UNIVERSITÉ DE NANTES
FACULTÉ DE PHARMACIE

ANNÉE 2008 N° 38

THÈSE
pour le

DIPLÔME D'ÉTAT

DE DOCTEUR EN PHARMACIE

par

Ghizlène SEMMAR

Présentée et soutenue publiquement le 17 septembre 2008

QUANTIFICATION DE LA CONSOMMATION MÉDICAMENTEUSE À TRAVERS LE MQS SCORE, PRÉSENTATION ET EXEMPLE D'APPLICATION

Président : M. Alain PINEAU, Professeur de Toxicologie

Membres du jury : Mme Myriam MALINGE, Praticien Hospitalier
Mme Christine BOBIN-DUBIGEON,
Maître de Conférences de Pharmacologie
M. François GELLUSSEAU, Pharmacien

« 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
Extrait du poème *La nuit d'Octobre*

TABLE DES MATIÈRES

I- DOULEUR CHRONIQUE……..-9-
A- Définitions……..-9-
1. Définition de la douleur…….-9-
2. Définition de la douleur chronique ou douleur maladie…… -10-
B- Le modèle pluridimensionnel de la douleur chronique……. -11-
1. Les mécanismes générateurs……...-12-
a) Les douleurs par excès de nociception…….-12-
b) Les douleurs neurogènes ou par désafférentation……-12-
c) Les douleurs mixtes……. -15-
d) Les douleurs par dysfonction du système sympathique……...-15-
e) Les douleurs psychogènes……-15-
2. Aspects psychologiques de la douleur chronique……..-15-
a) les composantes de la douleur……..-16-
b) Les facteurs auto-aggravants d'un syndrome douloureux chronique….. -17-
3. Prise en charge pluridisciplinaire de la douleur chronique……-19-
a) qu'est-ce qu'un Centre d'Evaluation et de Traitement de la Douleur chronique……-19-
b) La place du patient douloureux chronique……...-21-
c) Organisation d'un Centre d'Evaluation et de Traitement de la Douleur chronique……..-22-
C- Evaluation clinique et pharmacologique de la douleur chronique…….-26-
1. Evaluation et diagnostic…….-26-
2. Les médicaments de la douleur nociceptive…….. -28-
a) Les antalgiques de palier I……... -29-
b) Les antalgiques de palier II…….. -29-
c) Les antalgiques de palier III…….-30-
3. Les médicaments de la douleur neurogène ou médicaments co-antalgiques.-31-

II- MQS SCORE : GENERALITES…… -33-
A- Définition……...-33-
1- une nouvelle échelle d'évaluation de la douleur ?.....-33-
2- En quoi consiste le MQS ?.....-33-
B- Principe de son calcul…… -34-
C- Adaptation française du MQS …….. -35-
1. présentation du tableau QCM…… -35-
2. les étapes de l'élaboration du QCM……...-36-
a. une publication à l'origine du MQS……...-36-
b. réflexion sur l'intérêt du MQS……...-36-
c. construction d'un tableau simplifié……-37-
d. quelques remarques……-37-
D- MQS : revu et corrigé…… -39-
1. Avantages et inconvénients……-39-
2. MQS version III……-42-

III- EXEMPLE D'APPLICATION DU MQS SCORE : LA LOMBALGIE CHRONIQUE……...-43-
A- La lombalgie chronique : généralités……-43-
1- Point de départ : la lombalgie commune……-43-
2- Territoire algique……... -44-
3- Chronicité : facteurs de risque……... -45-
B- Pourquoi ce choix : La lombalgie chronique ?..... -49-
1- Epidémiologie au sein de la population française……..-49-
2- Epidémiologie au sein du CETD de l'Hôpital Laënnec à Nantes……. -49-
3- Les retentissements humains, sociaux et professionnels……... -50-
4- Une prise en charge globale du patient lombalgique chronique…… -50-
C- Evaluation de l'intérêt du MQS score sur 20 dossiers patients lombalgiques chroniques hospitalisés au CETD de l'Hôpital Laënnec à Nantes…… -52-
1- Objectifs……-52-
2- Méthodologie……-52-
3- Critères d'inclusion……-53-
4- Critères d'exclusion……... -53-

5- Population concernée……-53-
6- Outils utilisés……-53-
7- Les critères de jugements……...-54-
a. La douleur……-54-
b. La prise de médicaments générateurs de dépendance……..-54-
c. Le MQS score……...-55-
d. Calcul de la droite de corrélation……-55-
8- Analyse des données……...-55-
9- Résultats……-56-
a. Evolution de la douleur……-57-
b. Evolution des traitements médicamenteux…… -58-
c. Evolution du MQS score version I....……...-60-
d. Comparaison EN et MQS version I…… -63-
e. Comparaison MQS version I et MQS version III……-64-
10- Discussions……-69-
a- Pertinence de l'étude……-69-
b- Interprétation des résultats……... -72-

IV- CONCLUSION……... -74-

ANNEXE 1 : LE LIVRET D'ACCUEIL…….. -75-
ANNEXE 2 : LE TABLEAU QCM ……. -86-
ANNEXE 3 : FICHE PATIENT : LE QCM SCORE……-88-
ANNEXE 4 : EXEMPLE DE CALCUL …….. -90-
ANNEXE 5 : LES ECHELLES UTILISEES AU CETD……..-92-
ANNEXE 6 : LE MQS VERSION III……... -98-
ANNEXE 7 : RECUEIL DES DONNEES.....……-
100-
TABLE DES ILLUSTRATIONS……..-
103-
REFERENCES BIBLIOGRAPHIQUES……...-
105-

LISTE DES ABRÉVIATIONS

AINS : Anti-inflammatoire non stéroïdien
AMM : Autorisation de mise sur le marché
ANAES : Agence Nationale d'Accréditation et d'Évaluation en santé
CETD : Centre d'Évaluation et de Traitement de la Douleur
CHU : Centre Hospitalo-Universitaire
CIM : Classification Internationale des Maladies
COX : Cyclo-oxygénase
CSQ : Coping Stratégie Questionnaire
DSM : Diagnostic and statistical manual for mental discorders
EN : Echelle numérique
EVA : Echelle visuelle analogique
GABA : Gamma amino butyric acid ou acide gamma-amino butyrique
HAD : Hospital Anxiety and Depression scale
IASP : International Association for the Study of Pain
IRSNa : Inhibiteur de la recapture spécifique de la sérotonine et de la noradrénaline
ISRS : Inhibiteur spécifique de la recapture de la sérotonine
IV : Intraveineuse
MQS : Medication Quantification Scale
OMS : Organisation Mondiale de la Santé
PO : *Per os* voie orale
QCM : Quantification de la consommation médicamenteuse
SC : Sous-cutané

INTRODUCTION

Ce travail portant sur un indice de consommation des antalgiques m'a été inspiré par le Docteur N'GUYEN, lors de mon stage de 5ième année hospitalo-universitaire au Centre d'Evaluation et de Traitement de la Douleur de l'Hôpital Laënnec à Nantes.
Actuellement de nombreuses méthodes sont utilisées en pratique quotidienne pour évaluer et quantifier une douleur : elles sont essentiellement basées sur l'auto-évaluation de la douleur par le patient. Le plus souvent, elles sont unidimensionnelles et ne prennent en compte que le ressenti du patient. Or, la douleur est une sensation multifactorielle extrêmement différente d'un malade à un autre et elle est parfois très ambiguë car mal expliquée et difficile à localiser.

De nombreuses solutions s'offrent au patient pour soulager sa douleur, l'une d'entre elles étant la mise en place d'un traitement médicamenteux adapté, efficace et bien toléré.
Le MQS ou Medication Quantification Scale a été introduit aux Etats-Unis en 1992 pour quantifier la consommation antalgique et le rapport bénéfice/risque qui en résulte.
Après l'exposition de son domaine d'application dans la première partie de ce travail, nous détaillerons l'élaboration d'une nouvelle échelle de quantification de la consommation médicamenteuse ou QCM, adaptation française du MQS, avec toutes les étapes et les difficultés rencontrées lors de la réalisation de ce modèle.
Enfin, un exemple d'application de cette échelle sur une population de patients douloureux chroniques sera présenté. Il s'agit de patients lombalgiques chroniques, hospitalisés au Centre d'Evaluation et de Traitement de la Douleur de l'Hôpital Laënnec à Nantes. Cet exemple fera l'objet d'une troisième partie. Un suivi tout au long de l'hospitalisation a été effectué pour nous permettre d'avoir un aperçu sur l'efficacité des traitements antalgiques prescrits dans cette pathologie.

I- DOULEUR CHRONIQUE

A- Définitions

1. Définition de la douleur

« La douleur n'est ni plus ni moins qu'un système d'alarme, dont la seule fonction est de signaler une lésion corporelle » Descartes (1664).
Lorsqu'on cite l'un des plus grands philosophes français, il nous est très difficile d'aller à l'encontre de ses observations. En effet, pendant très longtemps, chercheurs et cliniciens ont considéré la douleur comme une simple réponse à un stimulus. Une sensation désagréable suite à une agression ou un traumatisme.

Fondamentalement, la douleur reste un système d'alarme très utile qui permet à tout individu de se protéger. Il s'agit d'une sensation physiologique normale qui participe à la survie de l'espèce.

Cependant, la douleur est à la fois une sensation et une émotion désagréable dont le lien avec une lésion corporelle n'est pas univoque. Elle dépend à la fois d'une perception d'un stimulus algogène, d'une sensation et d'une expérience affective qui met en jeu des sentiments différents d'un individu à un autre.

On retrouve chez l'homme de nombreuses formes de douleurs. D'un côté celle qui répond exactement à la définition de Descartes, c'est-à-dire, une douleur aigüe suite à une lésion corporelle, et de l'autre, une souffrance chronique révélatrice d'une pathologie évolutive, sans aucune cause évidente ou encore douleur *sine-materia*, dont la cause n'est peut être pas absente mais difficile à trouver.

Devant cette complexité, le comité de taxonomie de l'International Association for the Study of Pain (IASP) a adopté une définition qui a été proposée en 1979 par le Dr Merskey (1):

«La douleur est une expérience sensorielle et émotionnelle désagréable liée à une lésion tissulaire existante ou potentielle ou décrite en termes d'une telle lésion »

Cette définition rend compte des implications psycho-pathologiques inhérentes à toute douleur qu'elle soit d'origine physique ou psychologique. Elle intègre la dimension affective et émotionnelle à la dimension sensorielle.

En effet, la nociception nous permet de reconnaître les stimuli sources de dommages corporels mais la signification de la douleur et de la souffrance dépasse cette seule capacité de discernement.

2. Définition de la douleur chronique ou douleur maladie

A la différence de la douleur aigüe, la douleur chronique ne protège plus l'organisme. Elle perd sa fonction utile et devient préjudiciable *(tableau I).*
La douleur chronique est définie selon l'ANAES, comme étant une douleur persistante et rebelle évoluant **au-delà de trois à six mois**. Il s'agit donc d'un syndrome clinique à part entière, totalement distinct de la douleur aigüe (2).

Tableau I. Comparaison entre la douleur aigüe « symptôme » et la douleur chronique « maladie » (3)

	Douleur aigüe « symptôme »	**Douleur chronique « maladie »**
Finalité biologique	Utile Protectrice Signal d'alarme	Inutile Destructrice Maladie à part entière
Mécanisme	Unifactoriel	Plurifactoriel
Réaction somato-végétative	Réactionnelle	Habituation en entretien
Composante affective	Anxiété	Dépression
Comportement	Réactionnel	Renforcé

Modèle de compréhension	Médical classique	Pluridimensionnel « somato-psycho-social »

Les mécanismes impliqués sont multifactoriels.

B- Le modèle pluridimensionnel de la douleur chronique

A la fois d'ordre somatique et psychologique, la douleur chronique se définit comme un modèle pluridimensionnel.

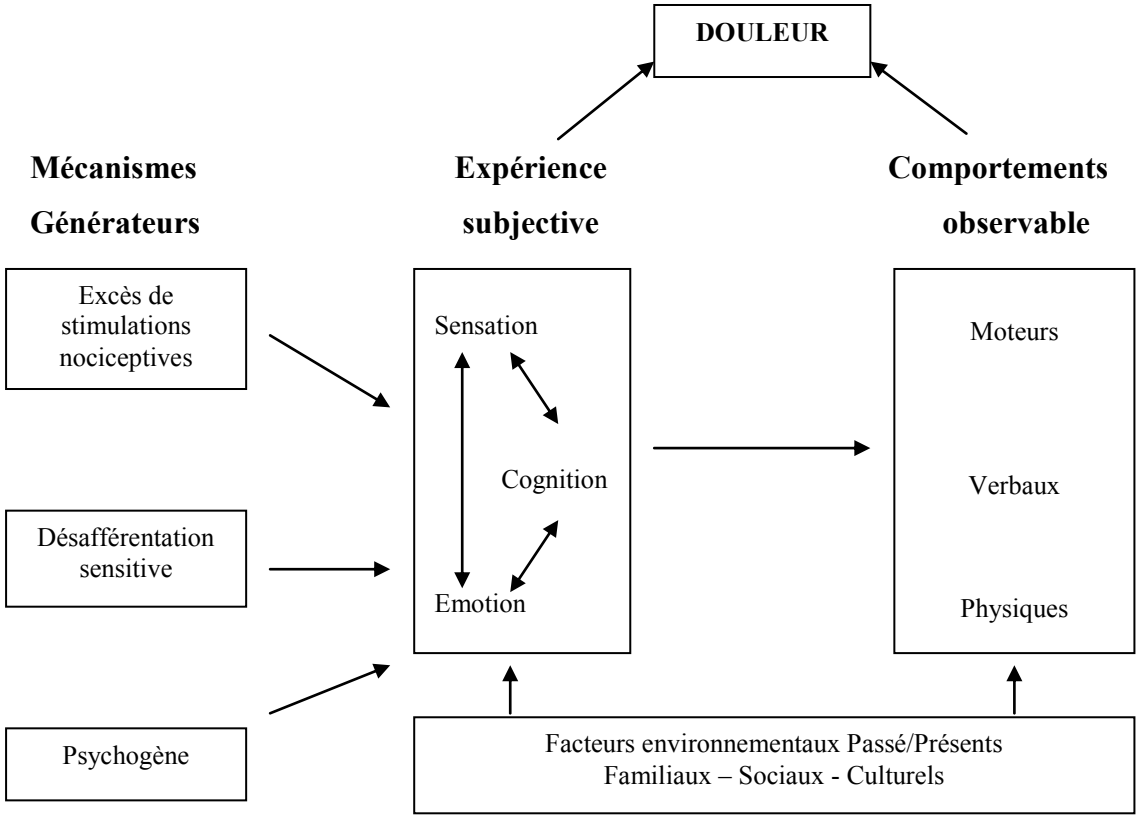


Figure 1. Schéma illustrant le modèle pluridimensionnel de la douleur (3)

La douleur chronique ne peut être envisagée uniquement sur son versant somatique. Elle doit être considérée comme un véritable syndrome, aux déterminants complexes, à la fois organiques, psychologiques et sociaux (4).

1. Les mécanismes générateurs (5,6)

Une douleur chronique est également définie par des mécanismes neurophysiologiques qui sont indispensables à connaître pour une meilleure adaptation thérapeutique.

a) Les douleurs par excès de nociception

Ce sont les douleurs les plus fréquentes.

Elles correspondent à une stimulation excessive des nocicepteurs périphériques due à des processus lésionnels (brûlure, inflammation, destruction tissulaire) ou à des stimulations mécaniques importantes (fracture, étirement musculo-ligamentaire, distention viscérale).

L'information « douleur » en excès est transmise au cerveau par un système nerveux central et périphérique intact.

Les lésions tissulaires qui conduisent à ce type de douleurs peuvent être d'origine somatique ou viscérale.

Ces douleurs répondent habituellement aux antalgiques conventionels.

b) Les douleurs neurogènes ou par déafférentation

Souvent incriminées dans les douleurs chroniques, les douleurs neurogènes (ou neuropathiques) sont dues à une lésion définitive, plus ou moins complète, du système nerveux périphérique ou central.

La douleur est, par définition, associée à des troubles de la sensibilité (anesthésie ou hypoesthésie douloureuse), plus ou moins importants, siégeant dans le même territoire

cutané. Ce déficit se traduit par une diminution de l'intensité perçue qui est en rapport avec une élévation du seuil de la douleur.

