportent une série variable de qualificatifs hiérarchisés parmi lesquels le patient choisit celui qu'il pense le mieux correspondre au degré de sa douleur au moment précis de l'évaluation.[17]

Quel est le niveau de votre douleur au moment présent ?		
0	Douleur absente	<input type="checkbox"/>
1	Faible	<input type="checkbox"/>
2	Modéré	<input type="checkbox"/>
3	Intense	<input type="checkbox"/>
4	Extrêmement intense	<input type="checkbox"/>

Figure 9 : Exemple d'une échelle verbale simple (EVS)

Avantage :

- rapide et facile
- mesure répétée possible
- évaluation quantitative de la douleur

Inconvénients :

- parfois l'échelle est trop peu sensible (échelle avec 5 qualificatifs)
- le patient rencontre parfois difficultés de compréhension et de distinction des qualificatifs (échelle à 17 qualificatifs)
- Les intervalles entre les qualificatifs sont inégaux en terme d'intensité de la douleur. Par exemple, l'intervalle douleur «marquée» à «modérée» ne s'équivaut pas avec l'intervalle douleur «légère» à «absence» de douleur.

↳ L'échelle à 7 qualificatifs est l'une des mieux appropriée

➤ Les échelles numériques (EN):

Elles permettent au patient de coter sa douleur par exemple de 0 à 10 . Les scores peuvent être des multiples de 2 ou de 10. Ceci peut être utile pour les patients s'exprimant dans un intervalle trop étroit.

Figure 10 : Exemple d'une échelle numérique

Avantages :

- intervalles égaux
- passage du score simple et rapide
- meilleure sensibilité que les EV

Inconvénients :

- attirance systématique des patients vers les chiffres « ronds »
- uniquement quantitative

➤ Les échelles visuelles analogiques (EVA) (EVA)

Elles sont représentées par un segment de droite dont les deux extrémités, visibles par le patient, sont marquées avec, pour l'une, l'inscription « absence de douleur » et, pour l'autre, « douleur maximale imaginable ». Entre les deux la ligne tracée représente le continuum douloureux.

Le patient fait ensuite une marque au niveau de la ligne, représentant le score qu'il juge le plus pertinent. De l'autre côté de la réglette, le soignant peut mesurer en millimètre l'intensité de la douleur estimée par le patient.[17]

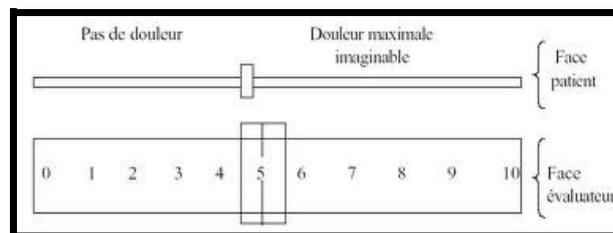


Figure 11 : Exemple d'échelle visuelle analogique

Avantages :

- les plus employées
- les plus fiables
- les plus sensibles

Inconvénients :

- sensibilité moins bonne au milieu du segment
- uniquement quantitative

Ces échelles d'auto-évaluations unidimensionnelles sont certes pratiques et rapides mais elles ont un caractère nécessairement réducteur, l'intensité ne constituant qu'un aspect

de la douleur. Les échelles comportementales et les questionnaires descriptifs sont plus informatifs.[19]

➤ **Les échelles comportementales : Auto-évaluatives**

Elles ne se contentent pas de quantifier la douleur, elles permettent aussi d'apprécier ses répercussions.

On peut citer par exemple celle de Bourhis qui explore l'envahissement du langage par la plainte douloureuse, le retentissement sur les activités professionnelles et de loisirs et la demande d'antalgiques(annexe 3).

Une autre échelle, proposée par Boureau, comporte un questionnaire précisant les comportements douloureux habituellement observés dans des douleurs d'origines variées et traduit le degré de handicap. [20]

Avantages :

- pertinent

Inconvénients :

- le passage du score est long
- mesures répétées difficiles

➤ **Les questionnaires de la douleur**

Ils s'intéressent à la description de sa douleur par le patient. Le questionnaire de référence, en ce domaine, est le *Mc Gill Pain Questionnaire* (annexe 1). Il est constitué d'une liste de 82 qualificatifs répartis en 20 sous-classes qui expriment les aspects qualitatifs, évaluatifs, sensoriels et affectifs de la douleur. Il s'agit donc d'une évaluation à la fois quantitative et qualitative. Le patient coche les mots qui lui paraissent le mieux décrire sa douleur et les cote en intensité. [17]

Une adaptation à la langue et à la culture française a été réalisée et est appelée le *Questionnaire Douleur de Saint-Antoine* (QDSA) (Annexe 2).

Avantages :

- pertinent

Inconvénients :

- long à traiter
- mesures répétées difficiles

➤ **Autres questionnaires : dits d'hétéro-évaluations**

Parfois les échelles présentées ci-dessus ne peuvent être utilisées lors de l'évaluation de la douleur. C'est le cas, par exemple, lorsque le patient souffre d'un trouble de la communication. Dans ce cas, des échelles **d'hétéro-évaluation** (évaluation de la douleur par le soignant) peuvent être utilisées. Les échelles les plus couramment utilisées sont *Doloplus* (quantitatif et qualitatif) et *Algoplus* (quantitatif) (annexe 3 et 4).

L'échelle *Doloplus* permet l'évaluation comportementale de la douleur chez les personnes âgées présentant des troubles de la communication verbale.

Elle se présente sous la forme d'une fiche d'observation comportant dix items répartis en trois sous-groupes, proportionnellement à la fréquence rencontrée (cinq items somatiques, deux items psychomoteurs et trois items psychosociaux).

Chaque item est coté de 0 à 3 (cotation à quatre niveaux exclusifs et progressifs), ce qui amène à un score global compris entre 0 et 30.

La douleur est clairement affirmée pour un score supérieur ou égal à 5 sur 30. C'est une évaluation pluridimensionnelle qui requiert la présence de tous les professionnels impliqués dans la prise en charge.

L'échelle *Algoplus* est une échelle comportementale de la douleur aiguë chez la personne âgée souffrant de troubles de la communication verbale.

Elle est constituée de cinq items. L'observation d'un seul comportement correspondant à un des items implique sa cotation par le soignant.

Chaque item coté « oui » vaut un point. Le soignant doit ensuite additionner les points pour obtenir un résultat sur cinq. Un score supérieur ou égal à deux signale la présence d'une douleur. [17][18] [19]

Elles permettent une évaluation rapide et facile de l'évolution du symptôme douloureux,

particulièrement au sein des établissements hospitaliers.

Les échelles destinées aux handicapés et aux patients psychiatriques sont en cours d'évaluation.

En conclusion, il n'y a pas un outil d'évaluation meilleur que l'autre car la douleur est complexe à évaluer. La **douleur de l'homme n'est pas uniquement physique, d'autres dimensions doivent être explorées** lors de l'évaluation de la douleur.

L'**association des échelles** d'auto et d'hétéro-évaluations ainsi que l'association des échelles unidimensionnelles aux questionnaires permettent une **évaluation pertinente** aussi bien **qualitativement** que **quantitativement**.

Les échelles ont un rôle dans le contrôle des effets des traitements antalgiques de part leur simplicité et leur rapidité de réalisation, et les questionnaires permettent d'avoir une certaine valeur diagnostique de par la présence de certains qualificatifs, et même d'avoir une certaine valeur prédictive de l'efficacité thérapeutique des antalgiques et de la qualité de vie. L'association permet non seulement d'**apprécier l'intensité de la douleur**, d'où découle les décisions thérapeutiques, mais elle **traduit aussi le vécu de cette douleur et son retentissement**. [17][19]

La **pertinence** et l'**utilisation judicieuse** de ses outils **par le personnel soignant** est une des clefs de la relation thérapeutique.

I-4 La plainte douloureuse

« De l'expérience subjective que constitue la douleur, nous ne connaissons que le reflet : mouvement de retrait, grimace, réactions végétatives, et nous ne connaissons réellement de la douleur des autres que ce qu'ils en disent . »

R. Rey, *Histoire de la douleur*, Paris, 1993, p.391

Dans la question « quand un patient se plaint, faut-il toujours augmenter les doses de morphiniques », **le problème de la plainte douloureuse est soulevé. Qu'est ce que la plainte douloureuse ? Pourquoi chercher à décrire sa propre douleur?**

Quels sont les intérêts et ses limites pour le clinicien ? Autant de questions que de

réponses à apporter pour comprendre et analyser la description que se fait le patient de sa douleur.

Selon le petit Larousse, édition 1997, la plainte est définie comme « une parole, un cri, un gémissement provoqués par une douleur physique ou morale. Un mécontentement que l'on exprime, une récrimination. » C'est une manière pour l'homme de rendre exprimable une douleur non palpable, subjective et personnelle. De la plainte douloureuse découle sa prise en charge. L'expression de la plainte permet de faire entendre sa douleur, d'être entendu et potentiellement accompagné, face à ce dysfonctionnement de l'organisme.

Eliane Ferragut, psychiatre et psychanalyste fait une description très pertinente de cette plainte : « La plainte douloureuse permet d'inscrire la souffrance dans le langage, de nommer l'inexprimable, l'insupportable. En cela elle apaise l'angoisse. Il ne faut donc pas chercher à faire taire la plainte : il faut l'accepter, l'accompagner et l'on s'aperçoit alors que le discours change ». Cette définition met en avant non seulement cette complexité d'expression de la douleur ressentie, mais aussi la difficulté de la plainte à être acceptée et entendue.

Aborder la complexité de la plainte douloureuse, c'est d'abord entendre et accepter que la plainte d'un même patient se développe selon des raisons multiples distinctes les unes des autres.

Pour les patients, décrire leur douleur, ne constitue pas un exercice neutre et indolore : « décrire la douleur, c'est la modifier et lui (re) donner une certaine présence. »[21]

Pour le patient l'intérêt d'exprimer la plainte est multiple. On peut distinguer quatre raisons principales à cette expression : une raison explicative, une raison technique, une raison sociale et enfin une raison morale.[21]

➤ Une raison explicative

La douleur est ici le **résultat d'une explication, d'un raisonnement diagnostique**. La description de la douleur est médicalement nécessaire au diagnostic. La douleur est ici **conceptualisée**, elle devient **symptôme**. La description permet au patient de construire sa propre **échelle d'objectivité**, c'est à dire construire la manière de se faire comprendre.[21]

➤ Une raison technique

La description de la douleur est nécessaire à son traitement. Il s'agit alors d'objectiver les

effets produits par les médicaments, d'en mesurer l'efficacité.

La douleur est ici le **résultat d'une opération, d'une activité**, ainsi se mettre une serviette mouillée sur une tempe « en feu » constitue une opération, une raison technique à l'activité mise en œuvre.

L'utilisation des échelles d'auto-évaluations (cf I-3c) participent à cette description de la douleur. Ici, la description sert à **opérer à agir**, la douleur devient **dysfonctionnement**, et le patient crée sa propre **échelle d'efficacité**. [21]

➤ Une raison sociale

La description de la douleur est également nécessaire à sa prise en considération par le médecin lorsque « la douleur est l'élément constitutif de la demande de soin. »[21]

Le patient témoigne d'une expérience qu'il souhaite faire partager à son médecin. Ici, décrire c'est **communiquer**. La douleur devient **handicap, c'est le résultat d'une reconnaissance d'un soin attendu**. Le patient construit sa propre **échelle de confidentialité**.

➤ Une raison morale

La description de la douleur est moralement nécessaire. Elle permet à celui-ci d'exprimer des émotions et des sentiments, mais surtout au médecin de prendre la mesure des préoccupations du patient par le médecin. Ici, décrire c'est **juger, le patient se juge, la douleur est le résultat d'une préoccupation morale**.

La douleur devient **une épreuve, un malheur**. Le patient construit sa propre **échelle d'anxiété**. [21]

Décrire la douleur ne consiste pas à résoudre la complexité de celle-ci mais plus exactement à en prendre la mesure.

Pour le clinicien, sans cette description, la douleur éprouvée par le patient n'est pas accessible à l'analyse et rend les soins problématiques. Le médecin doit « prendre la douleur » comme il peut prendre la température, et tirer de la description proposée par le patient des renseignements importants, non seulement pour le diagnostic à faire mais aussi pour la manière dont le patient peut habiter et supporter sa douleur. [21]

La description de la douleur a toute son importance dans le cadre d'une investigation de la plainte douloureuse. Comment peut-on saisir la douleur hors d'une description? «Le

réel de la douleur ne nous est accessible que par la médiation des mots.»[21]

Les limites de cette plainte douloureuse sont grandement liées aux limites de l'explicitation de la douleur. Il y a un écart entre la douleur ressentie et la douleur dite. Sur quel référentiel peut-on affirmer que tel mot correspond à telle douleur? La description de la douleur est un compromis entre une douleur abstraite parce que verbalement formulée, et l'expérience douloureuse subjective du patient, créant son propre référentiel langagier et non verbal.

De plus, l'inégalité d'expression entre les patients est liée à la diversité du vocabulaire à sa disposition, elle rajoute une difficulté à la compréhension et à l'évaluation de la douleur.

Il est donc clair que la plainte douloureuse est un processus complexe même pour une personne pouvant s'exprimer et décrire ses ressentis. La plainte douloureuse devient aussi complexe lorsque l'on est face aux âges extrêmes de la vie, à une personne âgée, à un handicapé, ou à une personne atteinte de troubles psychologiques.

Le petit enfant ainsi que les adultes ne pouvant s'exprimer, comme, par exemple, les polyhandicapés, rendent la compréhension et l'évaluation de la douleur difficile. Le petit enfant possède une certaine capacité à communiquer sa douleur à l'entourage mais la qualité de l'observation par un tiers sera essentielle. L'interrogatoire des parents complétera les observations recueillies : qualité du sommeil, capacité de se consoler, troubles de l'alimentation. Chez l'enfant plus grand, l'utilisation de l'EVA, l'EN ou l'EVS est possible. (cf partie I-3-C)[50d]

L'appréciation de la douleur chez le polyhandicapé est rendue difficile du fait même de la restriction de l'autonomie, des possibilités de perception, d'expression et de relation.

L'échelle d'hétéro-évaluation de la douleur la plus couramment utilisée est celle de San Salvador. (Annexe 5)

De même, le vieillissement, la démence parfois observée en fin de vie, au décours de la maladie d'alzheimer ou due à une pathologie psychiatrique, est un frein majeur à l'expression et la description actualisée de la douleur ressentie. [22]

On sait également que les perceptions douloureuses du sujet âgé sont identiques à celles du sujet jeune mais l'âge semble agir comme "un modulateur de la souffrance". Plusieurs

facteurs sont à l'origine de cette différence. D'une part, la vieillesse conduit souvent à minimiser la souffrance (stoïcisme du patient âgé), d'autre part, il peut exister des altérations des fonctions supérieures responsables de difficultés d'expression de la douleur (aphasie, démence,..) et, enfin, la diminution spontanée des activités peut faire passer inaperçues certaines affections. L'échelle d'hétéro-évaluation DOLOPLUS est la plus utilisée dans ce groupe de patients(cf partie I-3-C).[22]

Les professionnels de santé se doivent donc d'être d'autant plus à l'écoute du moindre signe d'expression de la douleur, qu'elle soit verbale ou non. La formation de l'ensemble des soignants sur la connaissance des signes évocateurs d'une douleur, tels que le visage crispé, ou encore le changement de position régulier signe de volonté d'une posture antalgique, doit être réalisée non seulement lors des études mais également lors de la formation continue. De la connaissance des soignants en matière d'écoute et d'évaluation de la douleur découle une prise en charge médicamenteuse et non médicamenteuse adaptée et individuelle.

L'expression de la plainte, l'écoute, la compréhension et l'analyse de celle ci sont donc primordiales aussi bien pour le patient que pour le médecin, dans la recherche du diagnostic précis et du traitement médicamenteux. La plainte est non seulement un cri d'alarme, un symptôme, un moyen d'exprimer son angoisse mais elle est aussi une manière d'apprécier l'évaluation de la douleur au cours d'un traitement. Cependant, l'écoute de la plainte ne fait pas l'économie de l'examen clinique, mais dans ce texte, c'est l'expression de la plainte qui est l'objet de la réflexion. [21][22]

«La plainte douloureuse n'est pas facultative. Nul ne peut se mettre en dehors et ignorer ses contraintes internes. » [21]

Elle signe un trait d'humanité commun tant pour le patient que pour le médecin. C'est la raison pour laquelle le soulagement de la douleur et donc la plainte fait l'objet d'une obligation professionnelle et d'une préoccupation de santé publique, réaffirmées régulièrement dans la législation.

I-5 Cadre Réglementaire

« Si notre vie était sans limites et sans douleurs, nul homme peut-être n'aurait eu l'idée de se demander pourquoi le monde existe et se trouve

constitué justement de cette façon »

Shopenhauer, Douleurs du monde.

Faire le point sur l'évolution des textes relatifs à la prise en charge de la douleur est un préambule nécessaire. En effet, l'abondance des textes relatifs à la prise en charge de la douleur atteste de son importance qu'on lui donne actuellement.

Désormais douleur et dignité sont liées, comme droit pour le patient et devoir pour le professionnel de santé qu'il soit médecin, pharmacien ou encore infirmier :

- Code de déontologie des médecins

«En toutes circonstances, le médecin doit s'efforcer de soulager les souffrances de son malade.»

Article 37 du décret du 6 septembre 1995, modifié le 21 mai 1997

- Code de déontologie des infirmières

« [...] Participer à la prévention, à l'évaluation et au soulagement de la douleur et de la détresse physique et psychique des personnes, particulièrement en fin de vie au moyen des soins palliatifs, et d'accompagner, en tant que de besoin, leur entourage.»

Article R. 4311-1

- Code de déontologie des pharmaciens

«le pharmacien doit contribuer à l'information et à l'éducation du public en matière sanitaire et sociale.»

Article R. 4235-2 du Code de la santé publique

Les pouvoirs publics l'ont fixé comme une priorité nationale de santé publique. Un long chemin a été parcouru via des réformes successives du code de santé publique, du code de déontologie médicale, les multiples circulaires, la loi du 4 mars 2002 et les trois plans de lutte contre la douleur attestant d'un chemin parcouru. [5] [23]

L'obligation de prise en charge de la douleur s'inscrit dans une succession de textes qu'il convient, de reprendre dans l'ordre chronologique pour mieux en analyser le contenu.

Depuis la publication du rapport du sénateur Neuwirth sur la douleur postopératoire en France en 1994, l'amélioration de la prise en charge de la douleur des personnes malades est devenue un axe prioritaire de la politique de santé comme gage d'amélioration de la qualité des soins.

« Toute personne a le droit de recevoir des soins visant à soulager sa douleur. Celle-ci doit être en toute circonstance prévenue, évaluée, prise en compte et traitée (...) »

Article L. 1110-5 du Code de Santé Publique.

La loi du 4 mars 2002 reconnaît le droit à être soulagé. [23]

L'obligation de prise en charge est fixée dans le contenu de la loi et elle est définie par les plans plus ou moins développés de lutte contre la douleur depuis 1998 : les plans sont associés de financements spécifiques. [23]

a) 1998-2000

le 1er plan triennal d'action de lutte contre la douleur dans les établissements de santé publics et privés.

b) 2002-2005

Le 2ème plan national quadriennal de lutte contre la douleur.

c) 2006-2010

Le 3ème plan quinquennal pour l'amélioration de la prise en charge de la douleur.

La lutte contre la douleur devient une priorité de santé publique à compter du premier plan, dont la philosophie est « la douleur n'est pas une fatalité ». Les établissements sont invités à développer une véritable culture de la lutte contre la douleur. L'objectif fixé est d'organiser une prise en charge pluridisciplinaire du patient douloureux et l'ensemble des mesures vise à l'améliorer de façon quantitative et qualitative. [23]

Le premier plan, d'une durée de trois ans, reposait sur des objectifs de mise en œuvre d'un « changement culturel » dans la prise en charge de la douleur. [24]

3 axes ont été retenus :

1. Le développement de la lutte contre la douleur dans les structures de santé et les réseaux de soin,

2. Le développement de la formation et de l'information des professionnels de santé sur l'évaluation et le traitement de la douleur,

3. La prise en compte de la demande du patient et l'information du public.

Avec le deuxième plan, de 2002 à 2005, est apparue la notion accentuée d'un véritable engagement des établissements de santé et du personnel soignant à lutter contre la douleur.

3 priorités étaient données :

1. Prévenir et traiter la douleur provoquée par les soins, les actes quotidiens et la chirurgie,

2. Mieux prendre en charge la douleur de l'enfant,

3. Reconnaître et traiter la migraine,

Le troisième plan douleur quinquennal 2006-2010, renforce la lutte contre la douleur et répond à nouveau à cette exigence sanitaire et sociale. [23]

Il repose sur 4 axes, dont le premier renforce à nouveau le droit des patients :

1. Améliorer la prise en charge de la douleur des populations les plus vulnérables (enfants, personnes âgées et en fin de vie),

2. La formation renforcée des professionnels de santé,

3. Une meilleure utilisation des traitements médicamenteux et des méthodes non pharmacologiques,

4. La structuration de la filière de soins.

Cependant en mai 2011, le bilan du troisième plan, réalisé par le Haut Conseil de la Santé Publique a été remis à la Direction Générale de l'Offre de Soins (DGOS) pour élaborer le futur programme d'actions pour la prise en charge de la douleur. [23]

Le comité d'évaluation du plan a formulé une série de propositions pour la réalisation éventuelle d'un nouveau plan, reposant sur quatre principes :

- 1.Consolider et approfondir les avancées des plans précédents, combler les lacunes,
- 2.Proposer une offre de prise en charge de la douleur de qualité en ville comme à l'hôpital,
- 3.Prêter une attention forte aux personnes « dyscommunicantes » : nouveaux-nés et très jeunes enfants, malades en réanimation, malades atteints de pathologies psychiatriques, polyhandicapés, malades atteints de pathologies démentielles,
- 4.Élaborer et conduire un éventuel futur plan selon des objectifs explicités et des moyens proportionnés avec la mise en place d'une véritable fonction de pilotage. [23]

A l'issue de l'évaluation de ce plan, les points importants à retenir entre autre pour la profession infirmière sont :

- La reconnaissance du bien fondé des méthodes non médicamenteuses,
- L'importance de l'évaluation par des outils validés pour la douleur des personnes âgées,
- La diffusion des recommandations hors EHPAD, au domicile et aussi dans des services non gériatriques accueillant des personnes âgées,
- Le soutien aux professionnels de la douleur pour une prise en charge des soins douloureux par des moyens reconnus,
- Le remboursement de techniques non médicamenteuses.

Suite à la parution du bilan du troisième plan national d'amélioration de la prise en charge de la douleur en 2011 par le Haut Conseil de la santé publique, un 4ème plan douleur a été très attendu en 2012, en mars dans un premier temps, puis en octobre lors de la journée mondiale de la douleur.

Un des points cruciaux soulevé par ce bilan est l'échec dans le domaine de la prise en charge des populations les plus vulnérables, alors qu'elles étaient la priorité du plan 2006/2010.

Chez les personnes âgées, l'effort a été très centré sur les institutions gériatriques en oubliant celles vivant à domicile.[23]

En revanche, des progrès ont été faits dans la prise en charge des douleurs des enfants, notamment lors de la réalisation d'actes médicaux invasifs.

La ministre des affaires sociales et de la santé a confirmé mi-octobre 2012 sa volonté de poursuivre la lutte contre la douleur, avec des actions davantage tournées vers le domicile.

Aussi, le Ministère préconise deux priorités, comme pour d'autres thématiques santé, les

soins de premiers recours et la coopération entre professionnels de santé.[23]

Les cadres réglementaires et déontologiques des professions médicales semblent donc permettre, tout du moins textuellement parlant, une prise en charge contrôlée de la douleur. Mais qu'en est-il réellement dans l'exercice quotidien ?

Comment faire pour organiser la prise en charge de la douleur tandis que l'expérience montre d'une part, la complexité du système de soin, mais également de la maladie à laquelle doit répondre cette prise en charge que ce soit au niveau des consultations, du diagnostic, des explorations complémentaires, de la dispensation des médicaments, du suivi évaluatif des patients, de l'observance et de l'éducation thérapeutique ? Tels sont les enjeux de la connaissance et de la prise en compte des facteurs de la douleur initiale rendant sa prise en charge si complexe malgré un cadre réglementaire très détaillé.

II- MULTIDIMENSIONS DE LA DOULEUR ET COMPLEXITE DE SA PRISE EN CHARGE

«La douleur est intime, certes, mais elle est aussi imprégnée de social, de culturel, de relationnel, elle est le fruit d'une éducation. Elle n'échappe pas au lien social»

D. Le Breton

II-1 Dimensions socio-culturelles

Notre réaction à la douleur dépend en grande partie de nos apprentissages socioculturels et de la pression exercée dans notre milieu de vie en vue de renforcer, d'encourager, de prescrire ou à l'inverse, de corriger ou d'invalider certains comportements. La manière dont nous intériorisons notre culture, notre rapport au monde, les circonstances particulières où nous sommes plongés, composent un filtre spécifique face à la douleur.

Les propos ci-dessous sont une synthèse de plusieurs ouvrages consultés pour appréhender que douleur et environnements socioculturels sont liés. [15]; [25]; [26]; [27]; [28]; [29]

A) Rôle de la société, de la culture et de la famille

Chaque homme s'approprie les données de sa culture ambiante selon son histoire personnelle et les rejoue selon son style. Il existe autant de ressentis et donc de perceptions que d'individus, car qui mieux que la douleur met en évidence la singularité des êtres humains.

La relation intime à la douleur ne met pas face-à-face une culture et une lésion, mais immerge dans une situation douloureuse particulière un homme dont l'histoire est unique, même si la connaissance de son milieu, de son appartenance culturelle, donnent des indications précieuses sur le style de ses réactions.

La culture est une entité complexe et universelle qui contient la connaissance, la foi, l'art, la morale, les lois, coutumes et toutes les capacités et habitudes que les gens ont appris. Ces convictions caractérisent un groupe. Tout être humain se développe dans sa culture, «s'enculture», dépend d'une culture, il la recrée et la renforce quotidiennement.

La douleur quant à elle est tout aussi universelle: chacun d'entre nous l'a expérimentée et elle n'est pas sans rapport avec la culture dans le processus de sa perception et de son expression. Mais la relation entre douleur et culture n'est pas linéaire, car bien que la douleur et la culture soient universelles, la douleur réelle de l'autre, si proche soit-il, reste une expérience indivisible. Le «visage» de chaque douleur est personnel même si son expression est culturelle.

La douleur se situe au carrefour de l'individu et du groupe dans le sens où, si elle met en jeu des mécanismes physiologiques et psychologiques, elle s'inscrit également dans le contexte de la société et de la culture à laquelle appartient l'individu, qui vont moduler les rapports de ce dernier à la douleur. La douleur est, en ce sens, autant une «construction sociale» que le résultat de processus biologiques et psychologiques. Autrement dit, toutes les sociétés imposent à leurs membres des normes de santé et de maladie mais aussi des manières d'y déroger, par le biais en particulier de symptômes socialement acceptables.

La douleur s'insère donc, comme le relève R. Rey, *«dans les normes du licite et de la transgression, entre ce que l'on peut laisser transparaître et ce qu'il faut taire ou cacher, normes et codes qui dépendent des formations culturelles des sociétés où ils se trouvent»*.

Par les différents sens qu'elle lui donne, la culture fait corps au sujet, elle oriente ses perceptions sensorielles jusqu'à «créer» des attitudes différentes face à la douleur.

Afin de départager cette intrication complexe entre l'aspect culturel et l'individu lui-même, penchons nous sur le travail de Mark Zborowski, anthropologue, basé sur l'influence de la culture dans la perception et la manifestation de la douleur. Son travail repose sur des entretiens avec des patients douloureux. Il distingue 4 types de population: les malades d'origine italienne, juive, irlandaise et «vieilles souches américaines» (suivant son expression).

Les malades italiens sont davantage concernés par l'immédiateté de la douleur que par le trouble organique qu'elle suppose. Dès que les antalgiques ont fait leurs effets, ils oublient leurs craintes et retrouvent leur bonne humeur. Au contraire, les patients d'origine juive, sont très affectés par leur souffrance. Même soulagés, ils demeurent inquiets jugeant que le soulagement de la douleur n'est qu'un arrangement de surface alors qu'il existe une maladie sous-jacente.

Les malades de «vieilles souches américaines », quant à eux, sont peu enclins à des manifestations qu'ils jugent intempestives et qui gênent selon eux les autres. Ils ont l'impression de reproduire ainsi un modèle idéal de conduite reconnu comme américain. Les patients irlandais ont un comportement proche de celui des américains. Même retenue, même capacité de résistance. Ils ont beaucoup de mal à trouver des mots pour décrire leur souffrance.

Evidemment, les données se modifient. Les patients de première génération d'émigrants ne se comportent pas comme leurs enfants, qui eux ont tendance à reproduire les comportements culturels du pays où ils habitent. De plus, cette étude ne prend pas en compte le niveau social des patients, comme nous le verrons ci-dessous. Cependant, ces résultats illustrent bien l'importance des modèles culturels dans la gestion de la douleur.

On peut faire le même travail mais cette fois en prenant comme variable le groupe social en corrélation avec la douleur.

Si les conditions d'existence nouent une relation courante à la douleur, alors les groupes ou les sociétés particulièrement touchés développent des ressources physiques et morales les rendant plus aptes à supporter les maux.

Dans les milieux sociaux les plus démunis, le souci de santé n'est guère visible, la douleur est minimisée. «On ne s'écoute peu», «on est dur au mal». Il faut que l'intensité de la douleur et l'ampleur de la gêne entravent péniblement la vie quotidienne, pour qu'une plainte soit émise vers l'autre. Il est capital pour des soignants d'être particulièrement attentifs à ces hommes et ces femmes qui souffrent en silence. Reconnaître leur douleur, la soulager c'est leur rendre leur dignité.

Dans les milieux ouvriers, on supporte la douleur tant qu'elle n'altère pas sa relation au monde. «Ca finira par passer» «On préfère prendre sur soi plutôt que de perdre une journée de travail». Longtemps, le fait de ne pas prendre un arrêt de travail malgré la souffrance éprouvée a été une des fiertés du monde ouvrier. Aujourd'hui, de part l'avancée de la modernité et la démocratisation de l'information médicale, le travail n'est plus la valeur absolue pour laquelle on hypothèque sa santé.

Cependant, cette transformation est loin d'être visible dans les milieux ruraux où aucune complaisance au mal n'est acquise. Les cultures et les bêtes n'attendent pas il faut être opérationnel quoi qu'il en coûte.

Enfin, particulièrement dans les milieux sociaux privilégiés, la relation à la douleur est très différente. L'important est de rester en bonne santé. Le lien à la vie professionnelle est inversé par rapport au milieu populaire. On retrouve une population sur-informée médicalement, où la prévention est le maître mot. La tolérance à la douleur est, par conséquent, amoindrie.

Ces quelques données sociales démontrent bien que la douleur n'est pas une donnée brute.

Le physiologique s'efface devant le sens que lui confère l'homme.

Au-delà des dimensions socio-culturelles, de multiples facteurs de renforcement participent au maintien de la douleur et à l'incapacité d'agir en étant douloureux, certains sont à chercher dans l'environnement familial. Le symptôme douloureux modifie en effet, parfois, l'équilibre des forces intérieures de la famille. La douleur touche non seulement le patient mais bouleverse également le projet familial, ses codes, l'organisation des rôles, parfois le financement du foyer et son insertion sociale. La douleur modifie l'équilibre de la famille, autrement dit elle bouleverse «l'homéostasie du système familial», situation bien décrite par les théories systémiques (approche multidisciplinaire). Elle contraint le système familial entier à “assimiler” la perturbation. «La manière dont le système familial fait face à la douleur de l'un de ses membres n'est pas neutre par rapport à l'évolution clinique du patient lui-même, mais agit de façon directe sur ses vulnérabilités et ses ressources.»[27]

Il y a donc une véritable nécessité d'intégrer au suivi des patients douloureux, l'entourage familial, lieu où se propage une part importante de la souffrance liée à la maladie et horizon de ressources essentielles pour le patient. Pour ce faire, la rencontre de la famille s'avère souvent d'une grande utilité.

Si la culture, le social et la famille sont indéniablement des modulateurs de l'expérience douloureuse auxquels il faut savoir être sensible, ils devraient aussi et surtout renforcer l'intérêt des thérapeutes pour le contexte du patient souffrant, tout en se gardant de faire endosser à la culture un rôle d'alibi à des jugements chargés de stéréotypes.

Ne pas tenir compte de l'appartenance culturelle prive le thérapeute d'indices importants dans la compréhension des représentations du patient concernant tant les plaintes qu'ils expriment que le traitement qu'il adopte plus ou moins fidèlement.

La problématique douloureuse en regard de la culture ne permet d'avoir accès qu'à une partie de la compréhension de ce qui fonde les comportements douloureux et l'expression de la souffrance. L'écoute, l'analyse des attentes et des représentations du patient sont également à prendre en compte.

La signification que chaque être humain va donner à sa douleur dépend d'un ensemble d'éléments qui l'ont construit et qui lui permettent d'être reconnu par un groupe de personnes. En fonction de la signification donnée à cette douleur, elle est supportée ou non, jugée ou non. [26]

La prise en charge de la douleur, qu'importe son origine et sa spécificité, s'inscrit dans un cadre général plus large, qui inclut les rapports de l'individu à son corps et à sa santé, ceux qu'il entretient avec la médecine, mais aussi les définitions de la santé et de la maladie et les valeurs qui leur sont accordées. [27][31]

B) Rôle des attentes et des représentations

« La représentation est le produit et le processus d'une activité mentale par laquelle un individu ou un groupe reconstitue le réel auquel il est confronté et lui attribue une signification spécifique. »

J. C. Abric, 1989

Les représentations des patients et de la société sur la santé et la maladie ont une importance primordiale sur les comportements de recherche de soins face à une symptomatologie donnée, dont la plainte douloureuse est un exemple. [28]

La prise en charge de la douleur est intimement liée au «corps douloureux» du patient, mais ce corps n'est pas le même pour tous. Pour les patients, il s'agit avant tout d'une douleur et d'un corps-sujet, chargés de valeurs et de significations collectives, personnelles, émotionnelles et symboliques. Pour les thérapeutes, la douleur est insérée et insérable dans un corpus de connaissances, qu'elles soient purement anatomo-physiologiques ou qu'elles renvoient à des dimensions psychologiques et sociales. [32]

Il s'agit, pour le patient aussi bien que pour le thérapeute, de parvenir à un accord tant au niveau de l'explication que du projet thérapeutique. Les informations véhiculées dans cette relation circulent en effet dans les deux sens: du professionnel de la santé au «profane», mais aussi du «profane» au professionnel.[28]

Elle suppose de ce fait aussi un processus de «vulgarisation» du savoir scientifique qui doit permettre de réduire la distance entre patient et thérapeute.

Quelque soit la légitimité de leur savoir, les thérapeutes ne peuvent faire l'économie de l'expérience de leurs patients et des représentations que ces derniers ont de ce qui leur arrive.

On peut prendre l'exemple de la morphine et de ses représentations par le patient. Le manque d'informations et de connaissances font que les patients s'arrêtent bien souvent aux idées reçues et deviennent méfiants: médicament dangereux, nombreux effets indésirables, risque de dépendance, morphine = mort fine, etc...[33]

Le thérapeute se doit de cerner rapidement l'image que se donne le patient de la morphine afin de le rassurer, en lui expliquant pourquoi ce médicament lui est prescrit, comment il doit le prendre, et en l'informant sur les éventuels effets indésirables, généralement rapidement palliés (constipation diminuée par la prescription concomitante de laxatif doux). Le thérapeute doit créer un cadre explicatif et de confiance avec son patient afin de maintenir une observance et une qualité de prise en charge optimale.

Les représentations permettent donc d'assurer une continuité entre le familier et la nouveauté, elles influencent la manière dont les patients vont organiser les informations qui leur sont dispensées, c'est-à-dire intégrer ces nouvelles informations dans leurs schémas de pensée, les modifier pour qu'elles puissent s'intégrer ou les rejeter parce qu'elles sont trop différentes.[28]

La congruence ou la non-congruence entre les attentes et les comportements des patients et des thérapeutes ne peut manquer d'exercer une influence aussi bien sur la manière dont les thérapeutes perçoivent les plaintes des patients que sur celle dont les patients perçoivent la réponse des thérapeutes à leur plainte.[32]

Lorsqu'il y a un désaccord entre les deux protagonistes, sur ce qui constitue une expression et une réponse appropriées à la douleur, l'observance, le type de traitement et la qualité de la prise en charge risquent d'en être affectés.

La relation thérapeutique doit être basée sur un cadre explicatif dans lequel sont insérés les comportements, tant du patient que du thérapeute.

La clarification et la prise en compte de ces représentations constituent donc un enjeu important dans la relation entre patient et thérapeute. [28][32]

L'évaluation de la douleur est une des prémices indispensable à toute démarche thérapeutique. Il persiste néanmoins des réticences à l'utilisation systématique des outils d'évaluation, liées entre autres aux représentations des professionnels de santé. L'évaluation tente de rendre objectif ce qui est foncièrement subjectif. D'entrée de jeu le débat est ouvert: pourquoi faudrait-il objectiver le subjectif? Comment se soustraire à l'inévitable part de subjectivité? Comment ne pas réduire la douleur d'un patient à une cotation sur une grille d'évaluation? [22]

C) Rôle du système de soin

«La seule douleur supportable, c'est celle des autres».

René LERICHE

La complexité des procédures d'évaluation tient à une contradiction: d'une part il faut donner la parole aux patients, d'autre part, la tentation est grande de penser que, compte tenu de notre expérience et nos connaissances, nous savons mieux que les patients comment et combien ils ont mal. [22]

«Pourquoi s'interroger sur la façon dont nous percevons la douleur d'autrui quand l'expérience quotidienne suggère qu'il n'existe *a priori* aucune difficulté particulière à déceler qu'une personne souffre physiquement et à se faire une idée de l'intensité de la douleur qu'il éprouve?» [34]

Ne suffit-il pas de regarder les mimiques de son visage, son comportement, sa posture, son regard qui sont des expressions de la douleur non verbales utilisées pour transmettre à autrui un message de détresse et obtenir son secours?