Les douleurs neuropathiques présentent des caractéristiques cliniques particulières :

- douleur continue = fond douloureux permanent à type de brûlure, de torsion, d'arrachement, de prurit intense ;
- sur ce fond douloureux, se déclenchent des douleurs paroxystiques, en éclair, à type de décharges électriques.

L'une des caractéristiques la plus souvent rencontrée est une « allodynie » c'est-à-dire une hypersensibilisation de la zone douloureuse, plus ou moins « endormie », au simple effleurement d'un drap, d'un vêtement ou de tout autre stimulus normalement indolore.

D'autres caractéristiques ont été étudiées et parfaitement définies.

Tableau II. Terminologie sémiologique des douleurs neurogènes (7)

Allodynie : douleur causée par un stimulus qui normalement ne produit pas de douleur.

Anesthésie douloureuse : douleur ressentie dans une zone ou une région d'anesthésie.

Causalgie : syndrome combinant une douleur continue à type de brûlure, une allodynie et une hyperpathie.

Dysesthésie : sensation anormale et désagréable, qui peut être spontanée ou provoquée.

Hyperalgésie : réponse exagérée à une stimulation qui normalement est douloureuse.

Hyperpathie : syndrome douloureux caractérisé par une réponse exagérée à un stimulus qui est répétitif et dont le seuil est augmenté.

Hypoalgésie : diminution de la douleur évoquée par un stimulus normalement douloureux.

Hypoesthésie : diminution de la sensibilité à une stimulation, exception faite des systèmes sensoriels spécifiques.

Paresthésie : sensation anormale, non désagréable, qui peut être spontanée ou provoquée.

Ces douleurs sont habituellement peu sensibles aux antalgiques conventionnels mais elles sont soulagées par des médicaments tels que les antidépresseurs et certains antiépileptiques.

Pour résumer, le *tableau III* décrit les caractéristiques des deux grands types de douleurs chroniques : les douleurs par excès de nociception et les douleurs par désafférentation.

Tableau III. Classification et caractéristiques cliniques des douleurs chroniques (8)

Type	***Excès de nociception***	***Neurogène***
Mécanisme lésionnel	Irritations périphériques des récepteurs (nocicepteurs)	Lésion nerveuse plus ou moins complète (nerf, plexus, racine…)
Caractéristiques sémiologiques	Crises aigües névralgiques ou fond douloureux permanent + paroxysmes. Hyperalgésie locale, douleur pulsatile.	Composante permanente : douleur continue à type de brûlure. Composante intermittente : douleur paroxystique à type de « décharge fulgurante »
Examen neurologiques	Pas de trouble de la sensibilité	Hypoesthésie ou anesthésie locale
Etiologies principales	Inflammation Traumatisme Lésion musculo-squelettique Ischémie périphérique Envahissement cancéreux Céphalées…	Traumatisme nerveux périphérique Douleur des amputés, fantôme Arrachement de plexus nerveux Arachno-épidurite lombaire Zona, radiothérapie Traumatisme médullaire Syndrome thalamique
Principes	Antalgiques périphériques++	Peu ou pas sensible aux

thérapeutiques	Antalgiques centraux+++ Blocs périphériques Chirurgie d'interruption sélective indiquée (radicotomie, cordotomie) Morphinothérapie ++	antalgiques. Antidépresseurs tricycliques++ Blocs périphériques non efficaces Chirurgie d'interruption inefficace et aggravante Neurostimulation électrique++

c) Les douleurs mixtes

Elles constituent l'association des 2 types de douleurs précédemment décrites.

d) Les douleurs par dysfonction du système sympathique

Il s'agit de douleurs complexes se caractérisant par un excès de nociception auquel s'ajoute une composante neurogène et des perturbations du système nerveux sympathique (troubles vasomoteurs, sudoraux et trophiques).

e) Les douleurs psychogènes

Il s'agit de douleurs sans lésion organique apparente mais en rapport avec une problématique psychologique (suite de deuil..) ou psychopathologique (angoisse..) caractérisée qui s'exprime par le corps. Les mécanismes psychologiques amplifient la sensation douloureuse (9).

Le diagnostic est difficile à poser par élimination et la thérapeutique très délicate.

En réalité, la prise en charge d'une douleur psychogène n'a rien de spécifique si l'on tient compte du fait que toute douleur chronique, même parfaitement organique, dans la mesure où elle est rebelle, s'accompagnera tôt ou tard d'un retentissement psychologique.

2. Aspects psychologiques de la douleur chronique

Le caractère plurimodal de la douleur chronique nous invite à s'intéresser plus particulièrement à la dimension psychologique qu'on retrouve dans sa définition « expérience sensorielle et émotionnelle désagréable ».

La douleur chronique perd toute fonction, tout objectif, elle conditionne la vie du patient, elle devient une maladie à part entière, « une maladie en soi », avec un important retentissement sur l'affectivité et l'émotion du patient allant d'un état d'angoisse ou d'anxiété à un état dépressif (10).

Nous allons considérer les différentes composantes de la douleur qui nous permettent de l'analyser :

a) Les composantes de la douleur : (11,12)

- **La composante sensori-discriminative :** le patient se réfère à ses expériences antérieurement vécues et lui servent de référence. Il peut ainsi décoder un message sensoriel selon ses caractéristiques de qualité (décharge électrique, piqûre, brûlure, fourmillement…), d'intensité, de durée (permanente, brève, paroxystique, répétée…) et de localisation.
- **La composante affectivo-émotionnelle :** elle correspond à la façon dont le patient ressent la douleur. Qu'il soit de l'ordre de l'anxiété ou de la dépression, ce sentiment pénible pour le patient doit être pris en charge pour soulager le patient de sa douleur.
- **La composante cognitive :** elle permet au patient d'acquérir un ensemble de processus mentaux susceptibles d'influencer sa perception de la douleur.

Ce facteur est l'explication intellectuelle rationnelle que le patient fait de son état, en fonction du contexte, d'autres problèmes de douleur précédemment rencontrés ou observés dans son entourage et de son degré à minimiser ou amplifier l'interprétation d'un avis thérapeutique.

- **La composante comportementale :** elle englobe l'ensemble des manifestations verbales (plaintes, gémissements, pleurs, cris…) et non verbales (mimiques, postures antalgiques, troubles du sommeil…) observables chez la personne qui souffre.
  Cette composante est la plus facile à objectiver par l'environnement, permettant ainsi au médecin de juger l'efficacité d'une thérapeutique.

Ces composantes sont intriquées les unes aux autres, à des degrés différents, pour être aussi bien la cause que la conséquence de la douleur.

Pour réduire le risque de chronicité, il faut tenir compte de l'ensemble des facteurs qui participent à l'installation de la douleur chronique et qui l'aggravent.

b) les facteurs auto-aggravants d'un syndrome douloureux chronique

- **L'anxiété** : syndrome clinique défini par une inquiétude majorée le soir, une crainte, une peur, parfois flottante, sans objet, parfois focalisée sur une situation, un objet, associée à un sentiment d'infériorité, d'irritabilité, des troubles de la concentration, des signes somatiques notamment digestifs et une insomnie d'endormissement (13,14).
  Elle se rencontre fréquemment chez les patients souffrant de douleurs chroniques et est l'un des modulateurs les plus puissants de la plainte douloureuse. Le patient ressent alors de façon amplifiée une sensation normale et le vit comme une menace.

  L'anxiété peut entraîner alors des demandes répétées de consultations et d'examens non dénués de risques iatrogènes.

- **La dépression** : syndrome fréquemment rencontré chez le douloureux chronique, il est défini selon des critères précis de sévérité et de durée dans la

10ième Classification Internationale des Maladies (CIM-10). Définition que l'on retrouve également dans le *Diagnostic and statistical manual for mental disorders (DSM-IV)*.

La gravité des états dépressifs varie beaucoup d'une situation à l'autre.

De nombreux signes sont décrits : en premier lieu, une tristesse de l'humeur, un sentiment de culpabilité, une perte de goût, de plaisir de vivre ; en second lieu, une inhibition psychomotrice avec perte des initiatives. A ceci, s'ajoutent des signes d'angoisses matinales et des idées morbides parfois suicidaires.

Il existe enfin, des signes somatiques avec insomnies, anorexie et diverses plaintes dont des douleurs (15,16).

Ceci est bien sûr à différencier de la douleur psychogène qui est souvent rapportée lorsque la douleur ne correspond pas à une étiologie purement somatique.

La dépression évoquée ici, n'est pas une cause mais une conséquence d'un sentiment de vulnérabilité du patient. C'est une dimension qui maintient et module les plaintes douloureuses.

- **La somatisation** : elle correspond à l'expression somatique de difficultés psychologiques.

  Elle désigne une souffrance et une détresse psychologique sous forme de symptômes physiques ayant pour but la recherche d'une aide médicale pour ces symptômes (17).

  Selon le DSM-IV, tous les sujets atteints d'un trouble de somatisation ont des antécédents de symptômes douloureux, sexuels, de symptômes dissociatifs ou de conversion (18).

  On soulignera l'association fréquente de la somatisation à des troubles dépressifs et/ou anxieux. Leur prise en charge reste indispensable à l'amélioration des symptômes de somatisation (19).

L'anxiété, la dépression et la somatisation sont fréquemment associées aux douleurs chroniques. L'écoute du patient douloureux est importante pour un décodage prudent des multiples aspects de la plainte.

Le patient exprime ainsi sa détresse et tente d'entrer en communication avec l'autre. A nous de l'entendre, de le comprendre et de lui apporter une réponse.

3. Prise en charge pluridisciplinaire de la douleur chronique

Si l'on accorde volontiers la création, dans les années 60, du premier centre pluridisciplinaire de prise en charge de la douleur au Docteur J. Bonica, anesthésiste à l'hôpital universitaire de Washington, on admettra que le premier concept de « clinique de la douleur » fut initié, déjà, avant la Seconde Guerre Mondiale, par l'illustre chirurgien français René Leriche, qui en même temps, différenciait la notion de douleur chronique de la douleur aigüe (20).

Depuis, de nombreux centres antidouleur se sont développés dans le monde entier avec parfois des organisations très hétérogènes et malheureusement sortant du cadre pluridisciplinaire.

Actuellement, les prises en charges proposées par les différents Centres d'Evaluation et de Traitement de la Douleur sont multiples et il n'existe pas de programme standardisé.

C'est pour cette raison que nous prendrons l'exemple du CETD de l'Hôpital Laënnec du CHU de NANTES.

a) *Qu'est-ce qu'un centre d'évaluation et de traitement de la douleur chronique?*

Pour prétendre au statut de « Centre », la structure doit répondre aux exigences de l'identification en tant que « consultation » et/ou « unité » pluridisciplinaire de prise en charge de la douleur chronique, et ceci au sein d'un centre hospitalo-universitaire (CHU).

On entend par « consultation », une démarche essentielle à la prise en charge du patient douloureux dans sa globalité : prévention, soin, réinsertion, prise en compte du patient douloureux dans son milieu familial, social et professionnel.

Une « unité » pluridisciplinaire de prise en charge de la douleur est quant à elle une structure qui justifie son identification en tant que « consultation » et qui dispose de lits permettant l'accueil d'un petit nombre de patients pour la mise en route des thérapeutiques (21).

En prenant l'exemple du CETD de l'Hôpital Laënnec à Nantes, un Centre « antidouleur » dispose de critères précis pour prétendre au statut de « Centre » pluridisciplinaire de prise en charge de la douleur chronique (22).

- **Une équipe multidisciplinaire** capable de prendre en charge aussi bien les aspects médicaux physiques que psychologiques, mais aussi sociaux et professionnels, de la douleur chronique.
  Outre des médecins algologues, le Centre dispose d'intervenants divers (neurochirurgien, rhumatologue, anesthésiste, psychiatre, médecin rééducateur) , y compris un kinésithérapeute, des psychologues, un acupuncteur, une assistante sociale et des conseillers professionnels. Tous ces partenaires contribuent, de façon complémentaire, à la prise en charge des patients douloureux chroniques, et à leur réinsertion socioprofessionnelle.
- **Le directeur du Centre**, habituellement un médecin, joue le rôle de coordinateur et parfois même de responsable administratif.
- Le Centre multidisciplinaire doit également disposer **d'outils d'évaluation et de traitement de la douleur** : questionnaires standardisés, tests

psychomoteurs, explorations fonctionnelles neurologiques ainsi que tout **l'arsenal thérapeutique** disponible, sans oublier **la prise en charge psychothérapeutique.**

- Il doit disposer de **locaux de consultation et/ou d'hospitalisation** qui lui sont propres.
- A ceci, s'ajoutent **des travaux de recherches scientifiques** que le Centre s'attribue par son activité et qui se traduisent par des publications dans des revues spécialisées.
- **Un livret d'accueil** élaboré en 2004 (*annexe1*) détaillait l'organisation du Centre, les objectifs de la prise en charge et le rôle des différents intervenants.

Les Centres d'Evaluation et de Traitement de la Douleur ont tendance à être assez différents les uns des autres, certains étant plus spécialisés dans les traitements somatiques, alors que d'autres sont plus tournés vers les traitements comportementaux ; ils peuvent également proposer des traitements différents en fonction des patients ou des syndromes. Cependant, leur point commun reste axé sur le patient et sa prise en charge aussi bien sur la composante physique que sur la composante psychologique de sa douleur.

b) La place du patient douloureux chronique

L'objectif premier étant la prise en charge *globale* du patient douloureux. Ce dernier est au cœur d'une organisation structurée, pluridisciplinaire et coordonnée.

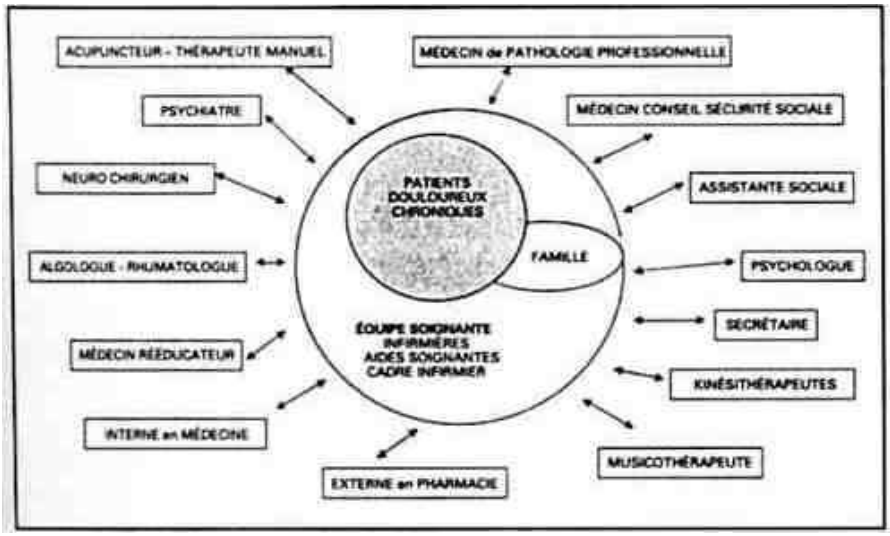


Figure 2. Prise en charge globale, pluridisciplinaire, coordonnée (23)

La compréhension et l'adhésion du patient à la stratégie de soins proposée (« coping » pour les anglosaxons) constituent une condition indispensable (24).

En effet, une prise en charge réussie d'un patient douloureux chronique ne peut se faire sans sa coopération. Le projet thérapeutique doit être décidé autour et avec le patient.

L'environnement soignant du patient doit être cohérent et prêt à répondre aux besoins de ce dernier tout en l'impliquant à son propre parcours thérapeutique (25).

La motivation du patient est un pré-requis incontournable pour la réussite de la prise en charge. Cependant, les patients ont tendance à attendre une quasi-disparition de la sensation douloureuse. Les entretiens préalables avec le patient sont alors primordiaux pour une bonne compréhension de l'organisation et des objectifs que le Centre souhaiterait atteindre avec lui.

c) Organisation d'un Centre d'Evaluation et de Traitement de la douleur chronique

Comme nous l'avons fait remarquer précédemment, il n'existe pas de consensus dans l'organisation d'un Centre d'Evaluation et de Traitement de la Douleur.
Toutefois, les structures spécialisées dans ce type de prise en charge possèdent actuellement en commun : une unité de lieu et de temps, une équipe médicale et paramédicale organisée selon un modèle multidisciplinaire, un secrétariat assurant à la fois un filtrage des patients et un accès rapide, un principe de décision collégiale et les moyens d'une prise en charge adaptée donc diversifiée.

Pour une meilleure approche du fonctionnement interne d'un Centre d'Evaluation et de Traitement de la Douleur, nous allons décrire l'organisation « classique » d'un Centre tout au long du parcours thérapeutique du patient.

1. La prise de rendez-vous

Avant toute hospitalisation, le patient fait une démarche de prise de rendez-vous pour une consultation de la douleur. La manière dont il accède à cette consultation est primordiale. Elle ne doit en aucun cas être considérée comme un obstacle mais comme une étape à franchir parmi d'autres.
Pour cela, le patient doit solliciter l'accord de son médecin traitant.
Ce dernier justifiera les raisons pour lesquelles il dirige son patient au Centre antidouleur en adressant un courrier détaillé au médecin consultant. Son rôle est essentiel car il connaît habituellement très bien son patient sur le plan médical, familial et socioprofessionnel. Les informations qu'il apportera seront très intéressantes pour l'équipe pluridisciplinaire.
Au CETD de l'Hôpital Läennec à Nantes, il est demandé au patient, en plus du courrier du médecin traitant, une lettre mentionnant ses motivations et ses objectifs pour sa prise en charge multidisciplinaire.

Une fois la présélection réalisée, le secrétariat envoie aux patients un livret leur expliquant les modalités de fonctionnement du Centre antidouleur, et un rendez-vous est fixé avec un médecin consultant.

2. la consultation initiale

La prise de rendez-vous faite, le patient rencontre le médecin consultant du Centre pour une première prise de contact. Ce dernier, vérifie cliniquement le diagnostic de douleur chronique. Il examine minutieusement son dossier médical. Il reprend son parcours médical et tous les facteurs qui ont déclenché, aggravé ou modifié la douleur.

Un « dossier douleur » est ainsi constitué, il accompagnera le patient durant toute son hospitalisation au sein du Centre et il sera par la suite rattaché à son dossier médical.

Une prise de contact avec un psychologue est également envisageable. En effet, c'est lors de cette consultation que le patient se livre et fait part de sa douleur morale. Une approche plus intime est alors mise en place. Les relations familiales sont évoquées, le ressenti du patient face à sa douleur au quotidien et tout ce qui a trait aux facteurs psychologiques et qui retentissent sur l'évolution de la douleur seront abordés lors de cette consultation. Le patient fait un lien entre le psyché et la douleur, il intègre l'idée que sa douleur peut ne pas être uniquement d'ordre somatique et que son adhésion et sa participation active à la prise en charge de la douleur est indispensable.

Au terme de cette consultation, le diagnostic de douleur chronique est confirmé et un avis favorable du psychologue est requis pour l'hospitalisation (26).

3. Une prise en charge globale

L'hospitalisation au sein du CETD de l'Hôpital Laënnec à Nantes s'articule sur une ou deux semaines consécutives selon les patients. La première semaine étant consacrée à la mise en œuvre du traitement et la seconde à son adaptation ainsi qu'à une réflexion sur la réinsertion socioprofessionnelle du patient (27).

Une équipe de soins se mobilise autour du patient pour sa prise en charge.

Quatre axes sont alors abordés :

- l'axe médicamenteux
- l'axe fonctionnel
- l'axe psychologique
- l'axe socioprofessionnel

Pour mieux saisir le concept d'une prise en charge globale du patient douloureux, nous prendrons l'exemple du CETD de l'Hôpital Laënnec à Nantes, pour approfondir ces quatre aspects (28) :

- L'axe médicamenteux

La première démarche du médecin consultant est de réévaluer le traitement du patient à son entrée.
Le traitement est réadapté tout au long de l'hospitalisation en fonction de la réponse du patient à sa thérapeutique et grâce à des outils standardisés d'évaluation de la douleur.
Les médicaments responsables de dépendance (morphiniques, psychotropes..) sont diminués dès que cela est possible.

- L'axe fonctionnel

Avec la participation d'un kinésithérapeute et d'un médecin thérapeute manuel et acupuncteur, des techniques alternatives antalgiques non médicamenteuses sont mises en route avec la participation et l'adhésion du patient à cette thérapeutique.
Le médecin rééducateur est consulté pour un avis fonctionnel quant aux apports potentiels de la rééducation selon les cas.

- L'axe psychologique

Le psychologue offre au patient un espace de parole, une écoute de la plainte douloureuse.
Le soutien psychologique est associé à un travail personnel de mise en place d'objectifs pragmatiques que le patient est censé atteindre pendant l'hospitalisation et surtout en dehors de tout contexte médicalisé.
Le psychiatre intervient selon les cas pour confirmer un diagnostic psychiatrique éventuel (dépression, anxiété, atteinte psychotique…), un traitement psychotrope et/ou une approche en psychothérapie peuvent être mis en place.

Enfin, il permet d'évaluer le retentissement psychologique et affectif du vécu douloureux.

- L'axe socioprofessionnel

Selon les cas, grâce à l'intervention des médecins de pathologie professionnelle et des médecins conseils de sécurité sociale, un bilan des exercices professionnels antérieurs, des ressources actuelles et des possibilités d'adaptation ou de reconversion professionnelle est effectué, pour favoriser le retour au travail et la reprise d'activités extra-professionnelles et de loisirs.

4. Le suivi

Une fois la prise en charge réalisée au sein du centre antidouleur, le patient bénéficie d'une surveillance régulière à sa sortie. Au CETD de l'Hôpital Laënnec, le délai est de 3 mois pour la première consultation post hospitalisation, puis 6 mois et 1 an. Selon les cas, ces délais peuvent être soit prolongés soit raccourcis pour un meilleur suivi, de manière à réévaluer la thérapeutique, à en corriger les effets indésirables et, au besoin, à en changer en cas d'inefficacité.

La douleur chronique n'est donc pas univoque et la réponse thérapeutique ne saurait être limitée à une seule technique. Plutôt qu'une succession dans le temps de chaque thérapeutique, il est préférable de les envisager d'emblée en combinaison sous la forme d'un programme thérapeutique plurimodal structuré.

Pour diminuer la consommation médicamenteuse, souvent excessive chez les patients douloureux, et pour améliorer leur observance médicamenteuse, une bonne évaluation clinique est nécessaire lors de l'instauration d'un traitement médicamenteux.

Nous allons ainsi, aborder succinctement l'évaluation clinique d'un patient douloureux et la pharmacologie de la douleur chronique qui en découle.

C- Evaluation clinique et pharmacologie de la douleur chronique

De par sa nature très subjective, la douleur ne peut se quantifier de façon précise. Cependant son évaluation reste indispensable pour orienter le choix thérapeutique médicamenteux.

1. Evaluation et diagnostic

Les difficultés de définition des douleurs chroniques rebelles et leur positionnement entre psyché et soma, demandent au médecin consultant d'élargir son évaluation à un ensemble de facteurs somatiques et psychosociaux.

Tableau IV. Grille d'évaluation du patient douloureux (29)

(I)HISTOIRE DE LA DOULEUR
Mode de début
Evolution du syndrome douloureux
Traitements effectués
Antécédents pathologiques
Aspects cognitifs associés
(II)SYNDROME DOULOUREUX ACTUEL
Mécanisme(s) physiologique(s)
Evaluation de la douleur, du handicap
Recherche du soulagement
Prises médicamenteuses
Evaluation de l'humeur
Relations avec l'entourage
Contexte socio-économique
(III)EVALUATION DES OBJECTIFS
Possibilités de réhabilitation
Evaluer la demande
Orienter vers des objectifs réalistes

Autrement dit, l'évaluation d'un patient douloureux s'articule en quatre étapes (30) :

1- L'interrogatoire : antécédents, histoire de la douleur, interventions, traitements.
2- L'examen clinique et neurologique ainsi que l'analyse du fonctionnement du système nerveux s'il est directement impliqué.

   Dans le contexte d'une douleur chronique, il est indispensable de souligner la place de la description de la douleur : les circonstances de début, le rythme évolutif, la topographie, la qualité, les facteurs d'aggravation ou de soulagement ainsi que les données de l'examen clinique permettront de définir aussi précisément que possible le (ou les) mécanismes physiopathologiques de la douleur (31).
3- La quantification de la douleur. Les outils permettant une quantification sont des échelles visuelles ou verbales d'auto-évaluation validées, des questionnaires descriptifs adaptés, selon les cas, aux capacités d'expression du malade (enfants handicapés moteurs).

   L'échelle la plus utilisée est l'Échelle Visuelle Analogique (EVA) : la douleur est quantifiée sur une ligne allant d'un point = absence de douleur, à un point = douleur maximale imaginable. Il existe également des échelles d'anxiété et de dépression (32).
4- La recherche de facteurs psychosociaux susceptibles d'entretenir la douleur (dépression, conflits familiaux, etc.)

Une démarche thérapeutique d'ordre pharmacologique repose sur un bilan rigoureux.
Le choix thérapeutique doit être guidé par la tolérance et par les caractères du syndrome douloureux (33).

Le traitement de douleur comporte des thérapeutiques médicamenteuses (antalgiques et analgésiques) et non médicamenteuses (chirurgie, stimulation et électrothérapie…).
Dans un souci de synthèse et en rapport avec la suite de notre présentation, nous nous limiterons aux thérapeutiques médicamenteuses. L'objectif de cette partie, étant de rester le plus synthétique et surtout constituer un rappel des grandes lignes à connaître.

C'est volontairement que nous avons voulu aborder ce sujet en distinguant deux grandes actions pharmacologiques : les douleurs nociceptives et les douleurs neurogènes qui ne répondent pas, ou peu, aux analgésiques même morphiniques.
Il est donc essentiel de les diagnostiquer pour différencier les modalités de prescription en fonction de ces deux grands types de douleurs.

2. Les médicaments de la douleur nociceptive (34, 35, 36, 37)

Les traitements médicamenteux ont pour but de réduire la transmission des messages nociceptifs (au niveau des récepteurs périphériques de la douleur, ou de la moelle) ou de renforcer/diminuer les contrôles physiologiques inhibiteurs/excitateurs des messages nociceptifs s'exerçant au niveau médullaire.

Sommairement, l'OMS préconise 3 paliers de prescription des médicaments antalgiques.
A l'origine pour les douleurs cancéreuses, cette classification peut s'utiliser pour traiter toute douleur sur le plan symptomatique. Le passage d'un palier à l'autre se fera en fonction de l'évolution de la douleur et du degré de soulagement du malade.

a) Les antalgiques de palier I

Antalgiques non opioïdes destinés au traitement des douleurs faibles à modérées.
EVA : 1 à 4
Il s'agit du paracétamol, acide acétylsalicylique et d'anti-inflammatoires non stéroïdiens (AINS). L'avantage du paracétamol est d'avoir un mode d'action central mais distinct de celui des morphiniques, ce qui justifie leur association dans certaines spécialités. De plus, il bénéficie d'une meilleure tolérance (allergies possibles).
Les propriétés des antalgiques de palier I correspondent à une activité antalgique, antipyrétique et anti-inflammatoire pour l'aspirine et les AINS à forte dose.
Leur mécanisme d'action : réduction de la synthèse des prostaglandines (substances algogènes) par inhibition des cyclo-oxygénases (Cox).

b) Les antalgiques de palier II

Antalgiques opioïdes faibles utilisés seuls ou associés aux antalgiques non morphiniques (paracétamol) avec ou sans adjuvants pour traiter des douleurs persistantes ou intenses, rebelles aux antalgiques de palier I et dues à un excès de stimulation nociceptive.

Sont utilisés en deuxième intention (stratégie de l'OMS)

EVA : 4 à 7

Trois molécules sont à retenir :

- La codéine : subit une transformation en morphine sous l'action du cytochrome P450.

  En association avec le paracétamol ex : EFFERALGAN-CODEINE® avec 30 mg de codéine et 500 mg de paracétamol.
- Le dextropropoxyphène : dérivé de la méthadone.

  Forme associée au paracétamol (DIANTALVIC®) : 30 mg de dextropropoxyphène et 400 mg de paracétamol
- Le tramadol (TOPALGIC®): avec l'avantage d'une présentation en formes immédiates ou à libération prolongée.

Les principaux effets secondaires rencontrés sont : la constipation, les nausées, vomissements, somnolence et de dépendance plus fréquemment rencontrée avec la codéine.

Mécanisme d'action : agonistes morphiniques faibles.

c) Les antalgiques de palier III

Antalgiques morphiniques forts utilisés dans le traitement des douleurs intenses et/ou rebelles aux antalgiques de niveau II.

Mécanisme d'action : antalgique à effet central possédant une action supraspinale et spinale.

Sont utilisés en troisième intention (stratégie de l'OMS).

- La morphine :
  - ✓ Voie orale :
  - Chlorhydrate de morphine dont l'action débute en 15 à 20 min et dure 4 heures

- Sulfate de morphine à libération immédiate (ACTISKENAN®) ou prolongée (SKENAN®, MOSCONTIN®) dont l'effet antalgique débute au bout d'1 à 2 heures et dure 12 heures.
  - ✓ Voies sous-cutanées, intramusculaire ou intraveineuse avec des équivalences : 30mg de morphine PO = 15 mg de morphine SC = 10 mg de morphine IV.

Les éléments de surveillance à prendre en compte sont : l'intensité de la douleur, la fréquence respiratoire, le niveau de somnolence et le transit intestinal.

En cas d'intolérance ou de résistance à la morphine, on peut utiliser soit l'oxycodone (OXYCONTIN LP®), dérivé semi-synthétique de la codéine, considérée comme 2 fois plus puissante que la morphine en terme de doses actives ou l'hydromorphone (SOPHIDONE LP®), dérivé semi-synthétique de la morphine, 6 à 8 fois plus puissante que celle-ci.

- Le fentanyl :
  Dérivé de la phénylpipéridine utilisé par voie transdermique (DUROGESIC®) et 100 fois plus puissant que la morphine (équivalence : 25µg de fentanyl = 60 mg de morphine)
  Il se présente également sous forme de comprimés oraux transmuqueux avec applicateur buccal (ACTIQ®).

3. Les médicaments de la douleur neurogène ou médicaments co-antalgiques (34, 35, 36, 37, 38)

L'approche et le traitement de la douleur neuropathique centrale ou périphérique restent très empiriques. Les douleurs neurogènes étant le résultat de mécanismes multiples, le

choix d'une thérapeutique co-analgésique dépend de nombreux paramètres que le clinicien doit prendre en compte (interactions médicamenteuses, effets indésirables…). C'est d'ailleurs pour cette raison que les confrérenciers et les membres de l'exécutif du Fourth International Conference on the Mechanisms and Treatment of Neuropathic Pain se sont associés pour rédiger des recommandations pour le traitement des douleurs neuropathiques. A l'issu de cette conférence, un guide thérapeutique a été élaboré.

En France deux grandes classes thérapeutiques sont utilisées :

- Les antidépresseurs tricycliques :

Substances ayant un effet antalgique propre par le biais d'une inhibition de la recapture présynaptique de la noradrénaline et de la sérotonine (amitriptyline, clomipramine, imipramine). Cependant, on s'accorde le doute de l'existence d'autres modes d'action qui pourraient expliquer l'effet antalgique des antidépresseurs tricycliques par leurs effets antihistaminiques et anticholinergiques.

L'effet antalgique indépendant de l'effet antidépresseur, survient généralement pour une posologie plus faible et après un délai plus court (15 jours).
Le traitement est débuté à doses faibles, puis augmenté progressivement par palier de 5 à 7 jours en fonction de l'efficacité clinique et de la tolérance.
Le traitement doit être maintenu 4 à 6 semaines avant de conclure à son inefficacité.
Les effets secondaires sont sédation, hypotension orthostatique, aggravation des troubles du rythme cardiaque préexistants, prise de poids, et effets de type anticholinergiques (sécheresse buccale, constipation, rétention urinaire).

- Les antiépileptiques :

Fréquemment utilisés dans les douleurs neuropathiques paroxystiques, les antiépileptiques possédent de multiples modes d'action. En France, la dernière molécule mise sur le marché avec une AMM dans le traitement de la douleur neuropathique est la prégabaline, dérivé de la gabapentine, dont le mode d'action est l'inhibition des canaux calciques.

D'autres molécules sont envisageables : carbamazépine, valproate, phénytoïne, lamotrigine, clonazépam.
La dose efficace et la dose maximale efficace varient d'un patient à l'autre d'où l'importance d'une titration individuelle progressive.
Les effets secondaires sont fréquents en début de traitement, surtout chez les sujets âgés avec risque de somnolence et troubles de l'équilibre. A ceci s'ajoutent des effets indésirables propres à chaque molécule.
Les antiépileptiques de nouvelle génération ont moins d'effets secondaires et moins d'interactions médicamenteuses.