Ou bien, tout simplement, lui demander s'il a mal et à quel degré? Malheureusement à entendre le récit de nombreux patients souffrant de douleurs corporelles, il semble que cet appel à l'aide soit fréquemment mal interprété, remis en doute ou même complètement ignoré par ceux-là mêmes auxquels ils s'adressent. [34]

Cette dissension entre le patient douloureux et ceux qui l'observent ne se limite pas au déchiffrement de la mimique faciale, il s'étend à toutes les formes d'expression de la plainte douloureuse, y compris dans le registre verbal.

La plupart des études cliniques effectuées ces vingt dernières années montrent que les soignants (médecin, infirmière, kinésithérapeute) ont **tendance à sous-évaluer l'intensité de la douleur de leurs patients.** [34]

S'il relevait bonnement d'un manque d'expérience de la part des soignants, ce phénomène de sous-estimation de la douleur d'autrui pourrait être aisément corrigé : il suffirait d'enseigner aux professionnels de santé à mieux déceler les manifestations cliniques de leurs patients et le problème serait résolu. Mais la réalité est là encore plus complexe. [34]

Afin de mieux comprendre cette complexité d'analyse, penchons-nous sur l'approche expérimentale du psychologue canadien Kenneth Prkachin. [35] Celui-ci a étudié la manière dont nous estimons la douleur des autres à partir de leur mimique faciale. Ses travaux permettent de mieux saisir à quel niveau interviennent nos erreurs de jugement.

L'expérience consistait à demander à des volontaires d'évaluer l'intensité douloureuse ressentie par des patients souffrants d'une périarthrite de l'épaule et à comparer cette estimation d'une part au score de douleur établi par les patients eux-mêmes et d'autre part à l'intensité de la mimique exprimée sur leur visage. [34][35]

Cette étude permet de mettre en parallèle la capacité de *discrimination* de l'observateur, autrement dit la probabilité de repérer correctement des mimiques d'intensités variables, mais aussi son «biais de jugement», c'est à dire sa tendance à inférer une certaine quantité de douleur au vu de ces mimiques.

Prkachin est ainsi parvenu à démontrer que ce n'était pas à proprement parler la *perception* de l'expression faciale du patient ou de son comportement douloureux qui pose problème, mais plutôt *l'interprétation erronée* que l'observateur tire de ces données, et que, l'habitude aidant, son expérience clinique contribue parfois à aggraver. [34]

La non-identification de la cause de la sensation douloureuse compte parmi les principaux facteurs susceptibles d'entraver radicalement la reconnaissance de la douleur d'autrui.

Il nous est difficile de concevoir qu'une sensation douloureuse puisse advenir et persister en l'absence de lésion tissulaire.

Lorsqu'aucune anomalie organique n'a pu être mise en évidence, le *processus de validation* de la plainte douloureuse bute sur un *vide représentationnel* qui ouvre la voie au doute et à la dénégation. Comment croire à la douleur de l'autre alors qu'elle ne repose sur aucun fondement réel? Relève-telle donc forcément d'une cause psychologique? [34]

« Si au moins j'avais une plaie ou un os cassé! » s'exclament parfois certains patients lorsqu'ils évoquent l'incompréhension suscitée en eux et autour d'eux par cette douleur dérobée à tous les regards, le leur y compris. [34]

Il est difficile d'accepter que la douleur est «ce que le patient en dit», parole vraie, à croire, mais trop souvent remise en question. Suspicion du «il dit..mais il exagère», tentation du «moi je connais bien cette pathologie, donc je sais ce qu'il doit ressentir». Le savoir concernant la douleur peut avoir différents effets: soit il permet, de part des questions pertinentes, des échanges fructueux au cours desquels, le patient peut, dans un climat de confiance et d'écoute, dépeindre les caractéristiques de sa douleur. Soit, malheureusement, il bloque l'échange, et dans ce cas, le patient se sent incompris et ne se reconnaît pas dans les dires du soignant.

De là se pose le problème de l'auto-évaluation (score de douleur rapporté par le patient lui-même) versus l'hétéro-évaluation (score rapporté par un tiers). Quelle est la place de l'hétéro-évaluation dans la cotation réelle et juste de la douleur? La personne qui souffre n'est-elle pas en effet la mieux placée pour quantifier précisément la douleur qu'elle éprouve?

Donner la parole au patient engendre de l'insécurité pour le soignant en face, car il ne sait pas ce qu'il va lui dire. Il est nécessaire de résister à la tentation de vouloir comparer la douleur d'un patient à celle d'un autre, tout comme il faut s'empêcher de vouloir constamment cataloguer les patients (doux, courageux, passif...).

En tant que professionnel de santé notre rôle n'est pas de juger une personne sur ce qu'elle ressent mais de donner un sens à sa plainte douloureuse. Nous sommes là pour entendre sa plainte, pour l'accepter, pour l'analyser et pour la soulager dans la plus grande impartialité, afin de ne pas banaliser, à notre insu, les symptômes que décrit le malade.

Il n'y a pas de plainte sans douleur, quelle qu'elle soit. Les connaissances des médecins, tout comme l'ensemble des soignants en la matière, doivent être adaptées aux modalités actuelles de prise en charge du patient douloureux comme le stipule l'article 11 du Code de déontologie médicale: "Tout médecin doit entretenir et perfectionner ses connaissances ; il doit prendre toutes dispositions nécessaires pour participer à des actions de formation continue".

L'évaluation de la douleur doit être basée majoritairement sur l'auto-évaluation du patient, dans la mesure du possible, pour une meilleure pertinence.

L'utilisation systématique d'outils d'évaluation, ainsi que l'instauration d'un climat de confiance, permet d'éviter ces dérapages de l'interprétation (cf partie I-2c).

II-2 Dimensions psychologiques

«La douleur est temporaire: qu'elle dure une minute, une heure, un jour ou même une année, peu importe, elle finit toujours par s'estomper. En revanche, si j'abandonne, ça ne s'effacera jamais»

Anonyme

Aujourd'hui, l'influence des facteurs psychologiques sur l'expérience douloureuse est une évidence pour tous les cliniciens et pour l'immense majorité des chercheurs impliqués dans ce domaine [36].

Les dimensions psychologiques peuvent représenter selon la situation individuelle en cause un facteur de vulnérabilité ou de maintien de la symptomatologie douloureuse, en être un déterminant essentiel, ou un modulateur.[37]

Dans ce travail de thèse, je m'arrête particulièrement sur la notion de catastrophisme qui implique une démarche particulière.

A) Rôle des facteurs de vulnérabilité et notions de catastrophisme

Certains facteurs émotionnels exposent à la douleur et à sa chronicisation. On parle souvent, par exemple, de la dépression ou bien encore de la peur de la douleur. Depuis les années soixante une nouvelle notion est apparue, celle de catastrophisme (A. Ellis).

Une augmentation exponentielle des publications traitant de la notion douleur/catastrophisme a été observée, passant de quelques articles en 1980 à 350 entre 2000 et 2008.

Plusieurs centaines de publications ont suivi depuis. [37]

Le catastrophisme se définit comme une attitude mentale exagérément négative, qui se construit durant une expérience en cours ou future de la douleur, selon Sullivan 2001. [38]

Autrement appelé dramatisation, le catastrophisme est une réponse cognitive et affective qui repose sur une expression inadéquate de la douleur. Il se caractérise par une focalisation exclusive du sujet sur les aspects aversifs et négatifs de son expérience douloureuse.

Lorsqu'elle est installée, la pensée catastrophiste est exprimée par son trépied : la rumination, l'exagération et la vulnérabilité.

En effet, le patient s'exprime par une attitude de rumination sur sa propre douleur associée à un vécu véritablement obsessionnel de son propre état.

De plus, la pensée catastrophiste entraîne une **amplification de l'intensité de la douleur**, des comportements douloureux, de la détresse émotionnelle, des évitements et des prises médicamenteuses.

Enfin, le catastrophisme est corrélé à d'autres variables qui influencent la douleur telles que la dépression, l'incapacité, l'algophobie ou encore l'évitement. [37]

Le catastrophisme reflète la façon dont chaque individu est capable d'expérimenter sa douleur. Toutefois, les personnes sujettes au catastrophisme s'expriment par un discours qui est assez souvent reproductible: [37]

- Rumination sur leur douleur: «Je ne peux m'empêcher de penser combien cela me fait mal».
- Exagération de leur douleur: «Je crains que quelque chose de sérieux arrive».
- Vulnérabilité devant leur douleur: «Je ne peux rien faire pour améliorer ma douleur».

L'attitude la plus souvent retrouvée chez ce type de patient, se manifeste par la recherche auprès des autres d'une attitude empathique, d'une attention particulière, sans objectif de diminution de la douleur. Les pensées catastrophistes semblent liées à une incapacité à

faire usage de la distraction ou des émotions positives (stratégie de « coping » ou « gérer »), en tant que moyen de faire face à la douleur. [37]

Afin de démontrer l'impact du catastrophisme sur le ressenti douloureux, J. Vlaeyen, dans un modèle « peur-évitement », suggère qu'il y a deux réponses comportementales différentes à la douleur : l'affrontement et l'évitement. (figure 12)

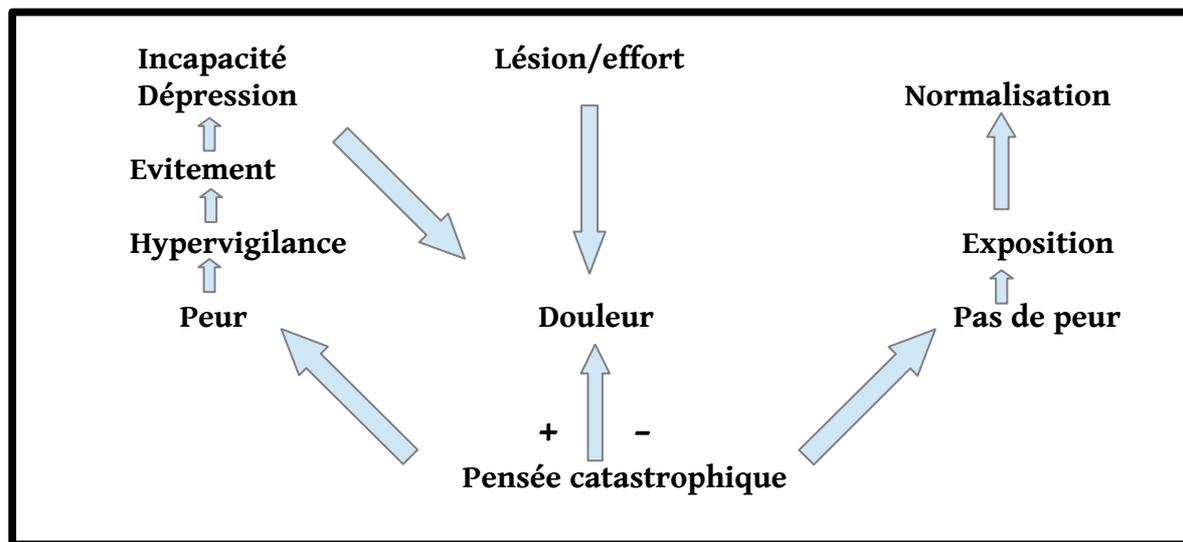


Figure 12: Deux réponses face à la douleur: affrontement ou évitement.
D'après Vlaeyen dans la Lettre de l'I.U.D n°31, novembre 2009;

Il s'agit de deux voies possibles par lesquelles les patients peuvent se trouver entraînés dans une spirale descendante d'évitement croissant, d'incapacité et de douleur.

Si la douleur est perçue comme menaçante (catastrophisme) une peur s'installe, elle même à l'origine de comportements de recherche de sécurité (hypervigilance) qui sont adaptés en douleurs aiguës mais deviennent contre-productifs par la suite et finissent par **amplifier l'expérience douloureuse**.

En effet, selon Vlaeyen, «ces conduites peuvent à long terme entraîner des croyances dissociées des réalités de chaque expérience douloureuse qui, par ailleurs, sont à la base de désocialisation» et peuvent donc influencer, chez ces patients, leurs perceptions des caractéristiques spécifiques de la douleur (dont son intensité) et leur fonctionnement psychosocial. [39]

Afin de pouvoir identifier et quantifier l'importance du catastrophisme chez un nouveau patient, un questionnaire, de 13 items, a été proposé dès 1995 par Michael J. Sullivan: le

Pain Catastrophizing Scale (PCS). (Annexe 6)

Il se réalise en moins de 5min et retrace les critères liés à la rumination, à l'exagération et à la vulnérabilité. Un score de plus de 30 représente un niveau clinique pertinent de catastrophisme. Un score de 20 constitue déjà un seuil de détection des patients à risque. Le PCS constitue donc une autre façon d'évaluer la douleur et reste à ce jour l'échelle de référence dans l'évaluation psychologique du patient douloureux.

Aujourd'hui, de nombreuses thérapies comportementales cognitives (TCC) font partie intégrante des traitements possibles des attitudes de dramatisation ou de catastrophisme. On peut citer la thérapie «ACT» (thérapie d'acceptation et d'engagement) ou encore la thérapie «mindfulness» (thérapie de pleine conscience), efficace pour lutter contre les évitements cognitifs et comportementaux: catastrophisme, algophobie, kiénésiophobie, etc.

La vulnérabilité, l'exagération et la rumination peuvent être améliorées par la **qualité de la relation médecin-malade**, l'information donnée à celui-ci, le recours à une **échelle d'évaluation adaptée** et une **prise en charge personnalisée**. La mise en place de **programmes thérapeutiques spécialisés et dirigés** (TTC) constitue une option supplémentaire dans le cadre de sa prise en charge. L'objectif doit être de **prévenir** ou de **mieux contrôler un catastrophisme** dont les **conséquences sur la douleur**, dont **l'augmentation de l'intensité douloureuse**, ont un impact toujours néfaste pour le patient et pour ses proches.

Le message nociceptif est traditionnellement décrit comme une alerte, entraînant une riposte émotionnelle et comportementale qui, seule, sera mémorisée.

Selon cette interprétation, on peut donc revivre la situation contextuelle et émotionnelle de la douleur mais sans ressentir précisément la sensation physique.[17]

«Cette approche classique est remise en question à partir d'observations qui laissent à penser que certaines douleurs chroniques sont une réminiscence de douleurs aiguës alors même que l'agression tissulaire a disparu.»[17]

Les conséquences thérapeutiques de cette conception sont primordiales pour prévenir l'installation de certaines douleurs chroniques.

B) Rôle de la mémoire de la douleur.

«Les douleurs récentes font reverdir les vieilles douleurs.»

Chateaubriand, Mémoires d'outretombe; tII, p 171

La mémoire d'une douleur peut interférer et souvent amplifier, le vécu des douleurs à venir. Ainsi, Erickson disait que dans toute douleur, il y avait pour un tiers la douleur actuelle, pour un autre tiers la douleur mémorisée, et que le dernier tiers était constitué de la peur de la douleur à venir. [40][41]

Les deux fonctions, mémoire et douleur, sont souvent associées mais avec des sens variables selon le bagage de celui qui l'emploie. La mémoire douloureuse n'a pas la même signification pour un biologiste qui fait allusion aux phénomènes de plasticité de la corne postérieure, pour le psychanalyste qui fait le lien avec les traumatismes de l'enfance, pour le neuropsychologue qui essaiera de disséquer les mémoires de la douleur en boîtes différentes comme celles du langage ou de la vision ou pour le rééducateur confronté aux douleurs fantômes, véritables résurgences de douleurs passées souvent oubliées. [40]

Tous ces spécialistes admettent que la douleur laisse une trace mais contrairement aux autres fonctions sensorielles comme l'audition, le rappel du stimulus au sens du ressenti physique est impossible alors que la reconnaissance d'une douleur déjà expérimentée l'est, ce qui démontre bien que le message a bien été enregistré dans le cerveau. [41]

Une lésion tissulaire peut être comparée au Big Bang dont les répercussions spatiales et temporelles ont été incommensurables pour l'avenir de l'univers.

L'évolution de tout l'univers physique dans les 15 milliards d'années écoulées depuis le Big Bang a été déterminée par des événements survenus au cours des trois premières minutes suivant l'explosion originelle.

De la même manière, l'expérience de la douleur d'un individu, dans les minutes, les heures, les jours qui suivent une lésion aiguë peut en grande partie déterminer ses réactions durant les mois ou les années qui vont s'écouler et donc inscrire dans la mémoire cette expérience douloureuse entretenue. C'est pourquoi la mémoire de la douleur peut être plus dommageable que son expérience initiale puisque le traitement émotionnel des signaux douloureux implique des phénomènes centraux complexes.

On peut donc se poser la question: l'aspect émotionnel de la douleur est-il plus important pour l'évaluation clinique et le contrôle de la douleur que son aspect sensoriel? [40][41]

Il existe toute une littérature sur les capacités des sujets à enregistrer leur propre douleur au stade aigu. Actuellement nous savons qu'il existe deux types de mémoire: la mémoire implicite, non accessible à la conscience et donc non racontable, mais qui existe dans notre vécu et dans notre corps, ainsi que la mémoire explicite, dite déclarative, fonctionnelle à partir de 4ans.

La mémoire explicite est dite consciente. Elle permet de raconter et décrire le siège, l'intensité, la durée d'une douleur passée. Cette mémoire consciente est épisodique, c'est-à-dire qu'elle permet de faire resurgir des faits uniques, biographiques. [40]

Elle dépend du circuit de Papez qui stocke et rappelle toutes les informations permettant d'évoquer la douleur et de la décrire à distance sans que la sensation puisse pour autant être revécue. L'exemple type en est l'amnésie de Korsakov. Dans cette pathologie, le patient est dénué de mémoire explicite épisodique par interruption du circuit de Papez. Malgré l'oubli massif, le patient peut encore acquérir un comportement réflexe adéquat en réponse à un stimulus nociceptif. Si on le salue en lui infligeant une piqûre dans la main, il va dix minutes plus tard éviter de tendre la main à son interlocuteur tout en affirmant le voir pour la première fois. [40][41]

La mémoire implicite est inconsciente, plus complexe que la première et laisse des traces non perçues par le sujet. Elle est mise en jeu lors d'une expérience identique et va influencer sur la perception et sur les nouvelles réponses.

La mémoire implicite est une mémoire d'apprentissage: elle permet d'acquérir des compétences mais sans que l'expérience qui a mené à l'apprentissage ne soit retenue. Par exemple, lacer ses chaussures est devenu pour le grand enfant, puis l'adulte, un geste automatique et il n'est pas besoin de se souvenir de la forme ou du moment de l'apprentissage pour pouvoir réaliser cette coordination de mouvement. [41]

Pour illustrer ces propos, une étude randomisée a été réalisée sur les effets du fentanyl intranasal versus un placebo, pour les ponctions lombaires et les ponctions médullaires chez des enfants. (Schechter, Wersmer, Rosenblum *et al* . 1995).

Lors du premier geste, la moitié des enfants recevait un analgésique efficace (fentanyl intranasal) alors que l'autre moitié recevait un placebo. Après la première ponction, tous les enfants recevaient l'analgésique efficace.

Le résultat intéressant est que le groupe traité par fentanyl du début à la fin a présenté des douleurs faibles ou modérées lors de tous les gestes alors que le groupe qui avait reçu initialement le placebo a continué à présenter des scores de douleur modérée à élevée même lorsqu'ils recevaient l'analgésique efficace.