D'autres classes peuvent être utilisées dans le cadre d'une co-analgésie :

- Les anxiolytiques : qui trouvent leur intérêt dans les syndromes douloureux chroniques
- Les antispasmodiques (baclofène) : agoniste des récepteurs GABA prescrit pour soulager certains types de douleurs neuropathiques notamment les douleurs paroxystiques.
- Les corticoïdes : prescrits dans les douleurs d'origine inflammatoire ou cancéreuse.

II- MOS SCORE : GENERALITES

A- Définition

1. Une nouvelle échelle d'évaluation de la douleur ?

Actuellement, de nombreuses échelles existent pour mesurer l'intensité d'une douleur chez un patient : Echelle visuelle analogique, Echelle numérique etc.., toutefois, en ce qui concerne la prise en charge de la douleur chronique, aucune ne permet de quantifier le traitement médicamenteux en raison des prises multiples de médicaments de différentes classes pharmacologiques et à des doses variables.

Le MQS ou Medication Quantification Scale n'est pas une échelle d'évaluation de la douleur à proprement parler. Il s'agit d'une échelle qui permet indirectement d'évaluer la douleur sur un versant strictement médicamenteux, en prenant en compte les différentes classes thérapeutiques, leur dosage et leurs effets indésirables.
Elle a été validée en 1992 par une étude américaine (Masters Steedman) de 60 patients douloureux chroniques dont 30 pris en charge dans un Centre d'Evaluation et de Traitement de la Douleur. A un an, le MQS score a diminué de façon significative ($p<0,0001$) dans le groupe de patients pris en charge au CETD par rapport au groupe qui ne l'était pas (39).

2. En quoi consiste le MQS ?

Le MQS concerne des patients qui présentent des douleurs chroniques non cancéreuses associant une dépression et/ou une anxiété et/ou des insomnies.
Il s'agit d'un outil qui permet de quantifier l'importance des analgésiques et des co-analgésiques utilisés dans la prise en charge thérapeutique de la douleur chronique.

Le MQS consiste à attribuer un score à une thérapeutique antalgique, pour un patient donné.
La sommation des scores permet d'obtenir le MQS score du patient ou « Total MQS score » correspondant à l'ensemble des médicaments antalgiques et co-antalgiques du patient.
L'évaluation du traitement des patients douloureux chroniques repose sur :

- le nombre de médicaments prescrits et pris
- la classe pharmacologique
- le dosage
- les effets indésirables.

B- Principe de son calcul

Pour le calcul du MQS score du patient, deux critères sont pris en compte :

- La dose quotidienne que l'on compare à la posologie thérapeutique quotidienne recommandée.
- La classe thérapeutique que l'on classe par rapport au degré de préjudice (essentiellement les effets indésirables)

Pour chaque médicament utilisé chez un patient donné,

- un degré de préjudice est attribué pour ce médicament, basé sur les effets secondaires qu'il peut engendrer au long cours *(tableau V)*.

Tableau V. Classification des classes pharmacologiques selon leur degré de préjudice

Classes pharmacologiques	Degrés de préjudice
Antalgiques de paliers I (hors AINS)	1
Anti-inflammatoires non stéroïdiens	2
Antidépresseurs	2
Myorelaxants/antispastiques	3
Antalgiques de palier II	4
Benzodiazépines/hypnotiques	4
Anti-épileptiques	5
Dérivés opioïdes forts	6

Le préjudice de degré 1 correspondrait à une classe pharmacologique avec un faible potentiel à engendrer des effets secondaires au long cours. Alors que le préjudice de degré 6, correspondrait à l'inverse, à un fort potentiel à engendrer des effets secondaires au long cours.

- un niveau de dosage est également attribué en fonction des doses quotidiennes recommandées *(tableau VI)*.

Tableau VI. Cotation du niveau de dosage

Dose quotidienne	Niveau de dosage
< 1 dose par semaine	0
Dose subthérapeutique	1
Dose thérapeutique minimale	2

Dose thérapeutique maximale	3
Dose suprathérapeutique	4

Calcul du MQS score pour chaque médicament

= degré du préjudice x niveau de dosage

On fait la somme des MQS scores de tous les médicaments pour obtenir le « Total MQS score » pour chaque patient.

C- Adaptation française du MQS

1. Présentation du tableau QCM

Le QCM ou Quantification de la Consommation Médicamenteuse est une traduction française du MQS (Medication Quantification Scale).

L'adaptation française se présente sous forme de tableau, présenté en annexe *(annexe 2)* qui donne directement le score d'une spécialité en fonction du dosage.

Sont pris en compte les analgésiques et co-analgésiques les plus fréquemment utilisés dans la prise en charge des patients douloureux chroniques.

Une fiche « patient » permet d'avoir le « Total QCM score » avant et après l'hospitalisation avec un suivi sur 4 et 6 mois *(annexe 3)*. Un exemple de calcul du QCM score d'un patient inclus dans notre étude sera exposé en annexe (*annexes 4).*

2. Les étapes de l'élaboration du QCM

Plusieurs étapes ont permis l'élaboration de ce tableau :

a) Une publication à l'origine du MQS

L'intérêt porté à cette nouvelle échelle est né à partir d'une publication extraite de la revue américaine *The clinical journal of pain* intitulée : Chronic-Pain Medications : Equivalence Levels and Method of Quantifying Usage (39).

N'ayant aucune publication plus récente à notre disposition, nous nous sommes contentés de cette première version au sein du Centre pour une application expérimentale.

b) Réflexion sur l'intérêt du MQS

De nombreux outils validés sont mis à disposition au CETD dans l'appréciation des différents axes de la prise en charge de la douleur chronique. Ainsi, l'évaluation de la prise en charge fonctionnelle est réalisée grâce à l'auto-questionnaire de Dallas et l'Eifel *(annexe 5).*

L'abord psychologique est apprécié par l'échelle numérique du sommeil, le score d'évaluation de l'Anxiété et de la Dépression (HAD) et le Coping (CSQ) *(annexe 5).*

Cependant, aucun outil n'est mis en place pour apprécier l'axe de l'abord médicamenteux, d'où l'intérêt du CETD d'étudier ce nouvel outil.

c) Construction d'un tableau simplifié : le QCM

Le QCM ou Quantification de la Consommation Médicamenteuse se présente sous forme d'un tableau à double entrée regroupant les antalgiques les plus utilisés au Centre et donnant accès directement au score en fonction des dosages appliqués pour un patient donné.

Deux tableaux ont permis l'élaboration du QCM score :

- le classement des classes thérapeutiques en fonction de leur pouvoir à engendrer des effets indésirables *(tableau VI)*
- la cotation en niveau de dosage *(tableau VII)*

d) Quelques remarques

- Les doses thérapeutiques

Les dosages thérapeutiques en France diffèrent parfois de ceux appliquées aux Etats-Unis, il a fallu revoir tous les dosages appliqués à cette échelle. Deux bases de données ont servit à cet effet : le Vidal et la base de donnée Thériaque.

Cependant, deux problèmes se sont présentés :

Pour certaines molécules, nous ne disposions que de valeurs usuelles des posologies.

Ainsi, le choix des minimas et maximas fut subjectif ainsi que les doses supra-thérapeutiques.

De plus, l'indication antalgique est parfois hors AMM pour certains principes actifs.

Pour un abord plus scientifique, il aurait fallu se baser sur les monographies de chacune des molécules utilisées dans le QCM.

- Les spécialités médicamenteuses

Le choix des spécialités médicamenteuses a été effectué par les médecins exerçant au CETD. Sont répertoriées toutes les molécules et spécialités les plus utilisées au Centre destinées à la prise en charge de la douleur chronique rebelle non cancéreuse.

Bien entendu, la liste est peu exhaustive. De nombreuses spécialités peuvent être rajoutées mais dans ce cas là, l'utilisation du MQS sous forme d'un tableau semble difficilement réalisable.

- Les classes thérapeutiques :

Le MQS issu de l'étude américaine de Masters Steedman, répertorie huit classes thérapeutiques :

1- Aspirine/paracétamol
2- Anti-inflammatoires non stéroïdiens
3- Antidépresseurs
4- Myorelaxants
5- Benzodiazépines
6- Dérivés opioïdes faibles
7- Barbituriques/sédatifs
8- Dérivés opioïdes forts

Le QCM respecte ces différentes classes pharmacologiques avec quelques variations :

La classe des myorelaxants a été subdivisée en deux groupes avec d'une part les myorelaxants tel que le tétrazépam et le thiocolchicoside et d'autre part les antispastiques dont le baclofène.

La classe des benzodiazépines est représentée par les anxiolytiques et les hypnotiques les plus couramment utilisés au Centre. Le choix d'y ajouter le zolpidem et le zopiclone nous a semblé cohérent de par leur mode d'action similaire à celui des benzodiazépines.

La présence du NOCTRAN®, association de deux phénothiazines et d'une benzodiazépine, au sein de ce groupe s'explique par les propriétés sédatives de ces trois molécules.

La modification la plus controversée concerne **la classe des barbituriques**.

En effet, deux principes actifs correspondent à cette classe dans le MQS : le phénobarbital et le méprobamate.

En France, le phénobarbital est utilisé dans le traitement de l'épilepsie et le méprobamate comme anxiolytique. Actuellement les barbituriques sont peu utilisés dans le cadre d'une prise en charge de la douleur.

La classe « antiépileptiques » remplace la classe « barbituriques/sédatifs » avec de nouvelles molécules le clonazépam, la carbamazépine, la gabapentine et la prégabaline.

Néanmoins, les antiépileptiques actuellement utilisés sont mieux tolérés que les barbituriques. La classification américaine des classes pharmacologiques selon leur potentiel à engendrer des effets secondaires au long cours ne s'applique plus aux nouvelles molécules antiépileptiques telles que la prégabaline commercialisée sous le nom de LYRICA®.

Le clonazépam RIVOTRIL®, bien qu'il appartienne à la famille des benzodiazépines, s'ajoute à la classe des antiépileptiques par ses propriétés anti-convulsivantes et une action antalgique dans les douleurs de désafférentation fulgurantes.

D-MQS : REVU ET CORRIGÉ

Suites aux premières évaluations des études menées en 1992, le MQS a été la cible ces dernières années, de nombreuses études plus approfondies avec des échantillons plus importants et faisant appels à de nombreux cliniciens et scientifiques.

1. Avantages et inconvénients

- Points positifs

Le MQS est avant tout un formidable concept de quantification de la consommation médicamenteuse jusqu'ici jamais mis en place.
Les études menées en 1992 et celles qui ont suivies, ont démontré la sensibilité de la méthode face à l'évolution de la clinique.
Nous citerons une étude récente datant de janvier 2007, qui utilise le MQS pour quantifier la consommation médicamenteuse chez des enfants atteints de drépanocytose, mettant en avant la sensibilité de l'outil. L'étude a démontré de significatives corrélations entre les différents paramètres d'évaluation de la douleur (EN, adjectifs, médicaments…) et les MQS scores. (40)

En dehors du fait que le MQS soit un outil purement quantitatif, il permet de comparer des groupes de patients en recherche de solution thérapeutique adaptée à leur douleur. En effet, il s'agit d'un outil qui informe non seulement sur le profil médicamenteux d'un patient donné, mais il apporte également une donnée supplémentaire qui permet la réalisation de statistiques et d'études comparatives de groupes de patients.

Dans d'autres études, le MQS pourrait être intéressant à exploiter pour étudier l'adhérence et l'observance du patient à son traitement. Outre l'évaluation de l'efficacité antalgique, le patient reste sensible à l'image d'un médicament comme produit chimique potentiellement délétère pour l'organisme. Son observance vis-à-vis d'un traitement repose également sur ses craintes quant aux effets indésirables.
Comme nous l'avons précédemment définit, le MQS score est basé sur le « degré du préjudice » inhérent à la classe thérapeutique à laquelle une molécule donné appartient,

ainsi qu'à son « niveau de dosage » (dose sub-thérapeutique, thérapeutique, supra-thérapeutique). Sa définition nous incite à nous poser la question suivante : dans quel mesure le MQS score pourrait-il être intéressant dans la prescription d'un traitement antalgique en vue d'une bonne adhésion du patient douloureux chronique à sa thérapeutique ?

Autre avantage, l'utilisation du MQS en pratique peut être au fur et à mesure de son application, une « aide à la prescription » pour le choix d'une classe thérapeutique et un dosage adéquat à chaque patient hospitalisé.

Ainsi, le MQS score pourrait être utile pour apprécier l'efficacité de la prise en charge pluridisciplinaire d'un patient douloureux chronique au sein d'un Centre d'Evaluation et de Traitement de la Douleur sur le plan médicamenteux.

- Points négatifs

Le MQS est considéré comme un outil très intéressant par certains scientifiques, d'autres restent perplexes quant à l'utilité de cette nouvelle échelle. En effet, l'évaluation quantitative de la consommation médicamenteuse pourrait ne pas intéresser certains cliniciens, car elle n'apporte aucune information sur l'état de santé du patient.

De plus, la notion de « degré de préjudice » est subjective. Dans l'étude de Masters Steedman, les effets secondaires à l'origine de la classification des classes thérapeutiques selon leurs « degré de préjudice » incluent : la tolérance, l'addiction ou dépendance physique, l'abus, l'insomnie et l'augmentation du seuil de perception de la douleur. Il est précisé dans la publication que la liste de ces effets secondaires n'est pas

exhaustive. Quoiqu'il en soit, l'apparition de nouvelles molécules dans une même classe thérapeutique peut faire basculer le classement (exemple : les antiépileptiques).

Autre inconvénient, l'application du MQS en pratique clinique semble poser des problèmes par sa complexité d'utilisation. En effet, le MQS score est un outil flexible, auquel peuvent s'ajouter d'autres molécules. Mais pour qu'un outil soit validé, il faut qu'il soit sensible, spécifique et surtout simple d'utilisation. Les deux premiers critères ayant été validés par de nombreuses études, le troisième critère de simplicité d'utilisation reste critiquable. Le QCM qui se présente sous forme d'un tableau tente de pallier à ce problème mais la liste des spécialités retenues pour le QCM est limitative.
Lorsqu'une molécule n'est pas répertoriée dans le QCM, le médecin doit replacer cette molécule dans la classification thérapeutique du QCM et en fonction de son dosage, il effectue le calcul du score.
En fait, l'erreur la plus fréquente est une erreur de calcul.

2. MQS version III

Depuis 1992, le MQS a fait l'objet de plusieurs modifications. Une première révision du MQS a été publiée en 1998 (MQS II). Le groupe d'experts de validation du classement des classes thérapeutiques est passé de 12 à 39 scientifiques (pharmaciens, médecins, psychologues...) tous ayant une expérience dans la prise en charge de la douleur. A ceci, s'en suit une réévaluation du nombre de classes pharmacologiques passant de 8 à 15 (40).
La version de 2003 du MQS (MQS III) se veut plus critique à l'égard des deux premières versions. Elle met en avant d'une part, le nombre relativement petit des professionnels de santé promus à l'élaboration de la classification des classes pharmacologiques en fonction de leurs effets indésirables. D'autre part, elle relève que

dans les deux premières versions du MQS, il n'y pas eu de subdivision des classes en prenant en compte leurs mécanismes d'action ; par exemple : les antidépresseurs tricycliques et les inhibiteurs de la recapture de la sérotonine.
Cette dernière version a fait appel à l'ensemble des scientifiques appartenant à l'association American Pain Society soit 248 membres. De nombreux changements, illustrés en annexe *(annexe 6),* ont été effectués, notamment, le passage de la classe des AINS du rang 2 à 3 et un total de 22 mécanismes d'actions différents répertoriés (41).

De plus, les effets indésirables retenus pour cette classification ont été précisés à savoir : dysfonction ou toxicité locale ou systémique, dépendance physique et psychique, abus, insomnies, tolérance, augmentation du seuil de la douleur, amnésie ou difficultés de concentration, baisse de la vigilance ainsi que les interactions médicamenteuses.

Ces réévaluations peuvent être effectuées pendant de nombreuses années et il est, en effet, très intéressant de s'adapter aux innovations thérapeutiques et aux recommandations quant à la prescription médicamenteuse à laquelle sont assujettis les médecins.