Leur souvenir de la première expérience, avec une douleur non soulagée, leur avait rendu difficile, voir impossible, de reconnaître le soulagement apporté par le fentanyl.

Ce processus, est très proche d'un phénomène de conditionnement ou un stimulus conditionnant, associé à une douleur, pourrait après une phase d'apprentissage créer la douleur sans stimulation nociceptive. [40][41]

Les conditionnements négatifs qui accompagnent un événement douloureux intense sont tenaces : telle odeur, scène visuelle ou parole associées à une douleur aiguë du passé vont déclencher à nouveau une impression désagréable, sans que le sujet fasse obligatoirement le lien avec l'histoire douloureuse.

Ceci a été supposé pour des événements douloureux de la prime enfance lors de la période d'amnésie infantile ou au cours de réveils partiels lors d'anesthésie générale ou lors de séjour en réanimation.[40][41]

Dans les liens complexes entre mémoires explicites et implicites de la douleur apparaît la notion d'une compétition entre ces secteurs de la mémoire.

Une douleur mal mémorisée sur le plan explicite (patient sous benzodiazépine par exemple) pourrait l'être davantage au niveau implicite et créer ainsi un conditionnement dont le patient n'a aucune chance de comprendre la signification. Mais il peut exister la situation symétrique du « souvenir flash ». [40][41]

Il existe donc une représentation consciente de la douleur, permettant des évocations épisodiques et sémantiques du contexte de douleur aiguë, ainsi qu'un stockage sensoriel implicite de la douleur, échappant à la mémoire déclarative mais modifiant nos comportements de manière durable.

II-3 Dimensions physiopathologiques

« L'Homme est un apprenti, la douleur est son maître, Et nul ne se connaît tant qu'il n'a pas souffert. »

Alfred de MUSSET, Poésies nouvelles, La Nuit d'Octobre

A côté des dimensions sociales et psychologiques, il existe une dimension physiopathologique à la douleur dont celle des interactions médicamenteuses. En effet, les conséquences de cette interaction se traduisent par une modification des concentrations au niveau plasmatique mais également au niveau du site d'action, engendrant une diminution ou une augmentation de l'efficacité des opioïdes.

A) Rôle des interactions médicamenteuses

➤ Définition

L'ANSM donne une définition précise de l'interaction médicamenteuse : « Pour être retenue, une interaction doit avoir une traduction clinique significative, décrite ou potentiellement grave, c'est-à-dire susceptible de provoquer ou majorer des effets indésirables, ou d'entraîner, par réduction de l'activité, une moindre efficacité des traitements ».

Autrement dit, l'interaction médicamenteuse est une situation qui résulte de l'administration concomitante ou successive de deux ou plusieurs médicaments (ou parfois d'autres substances : aliment, alcool..) modifiant la pharmacodynamie et/ou la pharmacocinétique d'un médicament. Considérons les interactions au niveau des transporteurs et du métabolisme.

➤ Interactions au niveau des transporteurs: P-gp et relation avec la pharmacocinétique de la morphine

La P-gp est un transporteur d'efflux membranaire, c'est à dire qu'il est impliqué dans l'élimination intestinale, hépatique et rénale de la morphine (figure 13).

Elle est également impliquée dans la protection de certains tissus (au niveau de la Barrière Hémato-Encéphalique (BHE) entre autre).

L'expression de la P-gp au niveau intestinal et de la BHE régule le passage de la morphine.
[42]

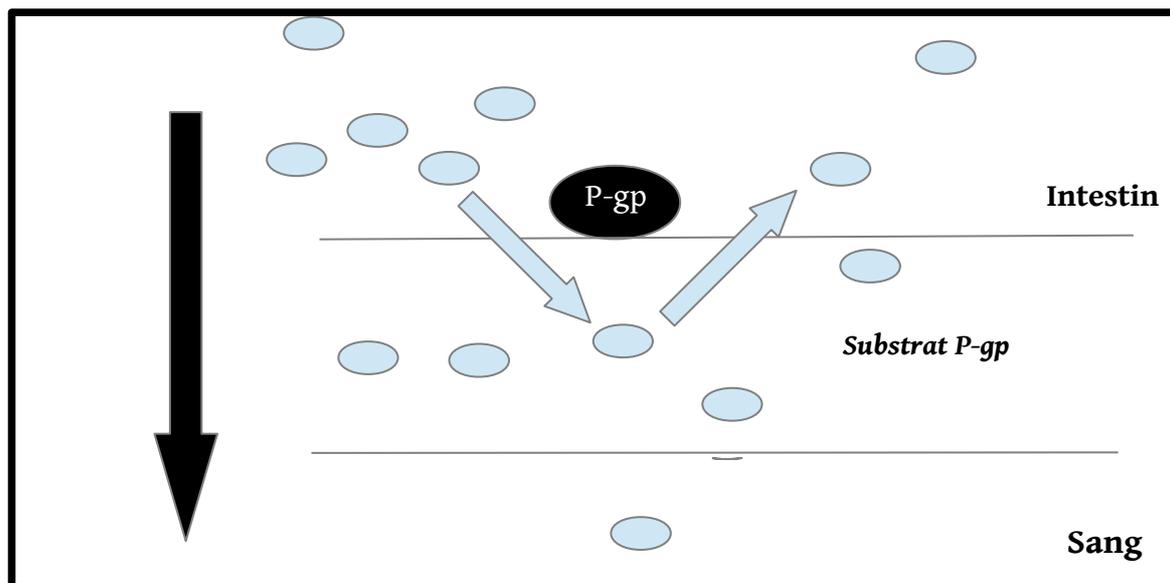


Figure 13 : Localisation subcellulaire de la P-gp au niveau des entérocytes

Des études ont montré que l'inhibition de la P-gp augmentait le passage de la morphine au niveau cérébrale avec comme conséquence une augmentation de l'activité antinociceptive de cette molécule (Xie 1999, Zong 2000, Thompson 2000).

Ainsi, toutes les molécules inhibitrices ou inductrices de la P-gp pourraient moduler le passage de la morphine au niveau cérébrale.

Parmi les inhibiteurs connus de la P-gp utilisés en thérapeutique, il y a notamment la ciclosporine A, le kétoconazole, la quinidine, les antiviraux, le tacrolimus et le vérapamil (voir annexe 7).

Ces molécules pourraient théoriquement augmenter les concentrations intracérébrales des opioïdes et leurs effets thérapeutiques et toxiques.

Concernant les molécules inductrices, deux études ont rapporté le rôle de la rifampicine et de l'indinavir dans l'induction de la P-gp et donc une diminution de l'efficacité de la morphine malgré des doses satisfaisantes de morphine (Hamman 2001, Lin 1999). [42]

➤ **Interaction au niveau du métabolisme : rôle des inducteurs et des inhibiteurs enzymatiques**

Le métabolisme d'un médicament correspond à la transformation enzymatique de celui-ci en un ou plusieurs composés, dits métabolites, actifs ou non.

Le métabolisme est une des phases d'élimination d'un médicament : les différentes étapes du métabolisme conduisent à la formation de substances hydrosolubles plus facilement éliminées par les milieux aqueux tels que l'urine, la bile, la salive...[43]

Le métabolisme se fait essentiellement dans le foie, et fait intervenir deux types de réactions : les réactions de phase I et les réactions de phase II (figure 14).

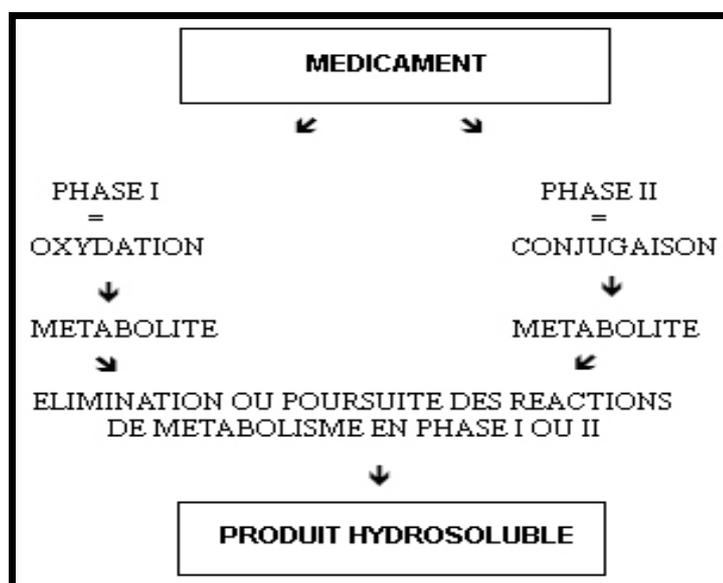


Figure 14 : Phases d'élimination du médicament.
M. Mostafa Dellale, 2006.

La réaction de phase I, représentée essentiellement par l'oxydation de la molécule est catalysée par les cytochromes P450 (CYP450).

Considérons les opioïdes : les CYP les plus impliqués dans le métabolisme hépatique sont les enzymes appartenant à la superfamille des CYP450 (CYP3A4 , CYP2D6).

La codéine tout comme la méthadone, est métabolisée essentiellement par le CYP3A4 ainsi que par le CYP2D6. De nombreuses interactions existent de part le nombre important de médicaments inducteurs ou inhibiteurs enzymatiques du CYP3A4 et CYP2D6. De la même manière que ci-dessus, un inhibiteur de l'un de ces cytochromes va augmenter la concentration plasmatique de la codéine ou de la méthadone, augmentant son efficacité mais aussi sa toxicité.

Au contraire un inducteur enzymatique va diminuer l'efficacité du traitement malgré des doses suffisantes de codéine ou de méthadone. **Dans ce cas, une augmentation des doses de morphinique ne contre-carrera pas cette interaction et donc cette faible antalgie.**[42]

Ci-dessous le figure 15 récapitulant les inhibiteurs et les inducteurs enzymatiques modifiant l'efficacité et l'activité des opioïdes.

CYP	PRINCIPES ACTIFS	INHIBITEURS	INDUCTEURS
1A2	clozapine théophylline	énoxacine fluvoxamine	alcool (en prise chronique) tabac millepertuis
2C8	répaglinide rosiglitazone	gemfibrozil	anticonvulsivants : carbamazépine phénobarbital, phénytoïne
2D6	flécaïnide, propafénone métoprolol	fluoxétine, paroxétine quinidine thioridazine	anti-infectieux : rifampicine rifabutine éfavirenz névirapine griséofulvine
3A4	ergotamine dihydroergotamine amiodarone, disopyramide midazolam, triazolam, zolpidem cisapride ifosfamide ciclosporine, tacrolimus, sirolimus alfentanil, fentanyl, méthadone pimozide sildénafil, tadalafil, vardénafil simvastatine, atorvastatine inhibiteurs de la tyrosine- kinase alcaloïdes de l'ergot vasoconstricteurs	jus de pamplemousse amiodarone diltiazem, vérapamil kétoconazole, itraconazole voriconazole, posaconazole fluconazole, miconazole ritonavir, nelfinavir, amprénavir, indinavir, atazanavir... érythromycine, clarithromycine, josamycine telithromycine	

Figure 15 Principaux cytochromes (CYP), principes actifs à marge thérapeutique étroite et métabolisés par ces CYP, inhibiteurs et inducteurs.
(<http://ansm.sante.fr>)

La morphine, quant à elle, subit **une réaction de phase 2** (figure 14), c'est à dire une glucuroconjugaison par l'enzyme UGT2B7 (figure 16). Cette enzyme peut être inhibée par les antidépresseurs tricycliques, la naltrexone ou les ions métalliques Cu²⁺ ou Cd²⁺. La ranitidine est également capable d'inhiber la glucuroconjugaison de la morphine. [42]

Par conséquent, le taux plasmatique de morphine s'en trouve affecté.

Au-delà de ces interactions sur les transporteurs et les modulateurs enzymatiques, on peut également citer les interactions par accumulation qui risquent de provoquer une augmentation des effets indésirables de la morphine : La **somnolence** par l'association morphine plus dépresseurs du système nerveux (tranquillisants, somnifères, antidépresseurs, neuroleptiques...) ou encore le risque de **dépression respiratoire** par l'action concomitante de la morphine avec le phénobarbital, ou les benzodiazépines.

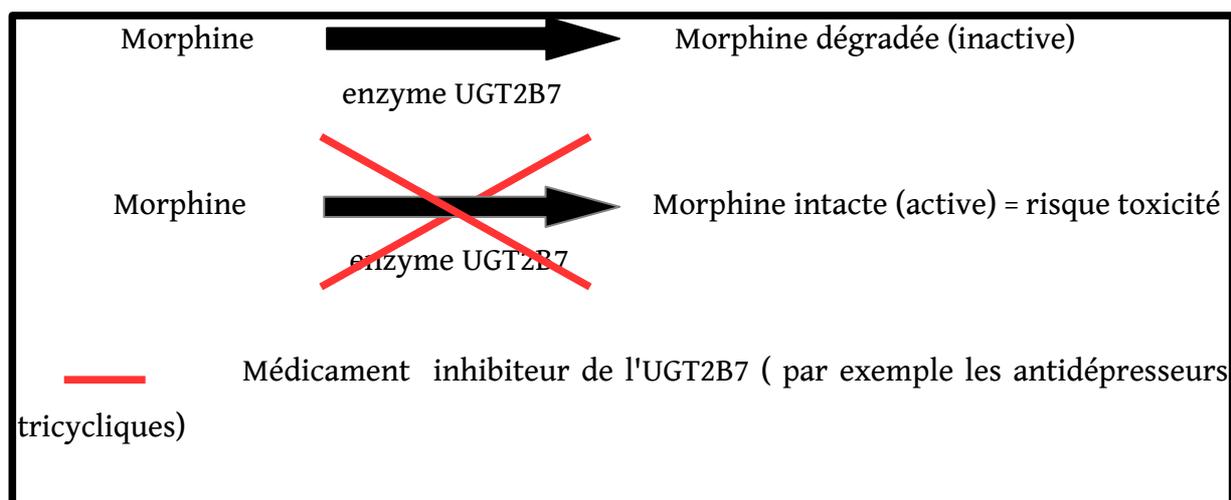


Figure 16 : Action d'un médicament inhibiteur de l'UGT2B7 sur l'activité de la morphine

Lors d'une analgésie peu efficace, ou lorsque l'on se demande « faut-il augmenter les doses de morphiniques malgré des doses croissantes » ou lors d'apparition d'effets indésirables, il est primordial, avant toute chose, de vérifier les interactions médicamenteuses possibles. Le pharmacien tient donc un rôle majeur lors de toute nouvelle initiation de traitement chez un patient douloureux traité par morphinique surtout si ce patient représente le contexte d'une personne malade polymédiquée.

Le rôle essentiel du pharmacien dans la surveillance de l'efficacité du traitement morphinique amène une nouvelle question : avec qui le pharmacien va-t-il échanger sur ce domaine et permettre une performance optimale du traitement antalgique? Deux acteurs principaux semblent répondre à cette interrogation : le médecin en tant que professionnel de santé, mais aussi le patient et ses proches dans le cadre d'une éducation thérapeutique.

Bien que les opiacés soient largement utilisés dans le traitement des douleurs aiguës et chroniques, la réponse obtenue est très variable entre individus, tant par rapport à leur

efficacité, leurs effets secondaires ou leur tolérance. [44]

B) Rôle des mutations génétiques

« La douleur réveille en nous, tantôt ce qu'il y a de plus noble dans notre nature, le courage, tantôt ce qu'il y a de plus tendre, la sympathie et la pitié. Elle nous apprend à lutter pour nous, à sentir pour les autres. »

Benjamin CONSTANT,

De la religion considérée dans sa source, ses formes et ses développements. Tome IV

Dans les années 50, les premières observations concernant l'impact des facteurs génétiques sur la réponse à divers agents pharmacologiques ont été publiées. Mais ce n'est que vingt ans plus tard que le cytochrome P450 a été identifié et associé au métabolisme d'une multitude d'agents pharmacologiques. Cette découverte a permis de mettre en lumière l'existence de variantes génétiques inter-individuelles. [45]

Quant aux opioïdes, pour des raisons diverses, une proportion significative de patients éprouve très précocement des effets indésirables, et ce à faible dose, alors que d'autres à l'extrême ont une analgésie insuffisante malgré des doses croissantes de morphiniques. De nombreux gènes impliqués dans la composante du message douloureux ont été étudiés. Plusieurs gènes méritent d'être mentionnés lorsqu'on évoque la base génétique de la variabilité inter-individuelle à la réponse aux opiacés. [46]

Ainsi, on peut citer le polymorphisme des gènes du CYP2D6 et de la P-gp vu précédemment dans la métabolisation et le transfert membranaire des opiacés, de la catéchol-O-méthyltransférase (COMT) pour le métabolisme de neurotransmetteurs dopaminergiques impliqué dans le phénomène douloureux, ainsi que le gène codant pour le récepteur μ aux opiacés (μ OR).

Il en résulte donc que la réponse aux opiacés en fonction du profil génétique est un exemple typique de réponse polygénique. [46]

➤ Polymorphisme du gène du CYP 2D6

Le polymorphisme de ce cytochrome est l'un des mieux étudiés, avec plus d'une centaine de variantes alléliques. [47]

Quatre groupes phénotypiques ont été identifiés :

- Les **métaboliseurs lents** (PM= poor metabolizers) qui ne possèdent pas l'enzyme (5 à 10 % des caucasiens)
- Les **métaboliseurs intermédiaires** (IM) qui sont hétérozygotes avec un allèle déficient et un allèle efficace, aboutissant à une activité enzymatique réduite (15% des caucasiens)
- Les **métaboliseurs rapides**, possédant l'enzyme avec deux allèles normaux (extensive metabolizers EM) présentant une activité enzymatique normale (60-70% des caucasiens)
- Les **métaboliseurs ultrarapides**, possédant de multiples copies du gène et aboutissant à une activité anormalement élevée du CYP2D6 (UM). (1 à 10%)

Le CYP2D6 est absent chez les métaboliseurs lents, rendant la conversion de la codéine en morphine impossible alors que c'est essentiellement la morphine qui produit l'effet analgésique (voir figure 17). La codéine est donc relativement inefficace chez ce type de personne (10% de la population caucasienne), alors que les effets secondaires peuvent tout de même être observés. On retrouve le même phénomène concernant le paracétamol via le CYP450.[48]

A l'opposé des métaboliseurs lents, un rapport récent a fait part d'un cas d'intoxication à la codéine chez un sujet ayant un métabolisme ultra-rapide du CYP2D6 [49].

Figure 17 : Métabolisation de la codéine (Koren et al. Lancet 2006)

L'influence du génotype du CYP2D6 sur l'oxycodone ou l'hydroxycodone, n'est pas encore totalement élucidée, il pourrait également être influencé par le profil génétique de CYP2D6.

Des recommandations viennent de paraître intégrant ainsi la notion de « statut génétique » dans la prise en charge thérapeutique, lorsque l'on envisage d'utiliser la codéine au long cours (FDA («food and drug administration » américaine) le 20 février

2013 et alerte de l'ANSM le 12 avril 2013). [50][51]

➤ Polymorphisme du gène de la P-gp

La P-gp, transporteur membranaire, est codée chez l'homme par le gène MDR1 (ABCB1). Le polymorphisme est lié à la mutation sur l'exon 26. Ceci entraîne une expression et une fonctionnalité variable de la P-gp.