Ainsi, le MQS se présente comme un outil évolutif ; les avancés scientifiques engendrant de nombreuses modifications du MQS.
C'est d'ailleurs pour cette raison et pour faciliter l'utilisation de cet outil en pratique, qu'un site a été mis en place à la disposition des professionnels de santé pour calculer automatiquement le score de leurs patients : www.pain-initiative.com

III- EXEMPLE D'APPLICATION DU MQS SCORE : LA LOMBALGIE CHRONIQUE

A- La lombalgie chronique : généralités

1. Point de départ : la lombalgie commune

Couramment, le terme de « mal de dos » est assimilé à celui de douleurs lombaires ou lombalgies. La lombalgie n'est pas, en soi, une maladie mais un symptôme qui peut relever de causes variées. C'est la raison pour laquelle toute lombalgie justifie une consultation médicale. On oppose les lombalgies symptomatiques, révélatrices d'affections diverses (inflammatoires, infectieuses, tumorales…) qui méritent d'être reconnues précocement, mais qui restent rares (environ 5 % des patients consultant en médecine générale pour lombalgie) aux lombalgies communes d'origine micro-traumatique ou dégénérative (42).

Les lombalgies communes sont très fréquentes en France et dans les pays industrialisés. Des enquêtes récentes ont montré que 70 % des adultes souffrent ou ont souffert de leur dos et que la prévalence ponctuelle c'est-à-dire le pourcentage des sujets qui ont une lombalgie au moment de l'enquête, est, en moyenne, de 30 % environ (43).

Après exclusion d'une cause infectieuse, inflammatoire, tumorale ou structurale (par exemple scoliose évoluée), la lombalgie commune ou « lombalgie non spécifique » inclut les douleurs d'origine discale, musculaire et articulaire postérieure.
La lombalgie chronique est définie par la persistance des symptômes **au-delà de 3 mois**, ou des rechutes sur une période de **moins de 6 mois** (44).

2. Territoire algique

La lombalgie chronique peut être définie comme une douleur lombosacrée à hauteur des crêtes iliaques ou plus bas, médiane ou latéralisée, avec possibilité d'irradiation ne

dépassant pas le genou mais avec une prédominance des douleurs lombosacrées, durant au moins trois mois, quasi quotidienne, sans tendance à l'amélioration (45).

En rapport avec une pathologie mécanique, les douleurs lombaires impliquent de nombreuses structures anatomiques : les muscles, les disques intervertébraux, les ligaments, et la dure-mère. Cependant, les mécanismes responsables de la douleur lombaire sont nombreux et complexes.

Dans le cas de la présence possible d'irradiations aux membres inférieurs, il serait intéressant de rappeler synthétiquement les principales pathologies rencontrées : la lombosciatique et la lombocruralgie. Ces névralgies traduisent une souffrance du tronc ou des racines ou du nerf sciatique pour la lombosciatique et une souffrance du nerf fémoral pour la lombocruralgie. Les racines nerveuses peuvent être comprimées, étirées ou irritées par une hernie discale, un « bec de perroquet » en cas d'arthrose et divers autres anomalies de la colonne vertébrale. Les symptômes qui siègent dans le territoire du nerf se caractérisent par une douleur traçante suivant le trajet du nerf, avec éventuellement troubles sensitifs (engourdissements, fourmillements, perte de la sensibilité de la peau) et faiblesse des muscles dans le territoire du nerf lésé (46).

Les signes cliniques sont décrits dans le *tableau VII.*

Tableau VII. Signes cliniques des différentes radiculalgies des membres inférieurs (47)

CRURALGIE L3	CRURALGIE L4	SCIATIQUE L5	SCIATIQUE S1
Trajet douloureux			
Fesse, face antérieure et interne de cuisse	Fesse, face antérieure de cuisse et crête tibiale	Fesse, face externe de cuisse et de jambe, dos du pied et gros orteil	Fesse, face postérieure de cuisse et de jambe, bord externe et plante du pied, petit orteil
Diminution ou abolition éventuelle de réflexe			
Rotulien	Rotulien		Achilléen
Déficit sensitif éventuel			
Sur le trajet douloureux, rare	Sur le trajet douloureux	Sur le trajet douloureux	Sur le trajet douloureux
Déficit moteur éventuel			
Psoas iliaque, quadriceps	Quadriceps, jambier antérieur	Extenseurs des orteils Péroniers latéraux	Fléchisseurs plantaires

3. Chronicité : facteurs de risque

La lombalgie chronique ne se définit pas simplement par la topographie des douleurs lombaires qu'elle engendre. Elle se caractérise avant tout par une évolution dans le temps des symptômes classiquement après 3 à 6 mois d'évolution mais des travaux récents montrent que la chronicité se détermine beaucoup plus tôt, entre la 6^{ième} et la 8^{ième} semaine (48).

Ainsi, dans la phase aigüe ou subaigüe, il est nécessaire d'évaluer l'existence de facteurs de risque de chronicité afin de les prendre en charge et tenter de diminuer la prévalence des récidives et de la chronicité des lombalgies communes.

Parmi les facteurs de risques de passage de chronicité, on distingue (49, 50) :

a. Age supérieur à 45 ans

b. Antécédents de lombalgie ou de chirurgie lombaire

c. Présentation initiale de la lombalgie

Intensité de la douleur lombaire

Irradiation douloureuse aux membres inférieurs

Importance du handicap fonctionnel

d. Prise en charge initiale de la lombalgie

Prise en charge tardive

Prescription de repos au lit strict

Arrêt de travail initial prolongé

Absence d'informations et de conseils

e. Contexte socioprofessionnel

Bas niveau d'éducation et de ressources

Statut familial défavorable

Poste de travail avec importantes contraintes mécaniques

Insatisfaction au travail

f. Contexte psychologique

Troubles de la personnalité (hypochondriaque ou hystérique)

Etat de détresse psychologique

Anomalies de la perception du handicap

Stratégies adaptatives (coping) inappropriées

g. Contexte médico-légale

Accident du travail

Conflit médico-légal

Ces divers facteurs, souvent intriqués, interviennent dans le risque d'évolution chronique de la lombalgie ; leur identification devrait permettre de focaliser précocement les actions de prévention du passage à la chronicité chez les patients à risque (51).

Il est ainsi avéré que l'invalidité lombalgique dépend beaucoup plus des données démographiques, psycho-sociales et professionnelles que des caractéristiques médicales de l'affection elle-même. Ces facteurs pour la plupart, échappent à l'intervention des médecins. Il est donc important d'insister sur la prise en charge précoce des facteurs de risque liés à la prise en charge initiale.

Un tableau de synthèse reprend les différents facteurs de risques responsables de récidive, chronicité et de non-retour au travail *(tableau VIII)*.

Il reprend les principaux facteurs de risque pour chaque situation en mettant en évidence des facteurs de risques communs que sont les antécédents de lombalgie, l'existence d'une sciatique, la gravité de l'incapacité fonctionnelle, l'insatisfaction au travail, la perception par le patient d'un mauvais état de santé, les facteurs socio-professionnels.

La gradation selon le niveau de preuve a été réalisée en fonction de la qualité méthodologique des études, du nombre d'études en cours, de la cohérence des résultats et de leur pertinence clinique.

Tableau VIII. Synthèse des facteurs de risque de récidive, de chronicité et de non-retour au travail de la lombalgie (52)

RECIDIVE	CHRONICITE	NON-RETOUR AU TRAVAIL
Antécédents de lombalgie	Antécédents de lombalgie	
	Antécédents de chirurgie lombaire	
	Sciatique	Sciatique
	Gravité de la douleur	Gravité de la douleur
	Durée de la lombalgie	
	Gravité de l'incapacité fonctionnelle	Gravité de l'incapacité fonctionnelle

Mauvais état général	Mauvais état général	Mauvais état général
Insatisfaction au travail	Insatisfaction au travail	Insatisfaction au travail
Facteurs socioprofessionnels : statut, salaire, contact, reconnaissance	Facteurs socioprofessionnels : statut, salaire, contact, indemnisation	
Inadéquation des revenus sociaux		Inadéquation du salaire
Statut psychologique global	Statut psychologique global	Type de personnalité
Dépression	Dépression	
Contexte sociale non satisfaisant	Contexte social non satisfaisant	
Mauvaise posture au travail	Mauvaise posture au travail	Charge élevée de travail
Port de charges lourdes	Durée du port de charges	
Autre douleur musculo-squelettique	Autre douleur musculo-squelettique	
	Age	Age
	Sexe féminin	Sexe féminin
	Capacité d'adaptation	Contexte juridique

Niveau de preuve scientifique : * (+++) fort niveau de preuve scientifique

* (++) niveau intermédiaire de preuve scientifique

La connaissance de ces facteurs de risques, à la fois d'ordre médical et socioprofessionnel, nous permet de contrôler l'évolution chronique de cette pathologie. Mais, sans la volonté du patient à vouloir s'en sortir, la maîtrise de ce cercle vicieux reste difficile. Il s'agit d'un contrat entre le patient et les professionnels de santé qui l'entourent.

B- Pourquoi ce choix : la lombalgie chronique?

1. Epidémiologie au sein de la population française

La prévalence de la douleur chronique après un épisode de lombalgie aigüe est élevée. Les patients lombalgiques évoluent favorablement (90 % de guérison en moins de trois mois). Pour 10 % des patients, l'évolution prolongée des lombalgies communes aboutit à une désinsertion sociale et professionnelle grave après quelques mois d'évolution, on parle alors d'invalidité lombalgique (53).

2. Epidémiologie au sein du CETD de l'Hôpital Laënnec de Nantes

Comme nous l'avons présenté précédemment, les structures de lutte contre la douleur sont classées en trois niveaux de prise en charge : les consultations pluridisciplinaires (niveau I), l'unité (niveau II) et en fin, le Centre d'Évaluation et de Traitement de la Douleur (niveau III).
Le Centre d'Evaluation et de Traitement de l'Hôpital Laënnec du CHU de Nantes est une structure de lutte contre la douleur chronique rebelle non cancéreuse de niveau III, comprenant 7 lits d'hospitalisations, un plateau technique pour la réalisation de gestes algologiques et un bloc opératoire de neurochirurgie (53).

En 2006, le Centre a assuré la prise en charge de 256 patients en hospitalisation dont 104 souffrant de douleurs lombaires chroniques toutes étiologies confondues, ce qui représente 40, 6 %.

3. Les retentissements humains, sociaux et professionnels

Dans les pays industrialisés, du fait d'une très grande fréquence dans la population générale, la lombalgie est un problème majeur de santé publique. Son évolution au cours du temps comme pathologie chronique, occasionne un fort impact psychologique chez le patient avec une répercussion sur ses activités plaisirs et socioprofessionnelles.
Les lombalgies communes génèrent d'importantes dépenses de santé mais peu d'éléments précis concernent les lombalgies chroniques. En effet, le coût financier direct ne peut être qu'approché à partir des statistiques financières des organismes de prise en charge sociale. Cette prise en charge peut relever de la maladie ordinaire, de

l'invalidité ou de la branche accident du travail et maladies professionnelles. Cependant, on sait que si l'arrêt de travail est prolongé au-delà d'un an, 90 % des sujets ne reprendront jamais l'activité de travail (54).
Ainsi, les lombalgies représentent, selon leur durée et leur gravité, une source importante d'arrêt de travail, de mise en invalidité et de pertes d'emploi. L'intérêt de la prévention et d'une prise en charge précoce et globale est nécessaire pour minimiser l'impact humain et socioprofessionnel des lombalgies chroniques communes.

4. Prise en charge globale du patient lombalgique chronique

La lombalgie chronique doit être considérée comme une pathologie d'origine multifactorielle, faisant intervenir à des degrés divers des phénomènes physiques et fonctionnels, socioprofessionnels et psychologiques. La prise en charge doit alors être globale et multidisciplinaire.
Les objectifs de cette prise en charge doivent être fixés en concertation avec le patient à l'issu de l'évaluation initiale. Ils visent à permettre au patient de contrôler et de gérer sa douleur, d'améliorer ses capacités fonctionnelles, de corriger d'éventuels troubles psychologiques et enfin favoriser sa réinsertion sociale et professionnelle le plus rapidement possible (55).

Le diagnostic, la prise en charge et le suivi des patients atteints de lombalgie chronique ont fait l'objet de recommandations publiées en décembre 2000 par l'ANAES (56).
Nous présentons la proposition de stratégie thérapeutique qui en découle :

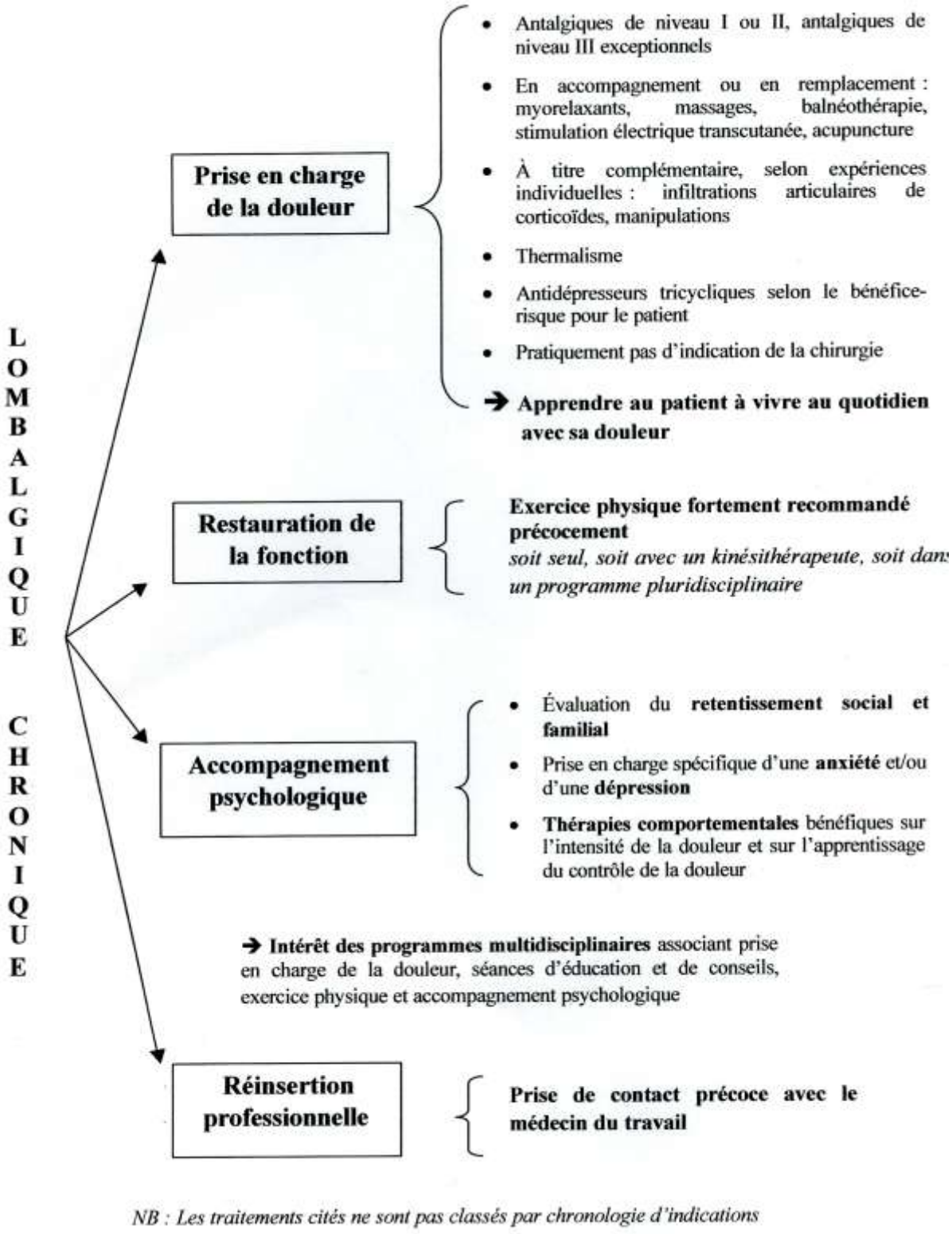


Figure 3. Prise en charge pluridimensionnelle de la lombalgie chronique

C- <u>Evaluation de l'intérêt du MQS sur 20 dossiers patients lombalgiques chroniques hospitalisés au CETD de l'Hôpital Laënnec de Nantes</u>

1. Objectifs

Les objectifs de notre étude sont multiples :

- évaluation quantitative et qualitative du traitement médicamenteux
- évaluer l'adhésion du patient à son traitement et à sa prise en charge
- suivi de l'évolution du traitement dans le cadre d'une prise en charge globale
- « aide à la prescription » pour une meilleure observance du patient

2. Méthodologie

Il s'agit d'une étude prospective qui couvre une période de 6 mois de mon stage de 5ième année hospitalo-universitaire de pharmacie au sein du CETD de l'Hôpital Laënnec à Nantes.

La population concernée est un groupe de patients douloureux chroniques ayant des lombalgiques rebelles hospitalisés au CETD.

On distingue trois groupes :

- les patients atteints de lombosciatalgie
- les patients atteints de lombalgies simples
- les patients atteints de rachialgies diffuses

Les informations obtenues à partir des dossiers patients sont relevées sur un questionnaire *(annexe 7)* comprenant :

- une présentation du patient : nom, prénom, date de naissance, âge et sexe
- le motif d'hospitalisation
- la situation **à l'entrée** : EN1, intervenants, traitement, MQS1
- la situation **à la sortie** du Centre : EN2, traitement, MQS2

3. Critères d'inclusion

Sont inclus l'ensemble des patients lombalgiques rebelles hospitalisés pendant une ou deux semaines, au Centre d'Etude et de Traitement de la Douleur du CHU de Nantes, réparties sur deux périodes du 1er octobre 2006 au 31 décembre 2006, et du 1er juillet 2007 au 30 septembre 2007.
Trois catégories de lombalgies rebelles sont prises en compte : les lombosciatiques, les rachialgies diffuses et les lombalgies simples chroniques.

4. Critères d'exclusion

Sont exclus de l'étude les patients présentant des syndromes polyalgiques, type fibromyalgie.

5. Population concernée

Nous observons 20 patients douloureux chroniques (8 hommes et 12 femmes) de 30 à 74 ans, moyenne d'âge de 45,4 +/- 13 ans ; en suivi longitudinal, hospitalisés au CETD du CHU de Nantes pour une durée de 5 à 10 jours selon les cas.

6. Les outils utilisés

L'outil de comparaison avec le MQS permettant l'évaluation de la prise en charge fonctionnelle est **l'échelle numérique de la douleur** : 0, aucune douleur et 10, douleur maximale.
Il s'agit d'un outil validé, simple et couramment utilisé en pratique.

Evaluation de l'abord médicamenteux :

- **MQS score I** : première version du MQS score datant de 1992 et appliqué au sein du CETD de façon expérimentale
- **MQS score III** : dernière version datant de 2003

Ces deux outils ont pour objectif de quantifier de façon objective le traitement médicamenteux en tenant compte des prises multiples de médicaments à des posologies variables et pour des classes pharmacologiques différentes.

7. Les critères de jugement

a. La douleur

La douleur fait partie des six domaines d'évaluation à considérer dans la prise en charge des patients douloureux chroniques au sein d'un CETD selon l'étude américaine IMMPACT (Initiative on Methods, Measurement, and Pain Assement in Clinical Trials) La diminution de la douleur est appréciée par l'échelle numérique (EN) à l'entrée du patient puis toutes les 2 heures lors du séjour ainsi qu'à la sortie (57).

A Nantes, les critères de jugements retenues dans les études cliniques d'efficacité des antalgiques est une diminution du score de la douleur de 20 à 30 % versus placebo.

b. La prise de médicaments générateurs de dépendance

Morphine et psychotropes sont des molécules responsables de dépendance et/ou qui altèrent les fonctions supérieures. La consommation abusive de ces substances entrave les démarches entreprises en vue d'une reprise d'activité.

Un des objectifs à moyen terme du Centre est de diminuer ou d'arrêter selon les cas, ces produits générateurs de dépendance. Dans cette situation, le MQS score permet d'évaluer le sevrage.

c. Le MQS score

La prise en charge pluridisciplinaire de la douleur permet une réévaluation du traitement du patient à son entrée au Centre. Qu'il y ait modification ou non, le MQS score évoluera en fonction des changements effectués. De plus, l'éducation thérapeutique qu'elle soit médicamenteuse, fonctionnelle ou psychologique, permet une meilleure observance et une adhérence du patient à son traitement. Ainsi, une meilleure compréhension du traitement de fond associé au traitement de l'accès douloureux permet une optimisation des prises médicamenteuses et donc une diminution du MQS score.

d. Calcul de la droite de corrélation

Le calcul de la droite de corrélation permet d'apprécier la corrélation entre l'évolution du MQS score et celle de l'EN. Ce calcul est basé sur la comparaison de la différence entre le MQS score d'entrée et de sortie des patients par rapport à la différence entre l'EN de la douleur d'entrée (EN1) et de sortie (EN2) au CETD.

8. Analyses des données

En raison de la petite taille de l'échantillon, nous avons réalisé une analyse descriptive et évaluative des données, à l'aide du logiciel *Microsoft Office Excel®* :

- Les variables quantitatives sont décrites par leur moyenne, écart-type, médiane, minimum et maximum.
- La répartition des classes pharmacologiques est présentée en terme de pourcentage.

9. Résultats

20 patients ont été inclus dans l'étude. 8 d'entre eux n'ont bénéficié que d'une hospitalisation d'une semaine. Parmi ces 8 patients, un seul devait effectuer 2 semaines, mais il a manifesté le désir de ne pas continuer l'hospitalisation pour des raisons personnelles.

Les 12 autres patients effectuèrent deux semaines d'hospitalisation soit un pourcentage de 60% de l'échantillon.

L'ensemble ayant bénéficié d'une prise en charge pluridisciplinaire.

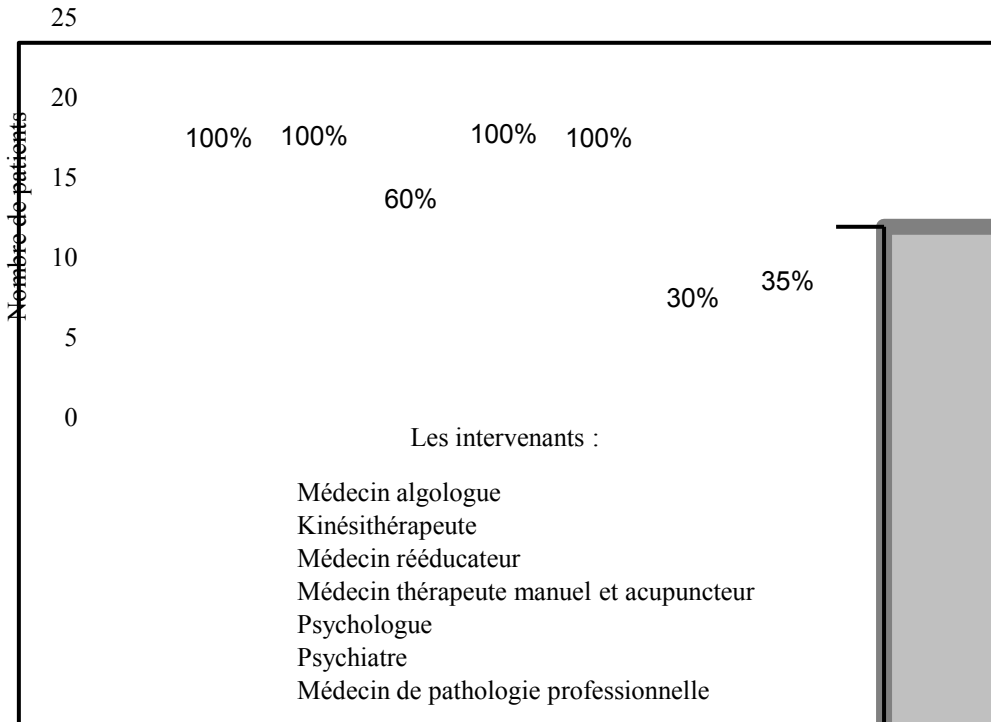


Figure 4. Pourcentage de patients pris en charge par les différents intervenants du CETD

a. Evolution de la douleur

La douleur **initiale**, c'est-à-dire, celle évaluée par les patients à leur entrée (EN1) en hospitalisation est de 7,2 en moyenne. A la **sortie**, la douleur est évaluée en moyenne à 5,5 [donnée non renseignée pour un seul patient].

17 patients ont ressenti une diminution de leurs douleurs à la fin de leur hospitalisation.

2 patients n'ont ressenti aucune amélioration.

On observe une diminution de 1,75 points de la douleur moyenne, soit 24 %, et de 2 points de la médiane soit 29 %.

Tableau IX. Mesure de la douleur aux différents temps de l'étude

	Moyenne	Ecart-type	Médiane	Maximum	Minimum
ENTREE	**7,2**	1,18	7	10	5
SORTIE	**5,5**	1,71	5	10	3

Au sein des différents groupes, les patients souffrant de **lombosciatique ou de lombocruralgie** enregistrent une douleur moyenne à l'entrée au CETD de 6,5 et de 4,9 à la sortie, soit une diminution de 1,6 points (25%). Ceux souffrant de **rachialgies diffuses**, observent une douleur moyenne de 8,6 à l'entrée et de 7,4 à la sortie soit une diminution de 1,2 points (14%). Enfin, les **lombalgiques simples chroniques** sans composante nerveuse, présentent une douleur moyenne de 7,3 et de 4,3 en sortie avec la plus forte diminution soit de 3 points (41%).

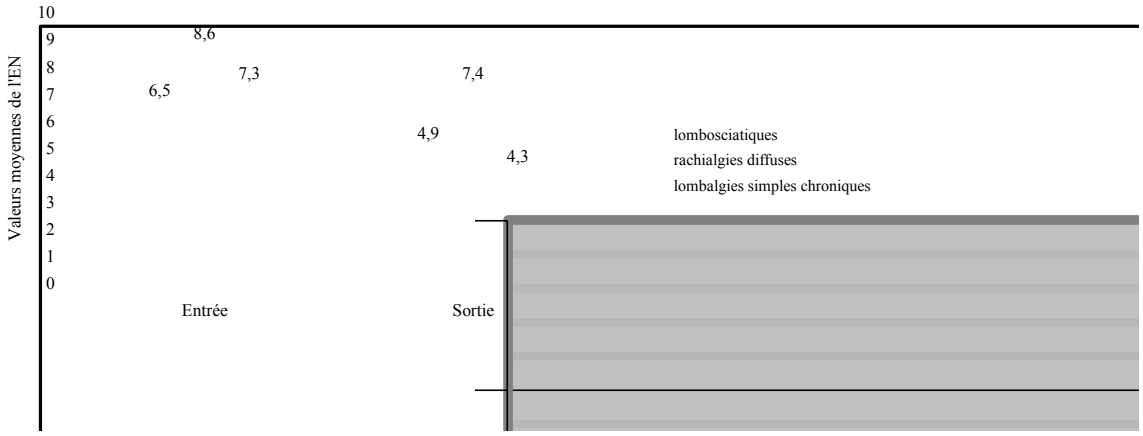


Figure 5. Comparaison des valeurs moyennes de l'échelle numérique à l'entrée et à la sortie du CETD

Quant aux valeurs médianes de l'échelle numérique, illustrées ci-dessous (*figure 5 bis*), on enregistre une diminution de 23% de la douleur pour le groupe des **lombosciatiques**, une diminution de 12,5% pour les patients souffrant de **rachialgies diffuses** et enfin, une diminution de 29% pour le troisième groupe, **les lombalgies simples chroniques**.

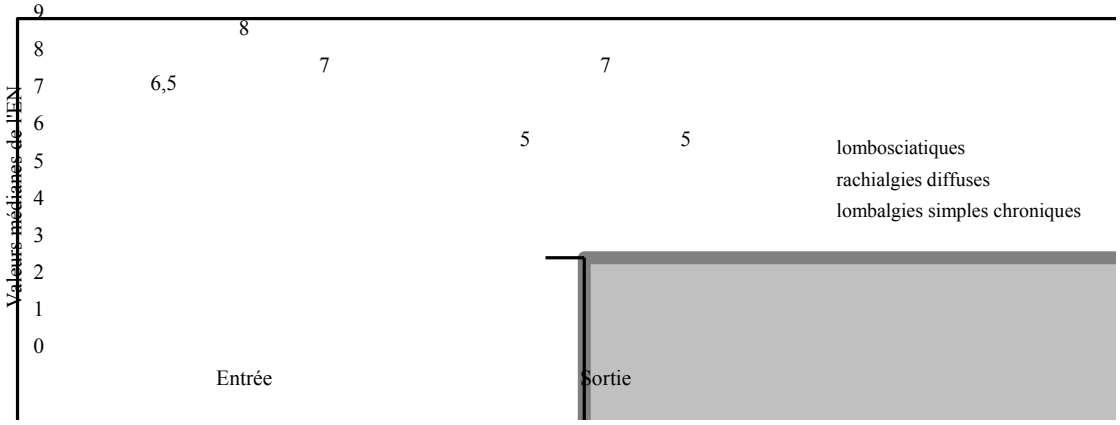


Figure 5 bis. Comparaison des valeurs médianes de l'échelle numérique à l'entrée et à la sortie du CETD

b. Evolution des traitements médicamenteux

- à l'entrée

[Deux patients ne présentent aucun traitement à l'entrée au centre]

Concernant les antalgiques, on relève 9 patients sous antalgiques de palier I et 14 patients sous antalgiques de palier II. Seules 2 patients se traitent avec des opioïdes forts.

Les AINS ne représentent qu'un cas sur 20.

10 patients consomment des antidépresseurs à leur entrée au centre ; ce qui représente 50% de l'échantillon. 6 patients consomment des antidépresseurs tricycliques soit seuls (amitryptiline pour la majorité et clomipramine pour un seul patient) soit en association avec d'autres antidépresseurs type ISRS (inhibiteur spécifique de la recapture de la sérotonine) ou IRSNa (inhibiteur mixte de la sérotonine et de la noradrénaline).

Il ya également 10 patients consommateurs d'antiépileptiques. 5 patients ont recours à une benzodiazépine pour son action anticonvulsivante : le clonazépam ; 3 patients sont sous l'effet d'antiépileptiques : gabapentine et prégabaline ; et 2 associent les deux types de molécules.

Seulement 2 patients ont recours à des myorelaxants, il s'agit du tétrazépam et du thiocolchicoside. 3 patients consomment des hypnotiques et 1 seul un anxiolytique.

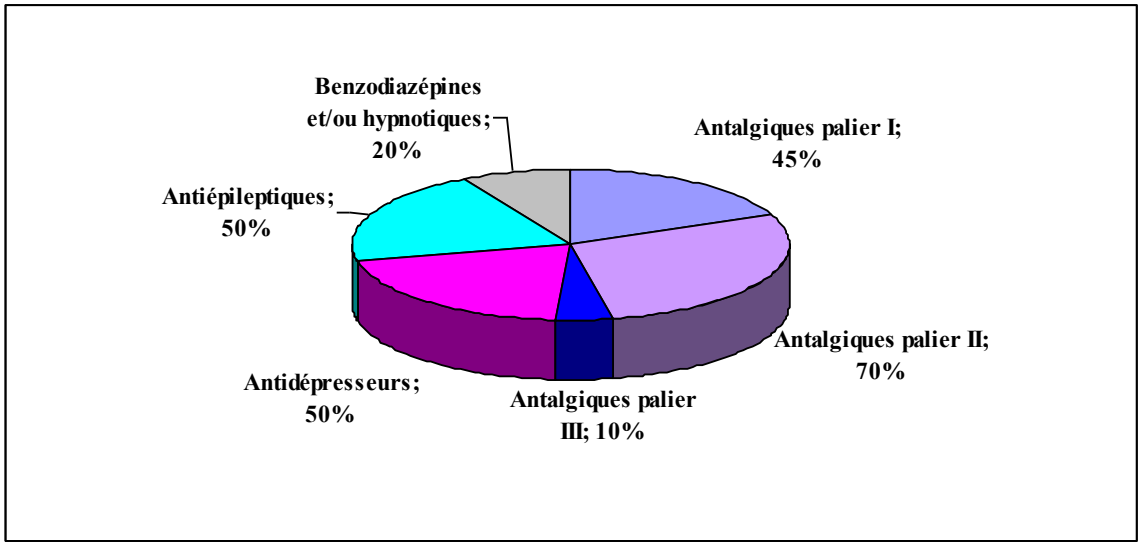


Figure 6. Répartition des classes pharmacologiques consommées par les patients de l'étude à l'entrée au CETD

- à la sortie

Après une à deux semaines d'hospitalisation, le traitement des patients a été réévalué *(figure7)* : On dénombre 18 patients sous antalgiques de palier II. Le schéma thérapeutique étant axé sur la prise en charge de la douleur en traitement de fond et de l'accès douloureux : 6 patients associent deux antalgiques de palier II à libération prolongée et à libération immédiate. 10 autres, prennent un antalgique de palier II en traitement de fond et du paracétamol pour l'accès douloureux et seuls 2 patients prennent uniquement avec un antalgique opioïde faible.