La fonctionnalité et l'expression de la Pgp dans les cellules intestinales et hématopoïétiques seraient ainsi variables selon les génotypes (Hoffmeyer et col., Proc Natl Acad Sci 2000).

Cependant, des résultats inverses ont été montrés par d'autres (Kim et col., Pharmacogenetics 2002).

La fréquence de la mutation varie selon les races: par exemple les africains et les afro-américains surexpriment les gènes de la p-gp (83 et 61%) par rapport aux caucasiens (26%) et aux japonais ou chinois (34%) (Schaeffeler et col. Lancet 2001). [50][51]

Plusieurs études ont recherché le rôle de MDR1 (gène codant la P-gp) dans la variabilité de la réponse à la morphine, c'est à dire influençant la dose nécessaire à l'analgésie, et des effets secondaires lors d'un traitement par la morphine.

Campa et al. ont montré que les sujets homozygotes TT, c'est à dire mutés ont des besoins en morphine inférieurs à ceux des sujets homozygotes CC, non mutés, et des concentrations intracérébrales supérieures (Meineke 2002, Reyes-Gibbi 2007, Lötsch 2009). [50][51]

Les conséquences cliniques d'une mutation de la P-gp lors de l'administration d'opioïdes, n'ont pas été encore suffisamment élucidées, et reste pour l'heure controversée.

➤ Polymorphismes du gène de la catéchol-o-méthyl-transférase (COMT)

La COMT est la principale enzyme responsable du métabolisme (dégradation) des catécholamines : Noradrénaline, adrénaline et dopamine. L'inhibition de la COMT augmente la sensibilité à la douleur car elle augmente la dopamine et donc diminue la production opioïdes endogènes. [50]

Elle est codée par un gène situé sur le chromosome 22. La substitution nommée VAL158MET est responsable d'une modification de l'activité enzymatique : les patients porteurs de l'allèle MET auraient une enzyme jusqu'à quatre fois moins active que les porteurs de l'allèle Valine (Lachman 1996, Lotta 1995) (Figure 18).

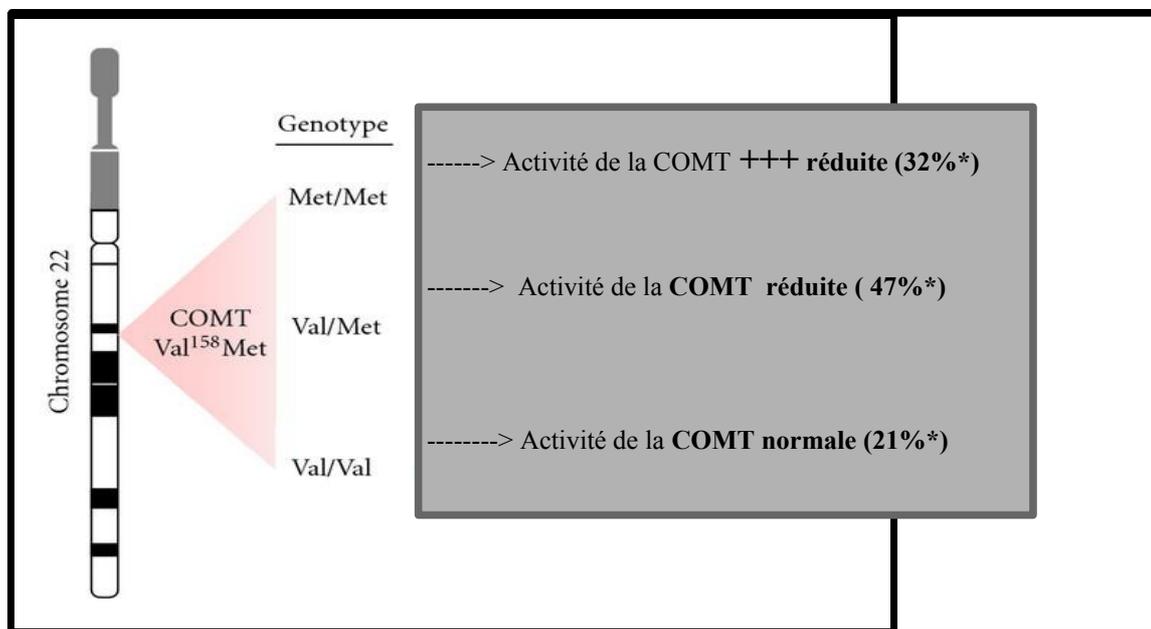


Figure 18 : Modification de l'activité de la COMT en fonction du génotype (* de la population caucasienne [47])

Les études expérimentales, ont montré que les individus porteurs du génotype MET /MET (activité de la COMT réduite) avaient une tolérance à la douleur inférieure après des stimulations douloureuses expérimentales et une densité régionale plus élevée de récepteurs opioïdes μ comparés aux individus avec un génotype VAL/ MET et VAL/VAL (Zubieta 2003). Ils détruisent donc moins les catécholamines, amplifiant la douleur, mais présentent une surexpression des récepteurs à la morphine engendrant un besoin de doses statistiquement plus faibles que les autres génotypes (Rakvag 2008).

Donc non seulement le polymorphisme des gènes est à considérer mais également le nombre de récepteurs aux morphiniques.

➤ Polymorphisme du gène du récepteur opioïde μ (μ OR)

Le μ OR est le site d'action des opiacés endogènes (endorphines) ainsi que la cible pour les opiacés tels que la morphine, la méthadone, le fentanyl et autres dérivés. A ce jour, près de 100 variants alléliques ont été identifiés, dont 24 ayant des conséquences fonctionnelles. L'intérêt particulier du polymorphisme A118G réside dans le fait que la

variante G118 est d'une part relativement fréquente dans la population (entre 15 et 50% selon l'ethnicité, 10 à 30 pour les Caucasiens) et qu'elle semble augmenter substantiellement l'affinité de liaison, en tout cas *in vitro*, du récepteur variant à la B endorphine (morphine endogène). [51]

En revanche, il n'y a à ce jour que relativement peu d'études cliniques examinant l'effet du polymorphisme A118G sur la perception de la douleur et la réponse aux morphiniques. De plus, certaines de ces études présentent des résultats contradictoires (Lötsch 2002.d, Befort 2001, Skarke 2003, Beyer 2004, Romberg 2005).

Une seule étude à ce jour a exploré l'effet de ce polymorphisme du gène du récepteur opioïde sur la perception douloureuse dans un modèle expérimentale chez des volontaires sains.

Dans cette étude, l'allèle variant G118 était associé à un seuil de douleur mécanique (pression) supérieur en comparaison à celui des sujets A118 homozygotes. Cette démonstration corrobore les résultats de Bond et coll., qui avait trouvé *in vitro* une affinité accrue à la b-endorphine, ce qui pourrait expliquer cette meilleure tolérance à la douleur mécanique.[52]

De nombreuses études sont donc encore nécessaires pour apprécier toute l'étendue de l'influence du polymorphisme A118G du μ OR sur l'effet des opiacés, en évaluant également tous les modes d'administration, dans toutes les situations cliniques douloureuses.[50][51]

L'influence des polymorphismes des transporteurs et des enzymes impliqués dans le métabolisme des analgésiques couramment utilisés pour soulager la douleur est, à l'heure actuelle, encore parcellaire. Ces découvertes permettront peut-être à long terme de prédire quels individus sont susceptibles de moins bien répondre à tel ou tel antalgique afin de proposer d'emblée des stratégies médicamenteuses efficaces.

Evidemment, les dimensions socio-culturelles, psychologiques et physiopathologiques, n'expliquent pas à elles seules les situations algiques non contrôlées malgré des doses croissantes de morphiniques. Une autre dimension doit être également envisagée, celle de l'observance du patient. Quels sont les facteurs d'un défaut d'observance chez un patient douloureux ? Quelles en sont la signification et les dangers ?

II-4) Rôle du défaut d'observance des traitements antalgiques médicamenteux

«Si notre vie était sans limites et sans douleurs, nul homme peut-être n'aurait eu l'idée de se demander pourquoi le monde existe et se trouve constitué justement de cette façon.»

SHOPENHAUER, Douleurs du Monde, Pensées et fragments, Rivages poche. p.189

L'observance, ou compliance (selon des auteurs anglo-saxons) se définit comme le niveau de concordance entre les prescriptions médicales, qu'elles soient médicamenteuses ou non, et le comportement d'un patient. L'observance, qui témoigne de l'adhérence au traitement, met l'accent sur le rôle du patient, mais aussi du médecin et de tous les professionnels de santé qui l'accompagnent dans cette prise en charge, et donc par suite de l'importance de l'éducation thérapeutique. [30]

Ainsi, le défaut d'observance ne peut être imputé aux patients que si les professionnels de santé qu'ils côtoient, leur ont fourni de manière claire et intelligible, et en y consacrant le temps nécessaire, les informations utiles au suivi des prescriptions.

Notons que les spécificités de l'observance d'un traitement antalgique tiennent au fait que la douleur requiert par essence un traitement symptomatique. En effet, celui-ci, sollicité par le patient conduira en règle général à une bonne observance, à la différence des traitements curatifs de maladies asymptomatiques ou préventifs. [30]

Une autre particularité est liée au risque iatrogène des antalgiques, c'est-à-dire en lien avec le médicament lui même (effets indésirables, interactions médicamenteuses), favorisé par une utilisation abusive de celui-ci.

Schématiquement, un défaut d'observance d'un traitement antalgique peut concerner plusieurs paramètres : les rythmes d'administration, les posologies, les durées de traitement, le contexte psychique du patient, les médicaments et leurs effets indésirables, etc....

La connaissance du patient sur les rythmes d'administration et l'intérêt de ses différents médicaments est essentielle au bon suivi du traitement. Le malade peut être amené à accumuler les prises d'antalgiques de façon anarchique dans une « cafouillothérapie »

inefficace et dangereuse, parfois même inductrice de douleurs iatrogènes. [30]

Les douleurs intenses justifient que les antalgiques soient répartis sur l'ensemble du nycthémère et non pas « à la demande ». De telles douleurs doivent être soulagées préventivement par des prises régulières afin d'éviter des phénomènes de rebond qui serait responsable d'une exacerbation douloureuse imposant de plus fortes doses d'antalgiques et parfois une mauvaise observance.

Pour respecter ce rythme nyctéméral, il existe différentes formes galéniques que le patient doit différencier : les formes à libération prolongée (LP), comme le SKENAN[®], utilisées dans les douleurs quotidiennes intenses et permanentes, ainsi que les formes à libérations immédiates (LI), exemple l'ACTISKENAN[®], destinées aux douleurs intenses mais intermittentes. La présence d'accès douloureux peut être soulagé par la combinaison d'une forme LI à une forme LP.

On peut également citer les morphiniques sous forme de dispositifs transdermiques tels que le FENTANYL[®], à appliquer tous les trois jours, mais ne sont efficaces qu'au bout de 24H.

Plusieurs informations sont à apporter au patient pour une bonne utilisation de ce dispositif et par conséquent une bonne observance, telle que l'apparition de l'effet recherché est obtenu dans les 24 heures suivant l'application du premier dispositif et il s'atténue progressivement après le retrait du dispositif, ou bien qu'il ne doit pas consommer d'alcool pendant le traitement au risque d'augmenter les effets indésirables, etc...

Le rôle primordial du pharmacien d'officine apparaît d'ores et déjà comme une évidence dans l'apport de l'information médicamenteuse et non médicamenteuse au patient.

L'apparition d'effets indésirables est l'une des plus grandes causes de mauvaise observance et d'arrêt précoce du traitement. Une anticipation de ces effets et la mise au clair du patient sur ces risques est primordiale. Le médecin et le pharmacien se doivent de prévenir et prendre en charge les effets indésirables les plus fréquents.

Concernant les opioïdes, deux effets indésirables fréquents sont à contre carter : La constipation et la somnolence, qui sont rapidement palliés par des règles hygiéno-diététiques et la prescription de laxatifs.

Un dernier facteur semble essentiel pour la bonne observance du traitement : la réévaluation régulière de la symptomatologie. La douleur n'est pas figée , elle évolue avec le temps, la maladie et les traitements. Il peut s'avérer que le traitement soit insuffisant, par prescription inadéquate du médecin, qui a pu sous-estimer l'intensité de la douleur, faire un mauvais choix thérapeutique, du fait d'une moindre sensibilité personnelle à tel antalgique, ou de part l'évolution de la douleur.

Les prescriptions médicales ne pourront être suivies que si le patient se rend de manière régulière aux consultations. L'oubli de rendez-vous ou les retards feront suspecter un défaut d'observance. La réévaluation de la douleur doit se faire tous les 2-3 jours jusqu'à l'obtention d'une symptomatologie satisfaisante et stabilisée. [30]

Malheureusement cette mauvaise observance a de multiples conséquences. Elle augmente inutilement un traitement antalgique ou en change de façon inappropriée (mauvaise répartition sur le cycle nyctémère, prise anarchique...) engendrant l'augmentation du risque d'effets indésirables et l'entrée du patient dans un cercle vicieux. Elle laisse s'aggraver une maladie non ou mal traitée.

Elle entraîne l'accumulation de médicaments à domicile, ce qui peut favoriser les risques d'automédication ultérieure de la part du malade mais aussi de son entourage, source d'accidents et de traitements inappropriés. Enfin, elle incombe un coup onéreux à la sécurité sociale, de part l'achat successif de médicaments qui coûtent chers, mais non utilisés à bon escient.[30]

Quelles significations peut-on donner à ce défaut d'observance ? De nombreux ouvrages sont consacrés à cette question. Aujourd'hui plusieurs raisons ont été avancées et mettent en avant différents aspects du malade douloureux.

Ce défaut d'observance peut traduire le refus de sa maladie, surtout lorsqu'elle est à la fois chronique, bénigne et « supportable » (douleur arthrosique) : « Je ne prends pas mon antalgique, donc je ne suis pas malade ».

Le refus de la contrainte thérapeutique par désinvolture ou informations insuffisantes sur sa maladie et la justification des traitements, la crainte d'effets indésirables avec parfois une hostilité déclarée vis-à-vis des traitements « chimiques » au bénéfice des thérapeutiques dites « douces » (acupuncture, mésothérapie, homéopathie...), la crainte de ne pas guérir, par découragement lorsque le malade se croit (à tort ou à raison) porteur d'une maladie incurable du fait d'un état dépressif. [30]

On peut encore citer le désir de ne pas réellement guérir, du fait des bénéfices secondaires que tire le malade de sa maladie : arrêt de travail, obtention d'une incapacité permanente partielle (IPP), fuite des responsabilités, augmentation de l'attention de la part de l'entourage et des médecins.

Enfin, on peut mettre en avant cette sensation de rejet du médecin, surtout en cas d'inefficacité thérapeutique et/ou de mauvaise relation médecin-malade. On retrouve cette dernière situation lorsque le malade s'estime mal informé sur son traitement et sa maladie, lorsque le médecin n'a pas réussi à créer une relation de confiance avec le malade et n'a pas décelé la valeur symbolique du symptôme : lorsqu'un malade expose sa plainte douloureuse sur le versant somatique (« j'ai mal »), il cherche plus ou moins inconsciemment à exprimer une souffrance plus profonde (« je suis mal, je vais mal »). De là, méfiance et colère, sources de non observance, peuvent infiltrer l'échange.[30]

L'observance thérapeutique est l'une des clefs primordiales de la réussite d'un traitement. Il est donc nécessaire de tout entreprendre pour la faciliter.

Une ordonnance trop compliquée, mal expliquée, mal écrite, voire trop coûteuse, risque d'être mal observée. Un traitement prolongé, un délai d'action retardé (comme le *DUROGESIC*®), un effet indésirable dont le patient n'a pas été prévenu constituent des facteurs de mauvaises observances. Le nombre des médicaments prescrits, leur utilité propre et la durée du traitement sont trois facteurs essentiels.

D'une façon générale, la prescription de plus de trois médicaments fait chuter l'observance, de même qu'une durée prolongée du traitement et la non connaissance du patient sur l'utilité de chacun de ses médicaments.

Finalement, l'essentiel de la réussite d'un traitement réside en grande partie dans la prise en compte des facteurs socio-culturels, psychologiques et physiopathologiques, dans la qualité de la relation triangulaire établie entre le médecin, le malade et le pharmacien, ainsi que le temps accordé à l'éducation thérapeutique et la pertinence de celle-ci.[30]

III- APPROCHES THERAPEUTIQUES DE LA PLAINTÉ DOULOUREUSE

« *Malheur au malade qui dit mal son mal.* »

P. Queneau

« Honni soit le médecin qui mal le pense. »

G. Ostermann

III-1 Accueil de la plainte douloureuse

Chaque jour, le savoir scientifique progresse et accroît nos connaissances, mais « chaque jour, chaque consultation nous rappelle que derrière chaque découverte, une nouvelle inconnue apparaîtra, que le manque comme la mort est inéluctable » (O. Rozowsky).

Pour le praticien, se trouver face à un patient qui souffre depuis des mois voire des années, qui a connu de nombreux échecs et errances thérapeutiques, relève d'un véritable défi, c'est celui de la douleur chronique devenue maladie en elle-même.

Pour le patient, être malade dans une société où performance et rendement sont les principales qualités pour s'y insérer, incombe rapidement à celui-ci, un sentiment d'infériorité, d'impuissance, de solitude, d'angoisse, de colère ou d'incompréhension. [53]

L'entretien repose sur un échange verbal où le non verbal s'associe, où le médecin possède un savoir que le patient n'a pas et inversement. Le médecin possède le savoir médical et le patient l'expérience de la maladie. L'échange fonctionne et progresse grâce à cette « asymétrie des rôles et de l'ignorance imputée à l'autre ».

L'hétérogénéité des cas rencontrés et l'individualité de chaque consultation « n'autorisent pas des recommandations standardisées ». [25]

Alors comment améliorer l'accueil de la plainte douloureuse ? Un certain nombre d'attitudes relationnelles spécifiques peuvent être suggérées aux médecins et aux autres professionnels de santé auxquels peuvent s'adresser les patients douloureux, tout en tenant compte du caractère individuel et hétérogène de chaque situation.

Tout d'abord, il est primordial de **croire à la douleur du patient**, car croire en la souffrance de celui-ci c'est respecter sa plainte et la représentation de la douleur qu'il s'en fait.

« La légitimation de la plainte douloureuse est l'une des pierres angulaires de la relation thérapeutique avec les patients douloureux. » [28]

Il est nécessaire d'accepter, sans remise en question, le mode de représentation que le patient a choisi d'exposer, particulièrement lors de douleurs médicalement inexplicables. La description du symptôme douloureux devra parfois être longuement entendue et reprise, mais cette anamnèse est bénéfique car elle permet de créer un premier lien avec le patient. Le relais d'un examen physique soigneux contribuera à montrer au patient que l'on croit à sa douleur, « en acceptant sa plainte dans sa dimension corporelle ». [28]

Parallèlement à l'acceptation de la plainte, il est nécessaire de **reprendre l'histoire de la trajectoire de soins y compris les échecs** avec **toutes** les stratégies et médicaments déjà utilisés.