Pour le patient sous ACTISKENAN®, un sevrage a été effectué.

On retrouve 11 patients sous antidépresseurs dont 3 associant un antidépresseur tricyclique et un IRS. On note par ailleurs l'introduction chez 2 patients d'un antidépresseur atypique, il s'agit de la miansérine.

Concernant les antiépiléptiques, 10 patients en consomment. Un patient se voit remplacé son RIVOTRIL® par le LYRICA®.Un deuxième bénéficie d'un sevrage du clonazépam. Aucun changement n'a été effectué quant aux patients sous gabapentine à part un réajustement de dosage.

La classe des myorelaxants n'est représentée que par la thiocolchicoside (2 cas), un neuroleptique a été introduit chez deux patients sous les conseils d'un psychiatre.

2 patients ont vu leur traitement hypnotique et anxiolytique modifié : il s'agit pour le premier car d'un remplacement du bromazépam LEXOMIL® par l'alprazolam XANAX® et pour le second cas, du NOCTAMID® par du NORSET® .

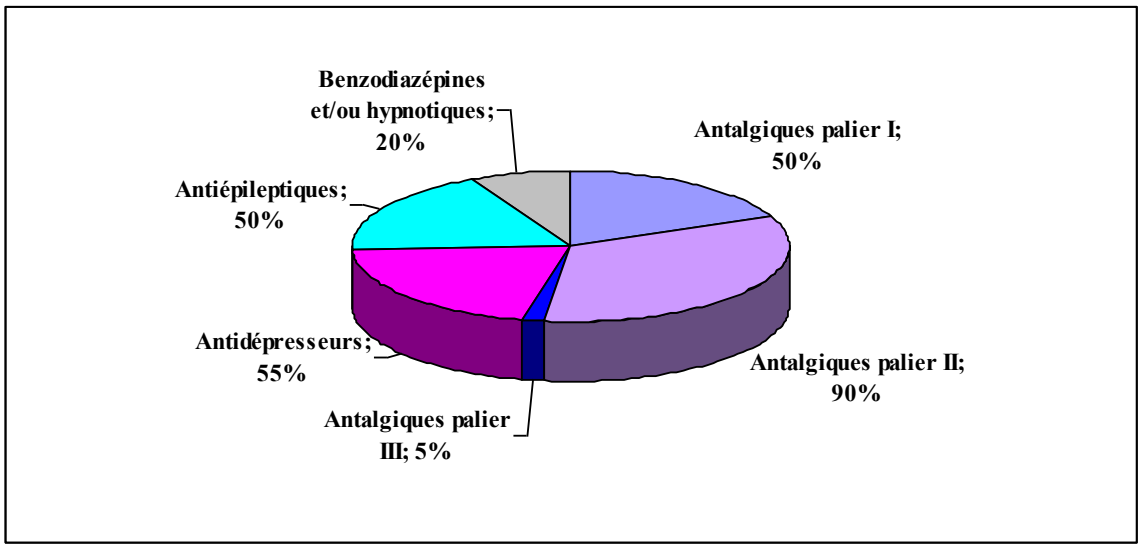


Figure 7. Répartition des classes pharmacologiques consommés par les patients de l'étude à la sortie du CETD

c. Evolution du MQS score version I

Les résultats obtenus après application de la première version du MQS sur l'ensemble de nos patients sont les suivants :

Le MQS score à l'**entrée** au CETD est en moyenne de 22,65 ; à la **sortie**, on évalue le MQS score en moyenne à 21,25 soit une diminution de 1,4 points. 50 % des patients

voient leur MQS score diminué avec un maximum de 21 points. L'autre moitié du groupe enregistre une augmentation maximum de 15 points.

La baisse de la médiane atteint 4 points soit 17 %.

Tableau X. Valeurs du MQS score Version I aux différents temps de l'étude

	Moyenne	Ecart-type	Médiane	Maximum	Minimum
ENTREE	**22,65**	12,36	24	40	0
SORTIE	**21,25**	9,96	20	40	0

Le groupe 1, patients souffrant de **lombosciatique**, est celui qui présente à l'entrée le score le plus important soit 25,08 en moyenne et il s'agit du seul groupe qui enregistre une diminution de 3,75 points à la sortie soit 15 % *(figure 8)*.

Pour les deux autres groupes, on observe une augmentation du score entre l'entrée et la sortie. Le groupe 2, patients souffrant de **rachialgies diffuses**, enregistre une faible augmentation, soit +1 points alors que le groupe 3, patients souffrant de **lombalgie simple chronique**, enregistre une nette augmentation soit +4 points *(figure 8)*.

Figure 8. Comparaison des valeurs moyennes du MQS version I à l'entrée et à la sortie du CETD

Les valeurs médianes du MQS score version I de chaque groupe sont illustrées dans la *figure 8 bis*. Seul le groupe 1 enregistre une diminution avec une valeur médiane de 7,5 points soit 27%.

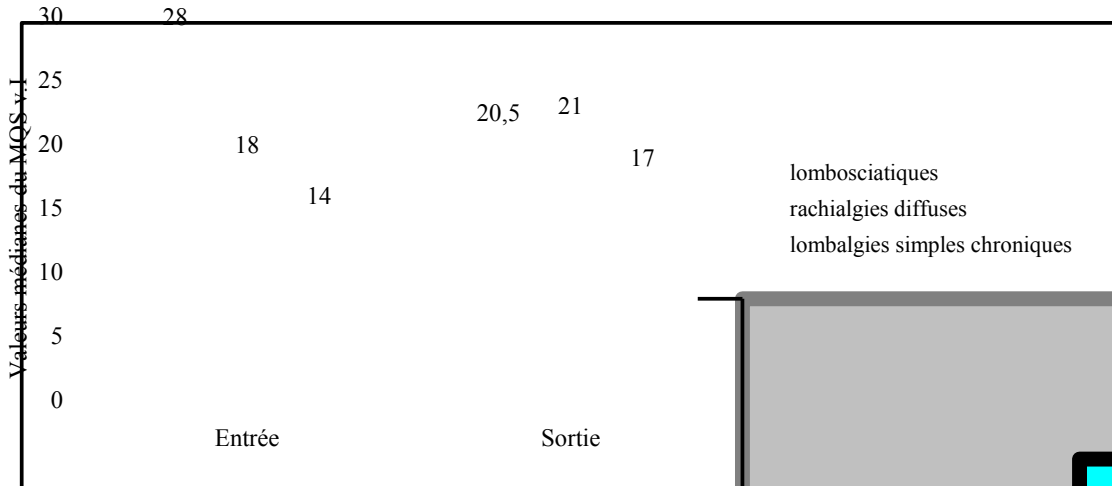


Figure 8 bis. Comparaison des valeurs médianes du MQS version I à l'entrée et à la sortie du CETD

d. Comparaison EN et MQS version I

Afin de comparer l'évolution du MQS score avec l'EN de la douleur, une droite de corrélation a été élaborée en mettant en évidence la différence entre le MQS score d'entrée et de sortie des patients par rapport à la différence entre l'EN de la douleur d'entrée et de sortie au CETD.

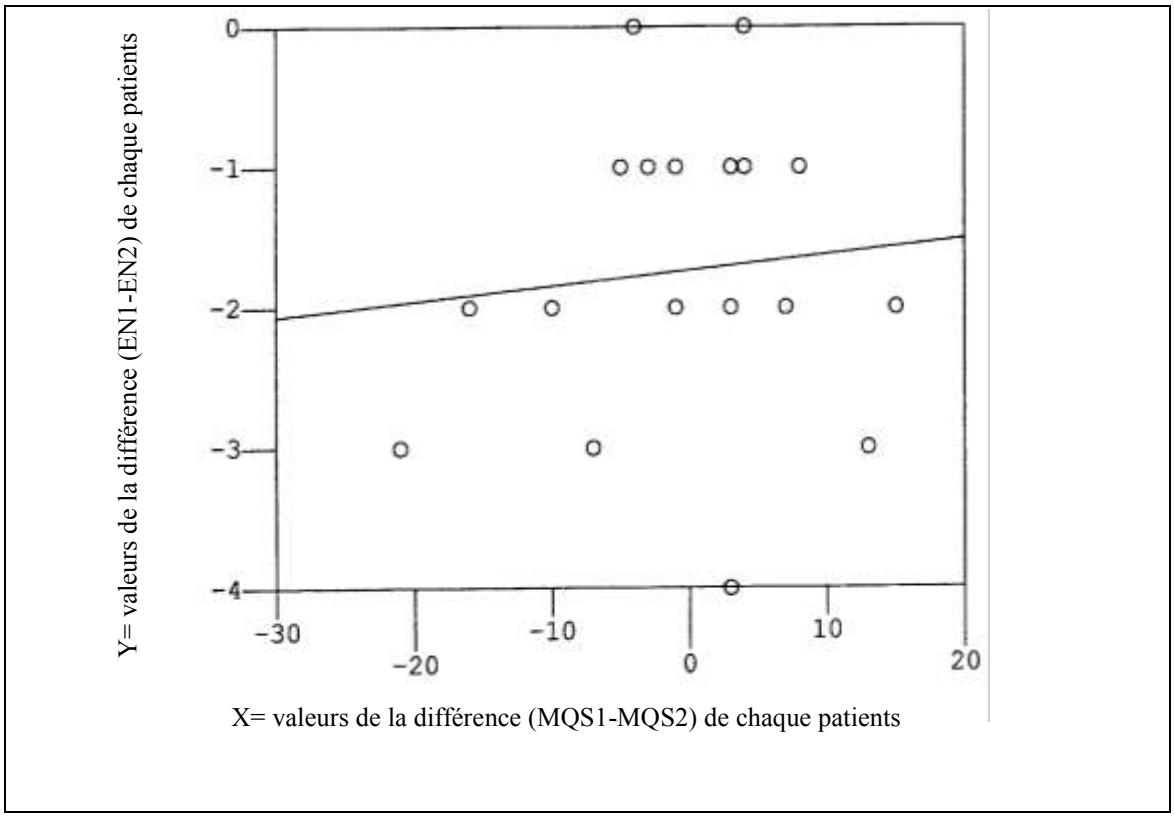


Figure 9. Droite de corrélation entre l'évolution du MQS version I et de l'EN de la douleur à l'entrée et à la sortie du CETD

e. Comparaison MQS version I et MQS version III

L'élaboration d'une troisième version du MQS nous amène à comparer nos résultats avec les nouvelles données actuellement utilisées.

L'objectif de cette étude est de mettre en évidence l'évolution des scores et leur impact entre les deux versions du MQS.

En appliquant la nouvelle version du MQS à notre population de lombalgiques, nous aboutissant à des valeurs moins importantes. Le MQS score est en moyenne de 15,54 à l'entrée et de 14, 71 à la sortie du CETD soit une diminution de 0,83 points. La moitié de la population voit son score diminuer avec un maximum de 21, 7 points.

On retrouve toutefois une baisse de près de 4 points sur la médiane soit 21 %.

Tableau XI. Valeurs du MQS score version III aux différents temps de l'étude

	Moyenne	**Ecart-type**	**Médiane**	**Maximum**	**Minimum**
ENTREE	**15,54**	9,10	17,75	33 ,2	0
SORTIE	**14,71**	5,09	13,95	22,7	4

Au sein des différents groupes qui constituent notre population, on constate qu'à nouveau seul le groupe 1 (lombosciatique) enregistre une diminution entre l'entrée et la sortie du CETD. Il présente un score de 18,49 points à l'entrée et 14,56 points à la sortie soit une diminution de 3,93 points. Pour les deux autres groupes, une franche augmentation des scores a été enregistrée (*figure 10*) : + 21 % pour les patients souffrant de rachialgies diffuses et + 75 % pour les patients souffrant de lombalgies simples

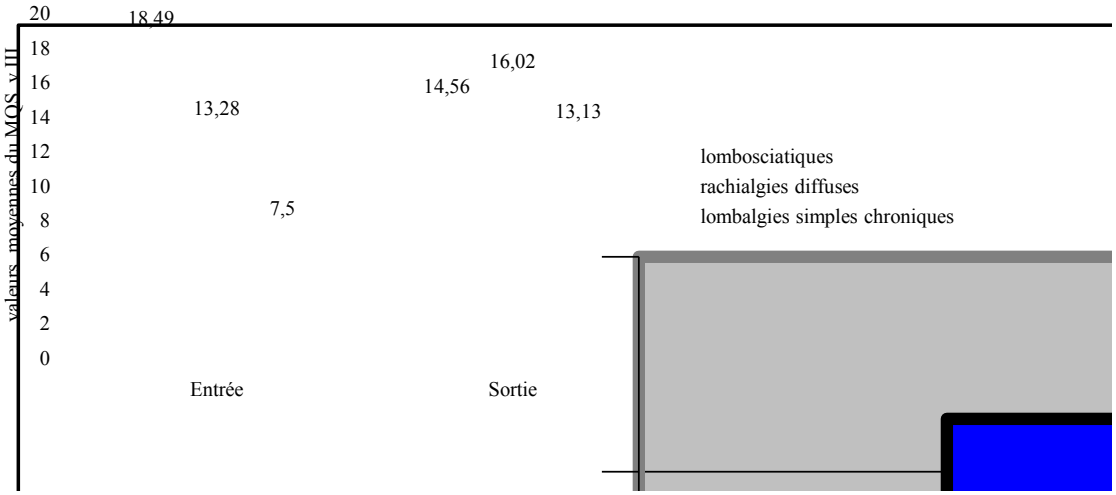


Figure 10. Comparaison des valeurs moyennes du MQS version III à l'entrée et à la sortie du CETD

Les résultats obtenus avec les valeurs médianes du MQS version III, illustrés à *la figure 10 bis*, montrent également que seul le groupe 1 (les lombosciatiques) enregistre une diminution soit 33 %, alors que les groupes 2 et 3 présentent un MQS score en augmentation entre l'entrée et la sortie du CETD, + 25 % pour le groupe 2 (les rachialgies diffuses) et + 78 % pour le groupe 3 (les lombalgies simple chroniques).

Figure 10 bis. Comparaison des valeurs médianes du MQS version III à l'entrée et à la sortie du CETD

En comparant les deux versions du MQS nous obtenons les résultats suivants :

Tableau XII. Comparaison des valeurs moyennes et médianes des MQS scores version I et III

	MQS score version I		**MQS score version III**	
	Moyenne	**Médiane**	**Moyenne**	**Médiane**
Entrée	22,65	24	15,54	17,75
Sortie	21,25	20	14,71	13,95

Les valeurs du MSQ score version III sont en moyenne 1,4 fois plus faibles que celles de la première version. La diminution du score entre les deux temps de l'étude, est nettement plus importante pour les valeurs du MQS score version I que pour la version III (1,4 vs 0,83).