La reprise de celle-ci permet tout d'abord d'identifier les modalités relationnelles du patient face à l'univers médical. L'anamnèse fait parfois apparaître un patient aux antécédents multiples d'investigations et de traitements, devenu « objet de soins médicaux », totalement dépassé et « enseveli sous le poids de son dossier ». [28]

La narration des rencontres successives avec le système médical permet de favoriser l'expression des sentiments : déception, colère, gratitude, soulagement, catastrophisme ou revendication à propos du système de soin. C'est un moment délicat pour le professionnel de santé, mais sa capacité à supporter avec empathie le discours de son patient et sa volonté de contre-carrer ses déceptions, sans pour autant devenir défensif, crée souvent des liens d'un grande solidité.

La reprise de l'histoire de la trajectoire de soin permet également de décoder les causes des échecs antérieurs. L'exploration de l'histoire de la douleur et des soins reçus permet de clarifier parfois d'éventuels malentendus concernant le diagnostic ou les traitements thérapeutiques, d'où l'importance de l'éducation thérapeutique (cf partie II-4 et III-4).

Les rejets des propositions thérapeutiques sont souvent la marque d'un problème relationnel. En effet, « Si la plainte est bien adressée au corps médical, elle n'équivaut pas forcément à une demande de la faire cesser. Le médecin, seule habilité officiellement à donner au symptôme une valeur maladie peut être interpellé bien plus comme témoin que comme thérapeute » [28].

Il est dans ce cas, nécessaire d'étendre la prise en charge à l'action d'un psychothérapeute.

Il est nécessaire ensuite **d'élargir la plainte et d'intégrer un modèle biopsychosocial** Il faut considérer que les dimensions somatiques et psychologiques sont généralement toutes les deux présentes et intriquées. L'intégration des dimensions psychosociales et contextuelles doit se faire prudemment dès les premiers entretiens.

La recherche et la reconnaissance de l'importance d'éventuels événements traumatiques doivent être réalisées (mémoire explicite ou implicite). De plus, l'exploration des répercussions de la douleur sur la vie quotidienne ainsi que sur les relations familiales et sociales permet une vision plus globale de l'impact de la douleur au quotidien au-delà du symptôme douloureux physique. S'intéresser aux dimensions touchant la qualité de vie (sommeil, problèmes sociaux..) permet d'élargir le traitement vers la réhabilitation du patient plutôt que sur un modèle uniquement curatif spécifique. Lors d'une reprise de travail par exemple, des rendez-vous réguliers doivent être programmés pour accompagner le patient dans cette démarche, dont la finalité est non seulement la légitimation du symptôme douloureux mais aussi la valorisation et la reconnaissance de l'effort fourni.

Toutes mesures diagnostiques, ainsi que toutes propositions antalgiques médicamenteuses ou non, de réhabilitation physique ou toutes autres action doivent s'inscrire dans un « **cadre relationnel régulier, centré sur un médecin traitant référent des soins** ».

Les thérapeutes sont parfois confrontés à des situations enchevêtrées, à l'ambivalence de la demande du patient, à la répétition des plaintes et des échecs, et peuvent se sentir irrités frustrés ou dépassés. En cas d'échec, le risque de rejet du patient ou de découragement dans la prise en charge est grand, pouvant se traduire par le renvoi du

patient d'un spécialiste à l'autre, dont aucun ne s'engage à réellement le suivre, ou encore par une escalade thérapeutique potentiellement iatrogène faute de solution(s) efficace(s) . Afin d'éviter cette « défragmentation » de la prise en charge de ces patients, le rôle primordial du médecin traitant comme coordinateur des examens et des prescriptions doit être souligné, ainsi que sa possibilité de recourir à des spécialistes afin de confirmer un diagnostic ou obtenir un avis lors de situations plus complexes. [28]

Le partage de ces situations et donc une prise en charge pluridisciplinaire participent à l'équilibre de la prise en charge. Les relations entre les professionnels de santé sont à encourager, particulièrement entre médecins-pharmaciens: le médecin par son rôle d'ordonnateur et le pharmacien par son rôle de dispensateur.

III-2 Place du pharmacien d'officine et sa relation interprofessionnelle

« Celui qui parvient à se représenter la souffrance des autres a déjà parcouru la première étape sur le difficile chemin de son devoir. »

Georges Duhamel

L'obligation de connaissance concerne le médecin, le pharmacien mais aussi le patient. La rédaction d'une ordonnance n'est qu'un des aspects de la prise en charge de la douleur où le médecin se pose en tant qu'ordonnateur et le pharmacien en tant que dispensateur.

L'ordonnance doit s'accompagner d'informations données aux patients et à son entourage sur les modalités de la prise médicamenteuse, de la substitution d'un antalgique à l'autre, d'éventuelles associations, sur les thérapies non médicamenteuses, sur les effets secondaires des médicaments.

Le médecin et le pharmacien, ensemble, se doivent de connaître toutes les ressources de la thérapeutique antalgique, afin de répondre au mieux à la plainte douloureuse de leur patient. Leur responsabilité est à la mesure de leur pouvoir. Le partage de connaissances ainsi qu'une coopération efficace entre ces deux professionnels représentent la clef de voûte d'une prise en charge globale et optimale du patient douloureux. La triade médecin-patient-pharmacien se doit d'être privilégiée et protégée.

La loi n°2009-879 du 21 juillet 2009, dite loi HPST, a eu, notamment, pour objectif de favoriser le développement des coopérations entre professionnels de santé impliqués dans la prise en charge des patients ayant une maladie chronique, dont les pharmaciens. Cette loi met donc en avant non seulement la participation de l'ensemble des professionnels de santé dans l'éducation thérapeutique du patient (ETP) mais aussi la réalisation de cette ETP par une équipe multi-professionnelle et interdisciplinaire, intégrant un travail en réseau (formel ou informel).

L'un des fondements essentiels de la profession de pharmacien : l'éducation pour la santé est une obligation déontologique. L'article R. 4235-2 du Code de la santé publique précise en effet que le pharmacien « doit contribuer à l'information et à l'éducation du public en matière sanitaire et sociale ».

Aujourd'hui encore, malgré des efforts en la matière, les pharmaciens se retrouvent souvent face à des patients douloureux désarmés, perdus, anxieux et parfois même en colère.

Combien sont-ils encore à se présenter au comptoir avec une ordonnance d'antalgique, ne sachant même pas l'intérêt de chaque médicament prescrit, se sentant seul face à leur douleur et attendant des réponses? Ou encore face à des ordonnances de morphiniques sans aucun traitement préventif associé (exemple : laxatif doux pour contre-carrer l'apparition de constipation liée aux morphiniques)? Comment aujourd'hui, en ce début de XXIème siècle peut-on être encore confronté à une telle défaillance du système de soin? A quel niveau se crée cette faiblesse? Comment, le pharmacien, à son échelle, peut-il améliorer cette prise en charge? Quel est son rôle?

Le pharmacien a une place stratégique dans le système de soin. En premier lieu parce que celui-ci est le dernier maillon de la chaîne de la santé. C'est à lui que revient l'ultime contrôle de l'ordonnance et la responsabilité de délivrer ou non un médicament.

Au-delà de cet aspect, le pharmacien possède plusieurs atouts pour intervenir dans l'éducation pour la santé et l'éducation thérapeutique du patient.

On peut citer, sa proximité géographique (23000 pharmacies sur l'ensemble du territoire), son accessibilité et sa disponibilité sur de longues plages horaires (environ 8h30 par jour, 6 jours sur 7, gardes et astreintes tous les jours), ses contacts fréquents avec le public (4 millions de personnes franchissent chaque jour les portes des officines), sa connaissance globale du patient (contexte familiale et socioprofessionnel, contact avec

l'entourage, historique médicamenteux...), sa relation de confiance instaurée avec le patient, sa crédibilité auprès du public en tant que professionnel de santé (étude Ipsos santé « les Français et leur pharmacien », janvier 2008) et enfin, sa formation à la fois scientifique et professionnelle.

La plupart du temps les patients arrivent à la consultation douleur ou chez un spécialiste parce qu'ils y sont envoyés par leur médecin traitant, notamment depuis le « parcours coordonné ». L'échange fonctionne sur la base de cette division en spécialités. Le patient arrive avec une lettre de son médecin traitant informant le spécialiste des consultations précédentes. A la fin de la consultation, le médecin propose à son patient de la résumer à l'intention de son médecin traitant. L'omnipraticien constitue une sorte de chef d'orchestre. A ce niveau là, les échanges entre médecins sont véritables et pertinents.

De part ma propre expérience, j'en ressors que le véritable problème provient de la relation médecin-pharmacien. Il manque irrévocablement aujourd'hui une coordination de soin entre ces deux professionnels de santé.

Pourtant, ils sont professionnellement liés au même patient. Le médecin traitant est l'ordonnateur et le pharmacien le dispensateur d'une ordonnance pour un même patient.

Sans médecins il n'y aurait pas d'ordonnance, et sans pharmaciens il n'aurait pas de délivrance donc pas de traitement possible. Il en va de même pour le patient, sans lui, le pharmacien n'aurait pas lieu d'exister. Ils sont donc, définitivement liés tous les trois. Le médecin tout comme le pharmacien connaît son patient, et le suit régulièrement. Ce qu'il manque aujourd'hui c'est un feed-back actif entre le médecin et le pharmacien.

Le pharmacien apparaît comme une interface entre le patient et le médecin. Le médecin pose le diagnostic, l'explique au patient, trouve le traitement le plus adapté possible, qu'il prescrit ensuite. Le patient arrive à la pharmacie et tend l'ordonnance au pharmacien. Celui-ci analyse l'ordonnance et les éventuelles contre-indications, aide le patient à la compréhension de sa maladie et de ses traitements, apprend et renforce les techniques particulières de prise de certains médicaments, soutient et accompagne les patients.

Ceci est le schéma actuel classique. Pour que l'on puisse réellement appeler cet échange « feed back actif », il est nécessaire de développer le rôle du pharmacien.

Une nouvelle mission se dessine pour celui-ci, celle de créer un lien de retour (feed-back) avec le médecin traitant (voir figure 19).

Beaucoup de patients, pour différentes raisons, ne sont pas complètement satisfaits de leur traitement mais n'osent pas forcément en parler à leur médecin. Parfois, ils arrêtent leur traitement morphinique ou n'en prennent qu'une partie ou au contraire, en prennent plus que prévu initialement, sans en parler à leur médecin, souvent par peur de reproche. Différentes explications peuvent expliquer cette mauvaise compliance : un traitement peu efficace, mal expliqué, apparitions d'effets indésirables, peur des morphiniques, perte d'espoir...

Il est touchant parfois de voir que les patients peuvent se confier à leur pharmacien, sans détour, et leur révèlent les points noirs de leur traitement. C'est là que l'existence d'un lieu de confidentialité où une véritable consultation clinique peut être réalisée, prend toute son importance.

Cependant, comme nous l'avons vu plus haut une mauvaise compliance peut engendrer de multiples complications. C'est pour cela que notre rôle second est de transmettre au médecin l'ensemble des informations médicales du patient qui nous semblent pouvoir améliorer sa prise en charge.

Il ne s'agit évidemment pas de dénoncer l'attitude d'un patient mais plutôt de revoir ensemble les points non compris par le patient et de reprendre le traitement proposé : que ce soit au niveau de la molécule même, du nombre de prise, de la forme galénique, des effets indésirables présents mais aussi de réévaluer la douleur, l'impact psychologique de celle-ci au jour le jour, ainsi que prendre le temps d'écouter ce que le patient a à dire.

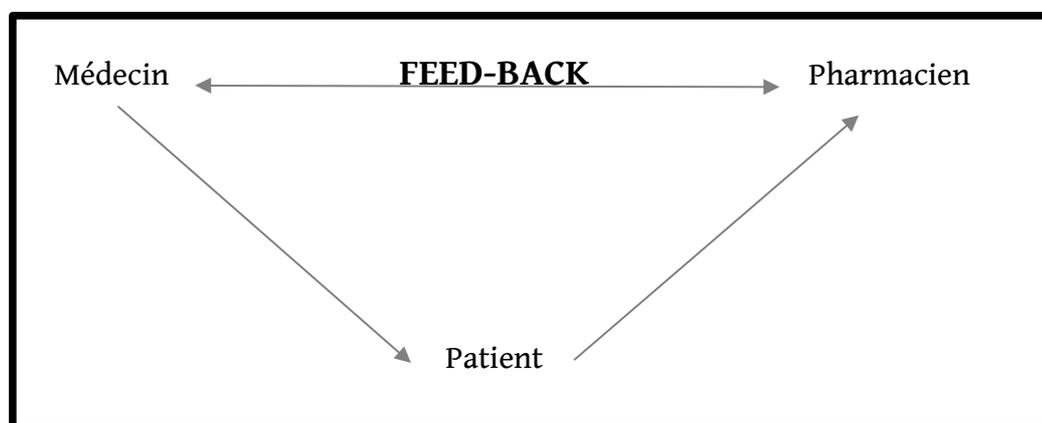


Figure 19: relation interprofessionnelle pharmacien-médecin

Si les patients font confiance à leur pharmacien, c'est parce qu'ils attendent de lui une aide et un lien avec leur médecin qu'ils n'arrivent pas forcément à créer d'eux-mêmes. Évidemment, ce feed-back doit aussi fonctionner dans le sens médecin-pharmacien.

Il apparaît donc que le pharmacien a un lien privilégié à maintenir et à faire progresser vis-à-vis de ses patients. L'officine est un lieu d'écoute, de conseil, de réconfort et d'informations. Ce professionnel de santé est donc un acteur actif du système de soin, et participe un peu plus chaque jour à la coopération et à l'alliance thérapeutique avec les médecins prescripteurs.

III- 3 Les ressources du pharmacien

« La dent cruelle de la douleur n'est jamais plus venimeuse que lorsqu'elle mord sans déchirer la plaie . »

W. Shakespeare

Le caractère multifactoriel de la douleur justifie le recours fréquent à des stratégies thérapeutiques associant médicaments et traitements non médicamenteux.

Quelles sont les ressources, médicamenteuse ou non, du pharmacien d'officine, dans la prise en charge douloureuse ? Quelles en sont les limites ? Quelle est la place des opiacés ? Quel pourrait être les progrès à apporter dans cette prise en charge associant médicaments et traitements non médicamenteux ?

Le pharmacien a à sa disposition un large arsenal thérapeutique antalgique, qu'il soit médicamenteux ou non. Dans l'arsenal médicamenteux on retrouve les antalgiques classiques, hiérarchisés en trois paliers par l'OMS, en fonction du niveau de leur puissance antalgique respective. Cette échelle, proposée par l'OMS pour des douleurs cancéreuses et des soins palliatifs, reste un bon repère pour la majorité des **douleurs par excès de nociception** [54] [55] [59]:

- **Les antalgiques de niveau I** : antalgiques non opioïdes, constitués d'un ensemble inhomogène de médicaments

Les chefs de file sont le paracétamol, et les autres anti-inflammatoires non stéroïdiens (AINS) . [54]

- **Les antalgiques de niveau II** : opioïdes faibles, on y retrouve la codéine, le tramadol et l'opium (*LAMALINE*®) à dose faible, le plus souvent associés avec les antalgiques de niveau I, en particulier le paracétamol. Certaines formes peuvent être conseillées sans ordonnance, lors d'une douleur aiguë modérée à intense, comme le codoliprane 400 /20mg.
- **Les antalgiques de niveau III** : ils regroupent les opioïdes forts, on y retrouve la morphine, le fentanyl, l'oxycodone, l'hydromorphone.

L'évolution de la galénique a permis l'apparition de forme à libération immédiate en gélule comme *l'ACTISKENAN*® (traitement de crise ou bolus), de forme à libération prolongée (traitement de fond) comme *le SKENAN LP*® sous forme de comprimé ou sous forme transcutanée comme pour le fentanyl (*Durogesic*®) ou, plus récemment, sous forme de dispositif pour application buccale transmuqueuse, *l'ACTIQ*®, nouvellement disponible en pharmacie de ville.

On retrouve également des **co-analgésiques** : Moyens thérapeutiques, essentiellement médicamenteux, dont la fonction première n'est pas l'antalgie, mais pour certains ils potentialisent l'action des antalgiques, et pour d'autres améliorent le confort en agissant électivement sur certains symptômes associés. Ils peuvent également procurer une analgésie indépendante dans certains types particuliers de douleur comme les douleurs neuropathiques.

Certaines molécules peuvent présenter un effet synergique avec les opiacés. Seuls les principaux co-analgésiques seront repris ici.[58]

On peut citer les antidépresseurs tricycliques, par exemple l'amitriptyline et l'imipramine, les antiépileptiques comme la pregabaline ou la gabapentine, les benzodiazépines (diazépam ou le clonazépam) pour leur effet myorelaxant mais aussi anxiolytique, même s'il est difficile de considérer l'anxiolyse comme une composante « co-analgésique » et enfin les stéroïdes.

Au-delà des traitements antalgiques médicamenteux, le pharmacien peut proposer des moyens non médicamenteux, souvent complémentaires avec les traitements médicamenteux, disponibles en pharmacie, pour soulager une douleur.

On retrouve les techniques de thermothérapie ou de cryothérapie (chaud ou froid), les anesthésiques locaux dispensés en pharmacie de ville comme les emplâtres de *Versatis*[®], les techniques d'immobilisation telles que les attelles, ainsi que la Neurostimulation trans-cutanée électrique externe ou TENS. C'est une technique antalgique non médicamenteuse qui utilise les propriétés d'un courant électrique transmis au travers d'électrodes placées sur la peau. Ce traitement à l'AMM pour la douleur neuropathique avec un remboursement de la location pendant 6 mois puis de l'achat.[54][59]

Les prescriptions sont souvent le fait d'algologue ou de kinésithérapeute car une mise au point (place des électrodes et intensité du courant) est nécessaire.

Le pharmacien a donc un véritable arsenal thérapeutique à sa disposition basé sur des ressources à la fois scientifiques et technologiques. Ces schémas médicamenteux sont des moyens efficaces contre les douleurs aiguës ou lors de douleurs dont on connaît précisément la cause. Or, lorsque la plainte douloureuse devient chronique elle devient complexe, le traitement qui s'associe à celle-ci devient indissociablement, à son tour, complexe.

En effet l'arsenal thérapeutique que nous avons à notre disposition ne concerne que le traitement des douleurs aiguës c'est à dire de courte durée. Lorsque le traitement de la douleur aiguë se prolonge (> 6 mois), on glisse petit à petit vers une douleur chronique dite « douleur maladie » où, malgré un arsenal thérapeutique varié, la douleur n'arrive pas à être contrôlée.

D'où la question que l'on peut se poser « quand un patient se plaint faut-il toujours augmenter les doses de morphiniques ? », en d'autres termes, l'augmentation des doses est-elle justifiée? L'écoute de la plainte prend encore ici tout son sens.

Un patient qui se présente pour la première fois pour une douleur aiguë et qui revient régulièrement pour exprimer cette même plainte est le signe du passage à la chronicité et donc le passage à la prise en charge d'une douleur complexe.

L'importance du pharmacien ne tient donc pas uniquement en ses connaissances médicamenteuses mais bien plus encore sur sa capacité à écouter et à visualiser l'évolution de la plainte de la personne malade ou de ses proches, pour éviter de tomber dans le piège de la chronicité de la douleur et donc de l'apparition d'un traitement douloureux complexe et difficilement satisfaisant.

C'est donc bien au pharmacien de tirer la sonnette d'alarme face aux patients continuellement douloureux.

Le **traitement rapide et adapté de la douleur aiguë** est la **meilleure prévention** d'une évolution vers un syndrome douloureux chronique. Il s'agit d'une **urgence thérapeutique** tant pour des raisons éthiques que pronostiques. [63]

On peut également s'interroger sur la place des opiacés dans la prise en charge douloureuse. Selon le CLUD (centre de lutte contre la douleur) version 4 de 2012, les indications des morphiniques sont claires :

- **Douleurs aiguës intenses** (EVA > 6 ou 60) et/ou rebelles aux antalgiques de palier I ou II. L'**utilisation doit être précoce** en cas de douleur résistante aux antalgiques de niveau I ou II.
- **Douleurs chroniques non cancéreuses** : Dans le traitement des douleurs chroniques non cancéreuses, le rapport **bénéfice/risque doit être évalué** avec précision afin de ne pas utiliser un médicament qui pourrait soit être **inefficace** ou **peu efficace**, soit entraîner le patient vers un état de dépendance physique et/ou psychique.
- **Douleurs cancéreuses chez l'adulte et l'enfant** : Ici le recours aux opiacés fait l'objet d'une évaluation (auto ou hétéro-évaluation) d'une titration, d'un usage réfléchi entre libération immédiate et prolongée, d'un suivi méthodologique.

Les morphiniques ont donc une place de choix dans les douleurs aiguës intenses ainsi que dans les douleurs cancéreuses. **Pour les douleurs chroniques non cancéreuses, la situation est moins claire car les mécanismes sont polymorphes et souvent associés.**

On observe une réserve notable quant à l'utilisation de la morphine dans les douleurs chroniques « le rapport **bénéfice/risque doit être évalué** avec précision afin de ne pas utiliser un médicament qui pourrait soit être **inefficace** ou **peu efficace** ».

On peut toutefois admettre que dans les cas de douleurs chroniques, intenses, d'origine nociceptive, l'indication est légitime (par parallélisme avec le cancer).

C'est le cas des **pathologies rhumatismales d'origine inflammatoire et mécanique**, c'est-à-dire lorsque la cause nociceptive est bien documentée.[60][61][62]

Certaines situations sont moins consensuelles, notamment les douleurs chroniques non cancéreuses d'origine neurogène, dont la réactivité à la morphine est variable et discutée.

La morphine est donc un traitement qu'il faut savoir utiliser dans les indications codifiées car elle n'est pas la réponse pour toute douleur. [62]

Le pharmacien a à sa disposition tout un large arsenal thérapeutique antalgique, qu'il soit médicamenteux ou non. Des progrès considérables sont apparus avec les antalgiques modernes notamment : le paracétamol, prescrit seul ou associé à un opioïde (existence de métaboliseur) ou encore les morphiniques, qui révolutionnent la thérapeutique opioïde, notamment lorsqu'elle doit être administrée au long cours (molécules de synthèses, formes galéniques...).

La connaissance du pharmacien sur l'ensemble de ces stratégies antalgiques, et particulièrement les plus récentes (TENS), doit permettre une explication claire et adaptée du traitement antalgique à chaque patient. La prescription d'opioïdes, qui reste indispensable actuellement dans la prise en charge de la douleur aiguë intense et cancéreuse, est **un acte médical** et doit être encadrée non seulement par le médecin mais aussi par le pharmacien.

Le pharmacien tout comme le médecin se doit de mettre en pratique l'un des messages de santé publique : lutter contre toute douleur aiguë pour limiter l'entrée dans la plainte douloureuse complexe parce que devenue chronique (plan de lutte contre la douleur cf partie I-5).

Le meilleur usage des antalgiques par les patients est à promouvoir, grâce à une automédication mieux éduquée. L'éducation thérapeutique du patient doit devenir primordiale et nécessaire tant pour l'efficacité et la compréhension du traitement antalgique par le patient que pour l'intégration de celui-ci comme co-pilote et acteur actif de son traitement.

III-4 Place du pharmacien d'officine dans l'éducation thérapeutique

« Les douleurs légères s'expriment ; les grandes douleurs sont muettes. »

Sénèque, Extrait de Hippolyte

Les antalgiques sont les n°1 des ventes en officine, mais l'approche de la douleur ne peut se limiter à la dispensation des boîtes. L'approche de la dispensation nécessite d'être accompagnée par des professionnels de santé en écoute des malades. Les plans régionaux de santé, élaborés par l'ARS en collaboration avec les professionnels de santé, les institutions, les associations et les élus, esquissent la réorganisation en profondeur du système de santé français. L'éducation thérapeutique du patient (ETP) y tient une place centrale, qui doit être soutenue par des pharmaciens dont le métier et les missions s'étoffent et se diversifient le DPC : le développement pharmaceutique continu, contribue à l'extension des obligations du pharmacien. Dans le cadre de cette thèse seule la place et l'avenir du pharmacien dans l'éducation thérapeutique seront traités. [63]

Depuis la loi HPST de 2009, l'éducation thérapeutique est au centre des préoccupations du système de soin français et devient enjeu de santé publique. Cette ETP a pour but de rendre le patient autonome, afin de gérer au mieux un traitement déterminé selon sa propre histoire, son vécu. Les différentes URPS (Union Régionale des Professionnels de Santé) travaillent et se coordonnent pour accompagner cette autonomisation du patient, tout au long de son parcours de soin, en s'inspirant des actions les plus pertinentes menées en régions, qui doivent servir de socle aux initiatives à venir. [63][64]

La loi HPST et les conventions tendent à donner au pharmacien les moyens de contribuer au renouveau de la prise en charge, situés au-delà du conseil de dispensation, l'éducation thérapeutique n'étant pas assimilable à un acte de délivrance, mais à une réflexion clinique.

Selon Gilles Bonnefond, président de l'UPSO (Unions des Syndicats des Pharmaciens d'Officine) « le pharmacien a toute sa place dans l'éducation thérapeutique du patient ». En effet il met en avant le rôle essentiel de la pharmacie de ville pour de nombreux usagers qui « n'iront pas à l'hôpital faire de l'éducation thérapeutique puisque pour eux "l'hôpital, c'est quand on est malade" ».

C'est pour cela, que des programmes doivent être organisés en ambulatoire et portés par les acteurs libéraux, au premier rang desquels les « officinaux ». [63]

La proximité du pharmacien est une véritable chance pour le patient. La notion de « parcours de soin devenant parcours du combattant » est le pénible constat de nombreux patients douloureux chroniques. A l'instar de Jean-Luc Plavis, atteint de la maladie de Crohn et missionné par le CISS île-de-France (Collectif Inter-associatif Sur la Santé), le pharmacien d'officine joue un rôle clé « Il incite le patient à s'ouvrir et à échanger, ce qui s'inscrit pleinement dans un processus d'éducation thérapeutique, qui peut se poursuivre de façon plus poussée au sein de programme et/ou d'un réseau ». Jean-Luc Plavis insiste sur le fait que les douloureux chroniques passent de moins en moins de temps à l'hôpital, l'accompagnement hors de ses murs est donc le meilleur moyen de prendre en compte « les aspects sociaux, professionnels, et sentimentaux d'un malade qui aspire à vivre la vie la plus normale possible ». L'existence d'un espace de confidentialité dans les pharmacies est donc essentiel dans cette nouvelle mission du pharmacien.[63]

Actuellement certaines ARS se démarquent des autres agences en associant l'éducation thérapeutique du patient « au schéma d'organisation des soins plutôt qu'à celui de la prévention ».

En effet, en 2013, pour accompagner les patients douloureux, l'URPS Pharmaciens Ile-de-France, a mis en place un programme expérimental d'Education Thérapeutique du Patient, nommé PRETTY-DAY (Programme d'Education Thérapeutique sud Yvelines des patients Douloureux chroniques en ville). Ce programme a été validé et financé par l'Agence Régionale de Santé (ARS) Ile-de-France, sur proposition de l'Union Régionale des Professionnels de Santé (URPS) Pharmaciens Ile-De-France et le réseau de santé Le Pallium, dans le cadre d'un appel à projet.

Ce programme s'adresse à toute personne souffrant de douleurs chroniques (hormis les douleurs migraineuses) quels que soient son âge et sa pathologie. Ce programme peut être une alternative pour accompagner les patients atteints de douleurs chroniques mais en aucun cas, il ne peut se substituer à la prise en charge habituelle du patient par les professionnels de santé.[63]

Un groupe de professionnels de santé composé d'infirmiers, de kinésithérapeutes, de médecins, de patients experts, de pharmaciens et de psychologues a été formé pour créer ce programme d'Education Thérapeutique. Deux formations ont été nécessaires : une formation de 2 jours sur la douleur et une formation de 40h sur l'Education thérapeutique du Patient.

Ce projet d'ETP permet de favoriser la coopération interprofessionnelle autour du patient douloureux. Les patients sont inclus dans le programme par leur pharmacien d'officine ou leur médecin traitant.

Un programme d'ETP est constitué de différents ateliers accessibles au patient. Un programme individualisé sera proposé à chacun. Les ateliers sont les suivants :[64]

- Atelier1 :Prise en charge médicamenteuse

Intervenants : Médecin ou Pharmacien

Objectif : gérer sa douleur grâce aux traitements médicamenteux

- Atelier2 : Postural

Intervenant : Kinésithérapeute

Objectif : Acquérir des connaissances posturales pour soulager la douleur

- Atelier 3 : Aidants et Entourage

Intervenants : Psychologue, ergothérapeute, infirmière

Objectif : Aider les aidants et l'entourage à mieux gérer la douleur de leur proche

- Atelier 4 : Expérience partagée

Intervenants : Patient expert et médecin ou psychologue

Objectif : partage d'expérience ; apprendre à vivre avec sa douleur

- Atelier 5 : Médecines complémentaires

Intervenants : infirmière, ergothérapeute, psychologue, ostéopathe

Objectif : gérer sa douleur différemment

Le 3 Juillet 2013, suite à un examen approfondi du dossier, l'ARS Ile-de-France a annoncé que le projet «Programme d'éducation thérapeutique sur la douleur chronique » avait été sélectionné et qu'une subvention va lui être allouée au titre du Fonds d'intervention

régional (FIR) pour l'exercice 2013. Le programme d'ETP est lancé depuis la mi-octobre 2014. [63]

Cependant, le manque de moyens représente une fois encore le principal obstacle. De nouveaux modes de rémunération et la redistribution d'enveloppes globales sont en cours de négociation. [64]

Nous sommes donc à un tournant important sur le plan des pratiques professionnelles. Les facultés ont commencé à l'anticiper par le biais de multiples réformes et une approche novatrice dans les études : 20h d'éducation thérapeutique sont désormais enseignées aux futurs pharmaciens. Ils ont été habitués à un enseignement par disciplines, mais il est temps de changer de modèle et coordonner la pédagogie autour de grandes thématiques de santé : prise en charge des maladies neurodégénératives, des douloureux chroniques...

L'importance d'une prise en charge pluridisciplinaire de la douleur sera comprise et réalisée en grande partie grâce à une pluridisciplinarité des enseignements apportés aux étudiants.

Il est nécessaire, à l'heure actuelle, pour modifier et améliorer le système de soin français dans la prise en charge de la douleur, d'apporter aux futurs pharmaciens mais également à tous les futurs professionnels de santé, une vision générale, allant du médicament jusqu'au patient, en intégrant tous les aspects de leur pratique professionnelle dans un objectif d'interdisciplinarité. [63][64]

« La douleur est le grand peintre des portraits. Il est bien rare que le modèle aime son peintre. »

A. Suarès

CONCLUSION

La majeure partie des ouvrages de littérature ou de médecine sont unanimes pour affirmer la complexité du phénomène douloureux, de part sa nature, son rythme aiguë ou chronique mais également ses dimensions socio-culturelles, psychologiques et physiopathologiques.

Or, aujourd'hui encore, on observe de nombreuses dérives réductrices dans l'activité médicale, vis à vis du « déni de la complexité » dans la prise en charge des soins.

Par exemple, l'augmentation continue des doses de morphiniques, sans obtenir une action antalgique satisfaisante, n'est-elle pas une facilité thérapeutique révélant la preuve de ce déni ?

Des connaissances insuffisantes des professionnels de santé en la matière et les illusions des personnes malades à propos des pouvoirs de la médecine en sont probablement les principaux responsables ; la plainte douloureuse sert de révélateur aux limites d'une médecine qui se contenterait d'être exclusivement objective et technologique d'une part et magique d'autre part. La plainte douloureuse oblige les médecins mais aussi le système de soin en général, à s'interroger sur leur modalité de prise en charge et sur les frontières de la puissance médicale, elle oblige les personnes malades à admettre ou à entrer dans le rôle d'acteur de santé comme le prône les pouvoirs publics.

La plainte douloureuse n'est pas que le résultat d'une émotion ou d'un découragement, elle est beaucoup plus complexe et relève de multiples contraintes liées aux lésions, aux langages, aux techniques thérapeutiques, à la société et à la morale.

Les rencontres et les échanges avec des patients douloureux sont autant d'observations inattendues sources de compréhension plus fines de la patientèle et de découvertes surprenantes pour qui est prêt à croire, à accepter, et à tenter de décoder la plainte.

Évidemment, ces échanges avec les personnes malades ébranlent les thérapeutes car ils leur imposent de se confronter à l'intolérable de la douleur sans pouvoir y répondre immédiatement.

Les professionnels de santé doivent aborder ses échanges avec subtilité, posséder une capacité d'écoute empathique, en d'autres termes, avoir aussi de véritables « compétences relationnelles ».

Ils sont sollicités dans leurs capacités à dépasser les idées reçues, pour offrir un accueil tolérant, individuel et créatif, ce qui ne va pas sans progression professionnelle à prévoir quel que soit leur métier.

Ainsi, les relations inter-professionnelles doivent être renforcées, notamment entre les médecins et les pharmaciens, non seulement par le fait que leurs métiers dépendent irrévocablement l'un de l'autre mais aussi parce qu'ils souhaitent faire chacun de leur mieux pour soigner un même patient. L'échange actif de leurs connaissances purement médicales, de celles liées à la vie personnelle du patient ou à ses ressentis, doit être maintenu pour une prise en charge individuelle associée du patient.

L'éducation thérapeutique de la personne malade est le socle d'une prise en charge optimale. L'explication, la compréhension de la maladie et du traitement, l'écoute du vécu, des craintes et des attentes du patient, permettent à celui-ci de mieux appréhender sa douleur et de devenir co-pilote et acteur actif de sa prise en charge. L'adhésion du patient conditionne une part de la prise en charge dans la réussite de l'antalgie.

La prise en charge de la complexité douloureuse côté professionnel de santé ne peut donc pas être orchestrée uniquement par un spécialiste, mais bien au contraire par une équipe pluridisciplinaire, médecin, pharmacien, algologue, psychologue, assistante sociale, etc, où le médecin généraliste est le chef d'orchestre des soins et où l'interprofessionnalité fait la cohésion ; Tandis qu'une approche multidisciplinaire est le garant du respect de la complexité du symptôme douloureux.

Depuis 20ans, une transformation continue des données fondamentales et thérapeutiques se développe. L'amélioration des connaissances se rapportant à la douleur, l'amélioration des approches relationnelles avec les patients, le développement des prises en charge pluridisciplinaires et de l'éducation thérapeutique individuelle y contribuent aussi et sont un défi qui mérite d'être relevé.

L'espoir est donc grand de pouvoir inclure l'abord de ses dimensions complexes dans la formation universitaire mais également continue, de l'ensemble des professionnels de santé.

BIBLIOGRAPHIE

- [1] Haut Conseil de la santé publique, Évaluation du plan d'amélioration de la prise en charge de la douleur 2006 –2010 partie V, Mars 2011.
- [2] L'homme face à la douleur, hier et aujourd'hui, Françoise Saint-Pierre, bull.Acad. Natle Chir. Dent.,2005,48
- [3]« Evolution de la prise en charge de la douleur dans l'histoire de la médecine» - Yves Lazorthes Evaluation et Traitement de la Douleur,Université Paul Sabatier, Faculté de médecine Toulouse-Rangueil http://www.medecine.ups-tlse.fr/DCEM2/module6/arielle/chapitre_01.pdf
- [4] http://www.reseaudouleurfc.fr/doc/enseignement/Historique_douleur_2009.pdf
- [5] Prise en charge de la douleur somatique en psychiatrie générale, états des lieux au centre hospitalier de Monbert, diplôme d'état de docteur en médecine, Tifen Douguet-Bazin, 2009.
- [6] Douleurs et aspects médico-légaux, institut UPSA de la douleur,édition 2009.
- [7] Celine Capuçon. La douleur chez l'enfant : Evaluation et prise en charge. Pharmaceuticsciences. 2009. <dumas-00592190>
- [8] La plainte douloureuse, H. Guyard, Presse Universitaire de Rennes, 2009 .
- [9]http://www.med.univmontp1.fr/enseignement/masters_LMD/M1/Physiopathologie/M1_Physiopathologie_Nociception.pdf
- [10] <http://aphal.adiph.fr/files/2014/07/PEC-de-la-douleur-Physiopatho.pdf>
- [11] http://www.medecine.ups-tlse.fr/DCEM2/module6/arielle/chapitre_02.pdf

- [12] <http://www.sante.ujfgrenoble.fr/SANTE/corpus/disciplines/rea/anesthesie/65/leconimprim.pdf>
- [13] <http://www.institutupsadouleur.org/Media/Default/Documents/IUDTHEQUE/OUVRAGES/Ptd/institut-upsa-ouvrage-pratique-traitement-douleur-chap-1.pdf>
- [14] http://www.gustaveroussy.fr/service.phpp_m=download&p_file=reanimation/doc/procedures-paramed/referentiel-douleur.pdf
- [15] http://www.inma.fr/files/file/diplome/dip_mem/dip_mem_2008-25_semeraro.pdf
- [16] <http://www.institutupsadouleur.org/Media/Default/Documents/IUDTHEQUE/OUVRAGES/Ptd/institut-upsa-ouvrage-pratique-traitement-douleur-chap-4.pdf>
- [17] 19 Le médecin, le malade et la douleur, Tome 1, P. Queneau et G. Ostermann, 4^{me} édition, Masson, 2004.
- [18] Les douleurs inexplicables, mieux vivre avec sa douleur, F. Laroche, E. Soyeux, sanofi aventis, juillet 2008.
- [19] <http://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/douleur1.pdf>
- [20] Boureau F., DOUBRERE J.F., LUU M. , les méthodes d'évaluation de la douleur clinique, Simon L.(eds), La douleur chronique. Masson, Paris, 1985.
- [21] La plainte douloureuse, H. Guyard, Presse Universitaire de Rennes, 2009.
- [22] EVALUATION DES DOULEURS, Faculté de Médecine – U.L.P. – Strasbourg –France – 2003
- [23] <http://www.institut-upsa-douleur.org/pro/cadre-legislatif>
- [24] Circulaire N°98-586 du 22 septembre 1998 relative à la mise en œuvre du plan d'action triennal de lutte contre la douleur dans les établissements de santé publics et privés:http://www.sante.gouv.fr/IMG/pdf/circulaire_DGS_DH_98_586_240998.pdf

- [25] Douleur et anthropologie, D. Lebreton, ensemble face à la douleur, Elsevier SAS, 2005
- [26] Approche socioculturelle de la douleur, B. Samama, l'aide soignante, n° 21/22, Novembre/Décembre 2000.
- [27] La douleur : un point de rencontre entre le patient, sa famille et les services de soins, chapitre 4, M. Vannotti, M. Gennart, insitut UPSA de la douleur
- [28] Le messenger boiteux : approche thérapeutique des douleurs chroniques, A.-F. Allaz, 2003.
- [29] Douleur et personne âgée, F. Bérout, Insitut UPSA de la douleur, édition 2010
- [30] Le médecin, le malade et la douleur, Tome 3, P. Queneau et G. Ostermann, 4me édition, Masson, 2004.
- [31] www.cnrdr.fr/IMG/pdf/Mem_Doul_Psy_Thomaze.pdf
- [32] Aspect psychologique de la douleur chronique, C. Cedraschi, Institut UPSA de la douleur,
- [33] <http://www.infirmiers.com/pdf/tfe-infirmier-Pierre-Paris.pdf>
- [34] Vivre sans la douleur ? N. Danziger, édition odile jacob, septembre 2010 ;
- [35] Prkachin K. M., Solomon P.E., Ross J., « Underestimation of pain by health-care providers : towards a model of the process of inferring pain in others », *Can. J. Nurs. Res.*, 2007.
- [36] Dimensions psychologiques de la douleur chronique, Dr A.-F. Allaz, la lettre de l'institut UPSA de la douleur n°13, septembre 2000 .
- [37] Le catastrophisme dans tous ses états, J. Wrobel, la lettre de l'institut UPSA de la douleur n°41, octobre 2013
- [38] Sullivan M.J et al., Catastrophizing, pain, and disability in patients with soft-tissue injuries. *Pain*, 1998 ; 77 (3) : 52-64

- [39] Vlaeyen J. Place du concept de « peur de bouger / (ré) apparition du mal » dans l'analyse et la réhabilitation comportementale des lombalgiques chroniques. *Doul. et Analg.* 1999 ; 4 ; 281-8
- [40] Mémorisation de la douleur, B. Laurent, M. Navez, C. Nuti, CHU Saint Etienne, Conférences d'actualisation 2006, p. 73-83.© 2006 Elsevier Masson SAS.
- [41] La mémoire de la douleur, Docteur P. Lamy
- [42] Aline Hajj. Recherche de facteurs génétiques intervenant dans la variabilité de la réponse aux opioïdes dans le traitement de la douleur et les traitements de substitution. *Human health and pathology*. Université René Descartes - Paris V; Université Saint-Joseph, Beyrouth (Liban), 2012. French.
- [43] <http://pharmacies.ma/pharmacie/index.php>
- [44] Génétique et douleur, L. Ruth, service d'anesthésiologie, hôpitaux universitaires de Genève.
- [45] Belfer I, Wu T, Kingman A et al. Candidate gene studies of human pain mechanisms ; methods for optimizing choice of polymorphisms and sample size. *Anesthesiology* 2004 ; 100:1562-72
- [46] regional anesthesie of pain
- [47] Individualisation thérapeutique et analgésiques, vers une médecine personnalisée, J. Desmeule, la lettre de l'institut upsa n° 37, septembre 2012 ;
- [48] Laetitia Duval. Variation de sensibilité aux traitements psychotropes et origine génétique : à propos de huit cas de patients asiatiques. *Human health and pathology*. 2012. <dumas-00745296>
- [49] Gasche Y, Daali Y, Fathi M et al. Codeine intoxication associated with ultrarapid CYP2D6 metabolism. *N Engl J Med* 2004 ; 351:2827-31

- [50] La douleur a-t-elle une origine génétique ? C. Mamie, Hopitaux universitaires de génève, http://dea.hug-ge.ch/_library/pdf/ladouleurgenetique.pdf
- [51] Landau R, Cahana A, Smiley RM et al. Genetic variability of μ -opioid receptor in an obstetric population. *Anesthesiology* 2004 ; 100 ; 1030-3
- [52] Fillingim RB, Kaplan L, Staud R et al. The A118G single nucleotide polymorphism of the μ -opioid receptor gene (OPRM1) is associated with pressure pain sensitivity in humans. *J Pain* 2005 ; 6 ; 159-67
- [53] Le médecin, le malade et la douleur, tome 1, P. Queneau et G. Ostermann, édition masson, 2004
- [54] Le médecin, le malade et la douleur, tome 2, P. Queneau et G. Ostermann, édition masson, 2004
- [55] Queneau P., Troubles psychiques au cours des maladies ostéo-articulaires. EMC 37670 A3010-1985 1-6
- [56] Balint M., Le médecin, son malade et la maladie, Payot, 1996.
- [57] <http://www.bordet.be/fr/services/servmed/minterne/soinsup/douleur/article2.htm>
- [58] http://www.antalvite.fr/pdf/La_neurostimulation_electrique_transcutanee.pdf
- [59] Graziotti PJ, Goucke CR. The use of oral opioids in patients with chronic non-cancer pain. Management strategies. *Med J Aust* 1997; 167:30-4.
- [60] Jamison RN, Raymond SA, Slawsby EA, Nedeljkovic SS, Katz NP. Opioid therapy for chronic noncancer back pain. *Spine* 1998; 23: 2591-2600
- [61] Le médecin généraliste et la douleur, F. Boureau, lettre trimestrielle, institut UPSA de la douleur, n°5 juin 2002
- [62] CEN - Collège des Enseignants en Neurologie - <http://www.cen-neurologie.asso.fr>

[63]<http://www.urpspharmaciensidf.fr/images/stories/URPS/DOCS/25janv2013/actes25a013.pdf>

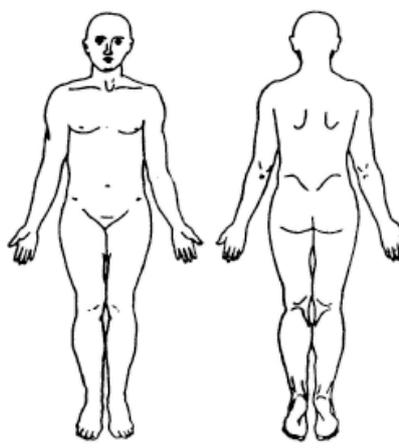
[64]<http://www.urps-pharmaciens-idf.fr/index.php/accueil/132-programme-etp-douleur-chronique>

ANNEXE 1 : Mc GILL Pain Questionnaire

McGill Pain Questionnaire

Patient's Name _____ Date _____ Time _____ am/pm

PRI: S _____ A _____ E _____ M _____ PRI(T) _____ PPI _____
 (1-10) (11-15) (16) (17-20) (1-20)

<p>1 FLICKERING QUIVERING PULSING THROBBING BEATING POUNDING</p>	<p>11 TIRING EXHAUSTING</p>	<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 33%;">BRIEF</td> <td style="width: 33%;">RHYTHMIC</td> <td style="width: 33%;">CONTINUOUS</td> </tr> <tr> <td>MOMENTARY</td> <td>PERIODIC</td> <td>STEADY</td> </tr> <tr> <td>TRANSIENT</td> <td>INTERMITTENT</td> <td>CONSTANT</td> </tr> </table>  <table border="1" style="margin: 0 auto; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="padding: 2px;">E = EXTERNAL</td> </tr> <tr> <td style="padding: 2px;">I = INTERNAL</td> </tr> </table>	BRIEF	RHYTHMIC	CONTINUOUS	MOMENTARY	PERIODIC	STEADY	TRANSIENT	INTERMITTENT	CONSTANT	E = EXTERNAL	I = INTERNAL
BRIEF	RHYTHMIC		CONTINUOUS										
MOMENTARY	PERIODIC	STEADY											
TRANSIENT	INTERMITTENT	CONSTANT											
E = EXTERNAL													
I = INTERNAL													
<p>2 JUMPING FLASHING SHOOTING</p>	<p>12 SICKENING SUFFOCATING</p>												
<p>3 PRICKING BORING DRILLING STABBING LANCINATING</p>	<p>13 FEARFUL FRIGHTFUL TERRIFYING</p>												
<p>4 SHARP CUTTING LACERATING</p>	<p>14 PUNISHING GRUELLING CRUEL VICIOUS KILLING</p>												
<p>5 PINCHING PRESSING GNAWING CRAMPING CRUSHING</p>	<p>15 WRETCHED BLINDING</p>												
<p>6 TUGGING PULLING WRENCHING</p>	<p>16 ANNOYING TROUBLESOME MISERABLE INTENSE UNBEARABLE</p>												
<p>7 HOT BURNING SCALDING SEARING</p>	<p>17 SPREADING RADIATING PENETRATING PIERCING</p>												
<p>8 TINGLING ITCHY SMARTING STINGING</p>	<p>18 TIGHT NUMB DRAWING SQUEEZING TEARING</p>												
<p>9 DULL SORE HURTING ACHING HEAVY</p>	<p>19 COOL COLD FREEZING</p>												
<p>10 TENDER TAUT RASPING SPLITTING</p>	<p>20 NAGGING NAUSEATING AGONIZING DREADFUL TORTURING</p>												
	<p>PPI</p> <p>0 NO PAIN 1 MILD 2 DISCOMFORTING 3 DISTRESSING 4 HORRIBLE 5 EXCRUCIATING</p>	<p>COMMENTS :</p> <div style="border: 1px solid black; height: 100px; width: 100%;"></div>											

ANNEXE 2 : Questionnaire de Saint-Antoine

- Le questionnaire de Saint-Antoine

Questionnaire Douleur Saint-Antoine (QDSA)

Vous trouverez ci-dessous une liste de mots utilisés par certaines personnes pour définir une douleur.
Afin de préciser la douleur que vous ressentez en général, donnez une note à chaque mot selon le code suivant :

0	Absent	Pas du tout
1	Faible	Un peu
2	Moderé	Moyennement
3	Fort	Beaucoup
4	Extrêmement fort	Extrêmement

Pour chaque classe de mots, entourez le mot le plus exact pour décrire votre douleur

A Battements <input type="checkbox"/>	E Tiraillement <input type="checkbox"/>	K Nauséuse <input type="checkbox"/>
Pulsations <input type="checkbox"/>	Étrement <input type="checkbox"/>	Suffocante <input type="checkbox"/>
Élançements <input type="checkbox"/>	Distension <input type="checkbox"/>	Syncope <input type="checkbox"/>
En éclairs <input type="checkbox"/>	Déchirure <input type="checkbox"/>	L Inquietante <input type="checkbox"/>
Décharges électriques <input type="checkbox"/>	Torsion <input type="checkbox"/>	Oppressante <input type="checkbox"/>
Coups de marteau <input type="checkbox"/>	Arrachement <input type="checkbox"/>	Angoissante <input type="checkbox"/>
B Rayonnante <input type="checkbox"/>	F Chaleur <input type="checkbox"/>	M Harcelante <input type="checkbox"/>
Irradiante <input type="checkbox"/>	Brûlure <input type="checkbox"/>	Obsédante <input type="checkbox"/>
C Raie <input type="checkbox"/>	G Froid <input type="checkbox"/>	Cruelle <input type="checkbox"/>
Coupure <input type="checkbox"/>	Glacé <input type="checkbox"/>	Torturante <input type="checkbox"/>
Pénétrante <input type="checkbox"/>	H Picolements <input type="checkbox"/>	Supplicante <input type="checkbox"/>
Transperçante <input type="checkbox"/>	Fourmillements <input type="checkbox"/>	N Gênante <input type="checkbox"/>
Coups de poignard <input type="checkbox"/>	Démangeaisons <input type="checkbox"/>	Désagréable <input type="checkbox"/>
D Pincement <input type="checkbox"/>	I Engourdissement <input type="checkbox"/>	Pénible <input type="checkbox"/>
Serrement <input type="checkbox"/>	Lourdeur <input type="checkbox"/>	Insupportable <input type="checkbox"/>
Compression <input type="checkbox"/>	Sourde <input type="checkbox"/>	O Énervante <input type="checkbox"/>
Écrasement <input type="checkbox"/>	J Fatigante <input type="checkbox"/>	Exaspérante <input type="checkbox"/>
En étau <input type="checkbox"/>	Épuisante <input type="checkbox"/>	Horripilante <input type="checkbox"/>
Broiement <input type="checkbox"/>	Étreinte <input type="checkbox"/>	P Déprimante <input type="checkbox"/>
		Suicidaire <input type="checkbox"/>



ANNEXE 3 : Echelle DOLOPLUS

ECHELLE DOLOPLUS - 2 EVALUATION COMPORTEMENTALE DE LA DOULEUR CHEZ LA PERSONNE AGE						
NOM :	Prénom :	Service :	DATES			
Observation Comportementale						
RETENTISSEMENT SOMATIQUE						
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 de 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 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 (atone, figée, regard vide)		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
RETENTISSEMENT PSYCHOMOTEUR						
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 aide, le malade diminue ses mouvements)		2	2	2	2
	• mouvement impossible, toute mobilisation entraînant une opposition		3	3	3	3
RETENTISSEMENT PSYCHOSOCIAL						
8• Communication	• inchangée		0	0	0	0
	• intensifiée (la personne attire l'attention de manière inhabituelle)		1	1	1	1
	• diminuée (la personne s'isole)		2	2	2	2
	• absente ou refus de toute communication		3	3	3	3
9• Vie sociale	• participation habituelle aux différentes activités (repas, animations, ateliers thérapeutiques,...)		0	0	0	0
	• participation aux différentes activités uniquement à la sollicitation		1	1	1	1
	• refus partiel de participation aux différentes activités		2	2	2	2
	• refus de toute vie sociale		3	3	3	3
10• Troubles du comportement	• comportement habituel		0	0	0	0
	• troubles du comportement à la sollicitation et itératif		1	1	1	1
	• troubles du comportement à la sollicitation et permanent		2	2	2	2
	• troubles du comportement permanent (en dehors de toute sollicitation)		3	3	3	3
COPYRIGHT			SCORE			

ANNEXE 4 : Echelle ALGOPLUS



Evaluation de la douleur

Echelle d'évaluation comportementale de la douleur aiguë chez la personne âgée présentant des troubles de la communication verbale

Identification du patient

ANNEXE 6

Date de l'évaluation de la douleur/...../...../...../...../...../...../...../...../...../...../...../.....						
Heureh.....h.....h.....h.....h.....h.....						
	OUI	NON	OUI	NON	OUI	NON	OUI	NON	OUI	NON	OUI	NON
1 • Visage Froncement des sourcils, grimaces, crispation, mâchoires serrées, visage figé.												
2 • Regard Regard inattentif, fixe, lointain ou suppliant, pleurs, yeux fermés.												
3 • Plaintes « Aïe », « Ouille », « J'ai mal », gémissements, cris.												
4 • Corps Retrait ou protection d'une zone, refus de mobilisation, attitudes figées.												
5 • Comportements Agitation ou agressivité, agrippement.												
Total OUI	<input type="checkbox"/> /5	<input type="checkbox"/> /5	<input type="checkbox"/> /5	<input type="checkbox"/> /5	<input type="checkbox"/> /5	<input type="checkbox"/> /5						
Professionnel de santé ayant réalisé l'évaluation	<input type="checkbox"/> Médecin <input type="checkbox"/> IDE <input type="checkbox"/> AS <input type="checkbox"/> Autre Paraphe	<input type="checkbox"/> Médecin <input type="checkbox"/> IDE <input type="checkbox"/> AS <input type="checkbox"/> Autre Paraphe	<input type="checkbox"/> Médecin <input type="checkbox"/> IDE <input type="checkbox"/> AS <input type="checkbox"/> Autre Paraphe	<input type="checkbox"/> Médecin <input type="checkbox"/> IDE <input type="checkbox"/> AS <input type="checkbox"/> Autre Paraphe	<input type="checkbox"/> Médecin <input type="checkbox"/> IDE <input type="checkbox"/> AS <input type="checkbox"/> Autre Paraphe	<input type="checkbox"/> Médecin <input type="checkbox"/> IDE <input type="checkbox"/> AS <input type="checkbox"/> Autre Paraphe	<input type="checkbox"/> Médecin <input type="checkbox"/> IDE <input type="checkbox"/> AS <input type="checkbox"/> Autre Paraphe					

ANNEXE 5 : Echelle San Salvador

ECHELLE DOULEUR ENFANT SAN SALVADOR

ETIQUETTE

Date :.....

Remplie par :

Avec :.....

INFORMATIONS DE BASE

ITEM 1 : L'enfant crie-t-il de façon habituelle ? Si oui, dans quelles circonstances ?

..... Pleure-t-il parfois ? Si oui, pour quelles raisons ?

.....
.....

ITEM 2 : Existe-t-il des réactions motrices habituelles lorsqu'on le touche ou le manipule ?

Si oui, lesquelles (sursaut, accès tonique, trémulations, agitation, évitement) ?

.....
.....

ITEM 3 : L'enfant est-il habituellement souriant ? Son visage est-il expressif ?

.....
.....

ITEM 4 : Est-il capable de se protéger avec les mains ? Si oui, a-t-il tendance à le faire lorsqu'on le touche ?

.....
.....

ITEM 5 : S'exprime-t-il par des gémissements ? Si oui, dans quelles circonstances ?

.....
.....

ANNEXE 6 : Pain Catastrophizing Scale

0 – not at all 1 – to a slight degree 2 – to a moderate degree 3 – to a great degree 4 – all the time

When I'm in pain ...

- 1 I worry all the time about whether the pain will end.
- 2 I feel I can't go on.
- 3 It's terrible and I think it's never going to get any better.
- 4 It's awful and I feel that it overwhelms me.
- 5 I feel I can't stand it anymore.
- 6 I become afraid that the pain will get worse.
- 7 I keep thinking of other painful events.
- 8 I anxiously want the pain to go away.
- 9 I can't seem to keep it out of my mind.
- 10 I keep thinking about how much it hurts.
- 11 I keep thinking about how badly I want the pain to stop.
- 12 There's nothing I can do to reduce the intensity of the pain.
- 13 I wonder whether something serious may happen.

...Total

UNIVERSITÉ DE NANTES

Année de la soutenance

2015

Nom - Prénom : LEPELTIER Anne-Lise

Titre de la thèse : Quand un patient se plaint, faut-il toujours augmenter les doses de morphiniques ?

Résumé de la thèse :

La majeure partie des ouvrages de littérature ou de médecine sont unanimes pour affirmer la complexité du phénomène douloureux. Or, aujourd'hui encore, malgré un cadre réglementaire et déontologique des professionnels de la santé détaillé et régulièrement mis à jour, on observe de nombreuses dérives réductrices dans l'activité médicale vis à vis du « déni de la complexité » dans la prise en charge des soins. Cette thèse a pour but d'essayer de comprendre pourquoi à l'heure actuelle les professionnels de santé se retrouvent face à la plainte de patient douloureux, non soulagés, malgré des doses croissantes de morphiniques. L'influence des dimensions psychologiques, socio-culturelles, physiopathologiques ainsi que les connaissances des professionnels de santé en sont les principaux responsables .

MOTS CLÉS : Douleur, plainte, morphinique

JURY :

PRÉSIDENT : Mr Jean-Michel Robert, professeur universitaire de chimie thérapeutique.

ASSESEUR : Mme Claire Sallenave-Namont, maitre de conférence de botanique

MEMBRES EXTERIEURS : Mme Sophie Calvez, pharmacien titulaire.
Mme Annie Rochedreux, Médecin de l'équipe mobile de soins palliatifs CHU de Nantes