Concernant les groupes, les représentations suivantes nous illustrent l'évolution des scores entre la première et la troisième version du MQS au sein des différents groupes de notre population à l'entrée *(figure 11 et 11bis)* et à la sortie du CETD *(figure 12 et 12bis).*

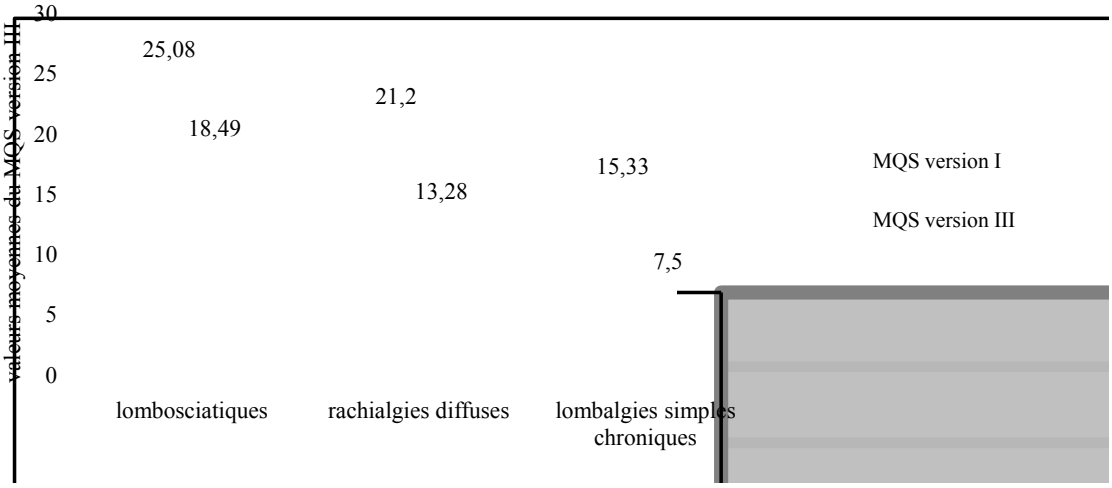


Figure 11. Comparaison des valeurs moyennes du MQS version I et MQS version III au sein des 3 groupes à l'entrée au CETD

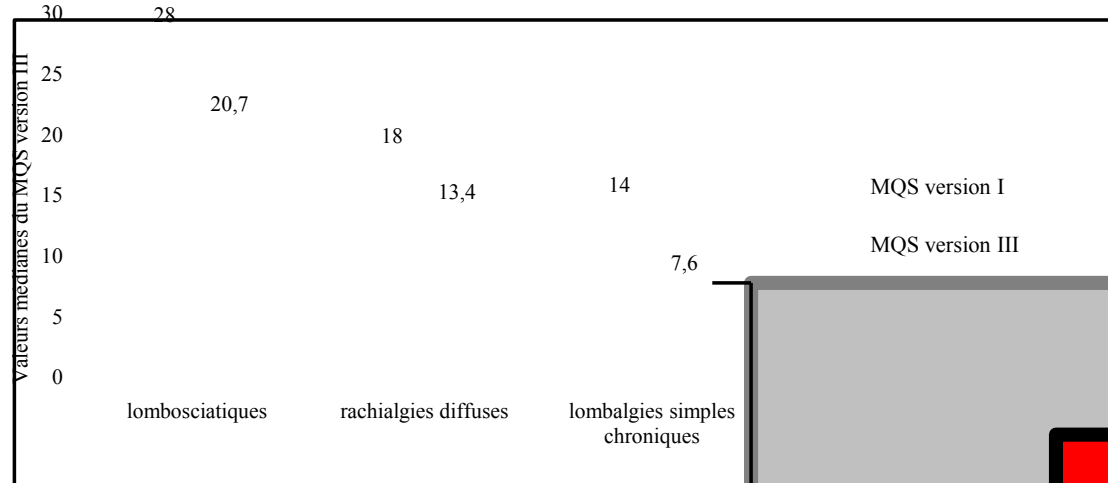


Figure 11 bis. Comparaison des valeurs médianes du MQS version I et III au sein des 3 groupes à l'entrée au CETD

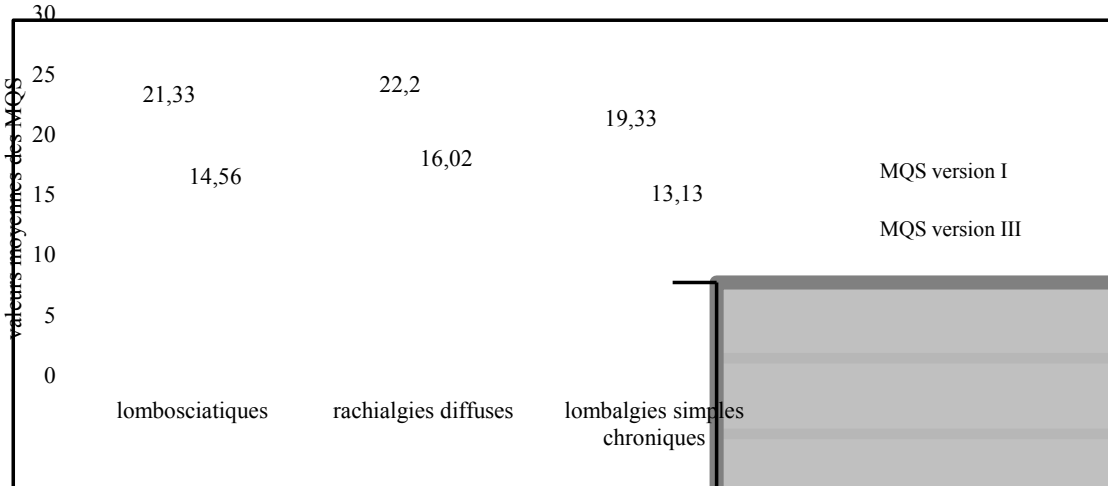


Figure 12. Comparaison des valeurs moyennes du MQS version I et du MQS version III au sein des 3 groupes la sortie du CETD

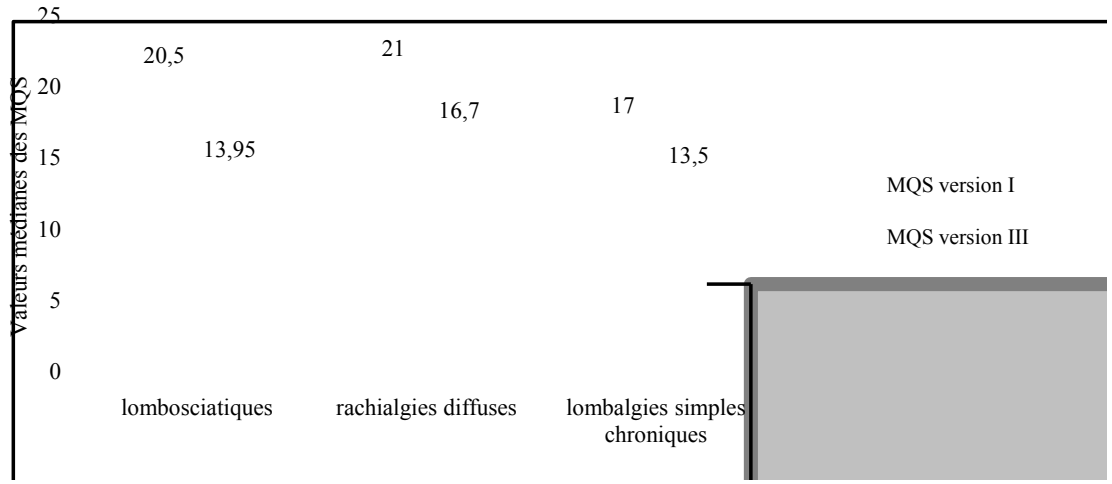


Figure 12 bis. Comparaison des valeurs médianes du MQS version I et III au sein des 3 groupes à la sortie au CETD

Aux deux temps de l'étude, les valeurs moyennes et médianes du MQS version I sont nettement supérieures aux valeurs de la troisième version du MQS.
Dans les deux cas, seul le groupe des lombosciatiques enregistre une diminution du MQS score entre le début et la fin de l'hospitalisation.

10. Discussions

a. Pertinence de l'étude

- L'évaluation de la douleur

L'évaluation de la douleur et de son traitement est le centre de notre étude, il était donc légitime de prendre en considération l'outil que l'on souhaite présenter, le MQS, en corrélation avec l'EN, une méthode de mesure standardisée.

Evaluer la douleur d'un patient est en soi un exercice très difficile à pratiquer du fait de la nature très subjective du phénomène. Le patient est le seul à même d'évaluer sa propre douleur, d'où l'intérêt des échelles unidimensionnelles. Une autre échelle d'autoévaluation est utilisée au Centre : l'EVA (Echelle Visuelle Analogique).

Il s'agit d'une réglette avec un curseur à placer entre « pas de douleur » et « douleur maximale », correspondant au dos à un résultat entre 0 et 10.

Elle est parfois utilisée pour des patients présentant des difficultés à chiffrer leur douleur selon leur degré d'abstraction.

Au cours de l'hospitalisation, le patient note toutes les deux heures son EN sur un feuillet *(annexe 5)*. Mais aux deux temps de notre étude, seul le médecin responsable du centre relève l'information.

Une des limites essentielles à ces méthodes d'autoévaluation porte sur la mesure unidimensionnelle du phénomène douloureux. En effet, la complexité de ce phénomène douloureux est une réalité qui ne peut se résumer à une intensité. Aux aspects descriptifs de la douleur comme la fréquence de survenue des épisodes, son caractère permanent ou non, s'ajoutent des facteurs psychologiques dans la perception de la douleur à ne pas méconnaître.

Cependant, tous ces aspects sont pris en compte lors de l'hospitalisation au CETD. C'est dans une approche pluridisciplinaire que s'inscrit la prise en charge du patient. Et à cette échelle d'évaluation de la douleur (EN ou EVA) s'ajoutent d'autres outils de mesure qui permettent une meilleur interprétation du syndrome douloureux avec toute sa complexité.

- L’évaluation du traitement antalgique

Le choix d’un antalgique nécessite une bonne connaissance de la pharmacodynamie et de la pharmacocinétique de la molécule. En plus de l’effet antalgique souhaité, les effets secondaires engendrés sont également à prendre en compte. Cela conditionne la compliance du patient à son traitement et de ce fait son efficacité.
L’étude recense la majorité des médicaments les plus utilisés dans le traitement des douleurs chroniques non cancéreuses. Les morphiniques sont peu représentés (2 fois) Le rapport bénéfice/risque de leur prescription dans les douleurs chroniques non cancéreuses doit être évalué avec précision afin d’éviter un échec thérapeutique, ou de provoquer des effets indésirables délétères, voir d’entraîner le patient vers un état de dépendance physique et/ou psychique.

L’abord médicamenteux est un axe primordial à évaluer lors d’une prise en charge pluridisciplinaire. L’évaluation du traitement antalgique au cours de l’étude est sans conteste le critère de jugement le plus important dans l’application du MQS.
Le traitement du patient est adapté à ses besoins lors de l’hospitalisation. Il tend à évoluer en fonction de l’état clinique du patient mais aussi selon son adhésion au traitement. Qu’elle soit qualitative (changement de classe pharmacologique) ou quantitative (ajustement des doses), cette réévaluation du traitement est objectivée par l’évolution concomitante d’un score : le MQS score.

La pharmacologie est la base de l’élaboration du MQS. La dernière version de cette échelle reflète une étude plus approfondie des mécanismes d’actions au sein des différentes classes pharmacologiques.

- Les limites de l'étude

Le MQS présenté ici est le résultat du travail d'un étudiant en pharmacie dans le cadre de son stage de 5^{ième} année hospitalo-universitaire. Il est présenté comme un prototype de ce qui peut être un outil très intéressant à utiliser dans la prise en charge de la douleur chronique. Cependant, pour une meilleure approche de cette échelle, elle doit être revue et conçue comme elle a été faite aux Etats Unis, c'est-à-dire, en faisant appel aux connaissances de nombreux scientifiques, cliniciens et pharmacologues. C'est en réunissant les mêmes conditions lors de la conception du MQS que la validité de cette échelle peut aboutir à un outil concret et applicable en France.

On ne peut considérer l'étude effectuée comme une étude scientifique à proprement parler. Les résultats obtenus et leurs statistiques sont à moduler du fait d'un faible échantillonnage. Il s'agit en réalité d'un exemple d'application du MQS sur un petit échantillon et correspondant au temps de travail de l'étudiant en pharmacie.

Pour objectiver cette application, seul l'étudiant en pharmacie a recueilli les informations dans les dossiers des patients. Le calcul du MQS score étant parfois difficile à réaliser selon les posologies (par exemple : « 1 cp/j selon les besoins »).
C'est d'ailleurs une des raisons pour laquelle, il est nécessaire que des scientifiques collaborent à étudier cette échelle pour pouvoir la valider mais aussi établir un consensus pour son application.

Nous avons été également confrontés à un autre problème lié à l'enregistrement des patients selon leur pathologie. En effet, certains patients présentaient plusieurs diagnostics. Pour constituer les groupes, nous avons pris en compte en premier lieu le diagnostic principal justifiant leur traitement (avec ou sans composante neurologique).

b. Interprétation des résultats

- Diminution de l'EN

89,47 % des patients ont ressenti une diminution de l'intensité de la douleur entre l'entrée et la sortie d'hospitalisation avec un score d'EN à l'entrée de 7,2 +/- 1,18 et 5,5 +/-1,71 à la sortie soit une diminution de 1,75 points (24 %). La valeur médiane de l'EN évolue de 2 points entre l'entrée et la sortie du Centre soit une diminution de 29 %. Nos résultats correspondent aux valeurs cibles, d'une diminution de la douleur de 20 à 30 %, du CETD de l'Hôpital Laënnec de Nantes. Ce qui démontre une efficacité de la prise en charge de ces patients, qu'elle soit d'ordre médicamenteuse, fonctionnelle, psychologique ou socioprofessionnelle.

- Diminution du MQS score

Les MQS des deux versions enregistrent une diminution du score moyen entre l'entrée et la sortie de 1,4 points (6,18%) pour la première version et 0,83 points (5,34%) pour la troisième version. En revanche, les valeurs médianes sont comparables. En reprenant les vingt patients de l'échantillon, on constate que la moitié d'entre eux voit le MQS score réellement diminuer.

Concernant les groupes choisis pour notre étude, seul le groupe des lombosciatiques enregistre une diminution du MQS score entre le début et la fin de l'hospitalisation.

Ce qui est important à déceler dans l'interprétation de ce résultat, c'est que la diminution du MQS suggère une réduction des effets indésirables liée au traitement médicamenteux. Cependant, l'augmentation de ce dernier ne signifie pas pour autant une majoration des risques encourus. L'adaptation du traitement aux besoins du patient est une règle à laquelle tout médecin tend à approcher tout en évaluant le rapport bénéfice/risque. Mais lorsque le patient chiffre sa douleur à 6 ou 7 et qu'il n'utilise que des antalgiques de palier I, il est clair que les besoins du patient ne sont pas pris en compte. L'introduction d'un antalgique de palier II répondra aux attentes du patient puisqu'il ya une meilleur maîtrise de la douleur mais fera forcément augmenter le MQS score.

Alors comment interpréter ce chiffre ? En fait, la finalité de ce score n'est pas de donner une valeur à l'efficacité d'un traitement antalgique mais c'est plutôt

d'amener l'équipe soignante à étudier l'évolution de ce score au cours d'une hospitalisation. Et c'est en l'intégrant à l'ensemble des résultats obtenus avec d'autres outils que le MQS score prend toute son importance. Ainsi, l'interprétation du MQS s'inscrit dans une étude globale de l'évolution du patient à la fin de sa prise en charge.

- Diminution des médicaments générateurs de dépendance

La diminution des médicaments générateurs de dépendance est le premier objectif lors de la réévaluation du traitement d'un patient à son entrée au CETD.
Concernant les morphiniques, la décision d'un sevrage est étudiée au cas par cas et selon la durée d'hospitalisation du patient. L'éducation thérapeutique de ce dernier est primordiale. Ici, seul un patient a bénéficié d'un sevrage en morphinique.
Quant aux hypnotiques et anxiolytiques, la question d'un sevrage est parfois évoquée mais souvent on tend à un changement de molécule ou une diminution du dosage.

- Etude des groupes de patients

Le faible échantillonnage que nous avons étudié pour l'application du MQS ne nous permet pas d'en faire un comparatif judicieux entre les différents groupes. Malgré tout, nous pouvons admettre que les groupes souffrant de douleurs neurogènes et/ ou psychogènes ont bénéficié d'un traitement associant antalgiques et co-analgésiques (antidépresseurs et antiépileptiques) faisant forcément augmenter le MQS score. La douleur étant plus difficile à maîtriser pour ces patients, on enregistre un EN plus élevé.

- Calcul de la droite de corrélation

La droite obtenue ne montre aucune corrélation entre l'évolution du MQS score et de l'EN. Cette dernière étant régie par de nombreux paramètres autres que l'axe médicamenteux. En effet, on accordera volontiers que l'évolution de l'intensité de la douleur est la conséquence d'une prise en charge pluridimensionnelle. Le MQS score, quant à lui, peut soit augmenter soit diminuer et cela n'est le fait que du choix de la molécule et de son dosage.

On peut alors observer une diminution de la douleur avec une augmentation du MQS score car la réévaluation du traitement antalgique aboutit à une adaptation aux besoins du patient.

IV- CONCLUSION

Encore peu utilisé dans le milieu hospitalier français, le MQS est un outil intéressant à étudier pour son originalité de résultat et surtout pour son caractère évolutif.
Il s'inscrit idéalement dans la batterie d'indicateurs reconnus pour l'évaluation de la douleur et de son suivi chez un patient douloureux chronique.
Simple d'utilisation, le MQS quantifie objectivement la consommation médicamenteuse d'un patient douloureux.

L'intérêt du MQS ne réside pas dans son application purement mathématique, il correspond à une interrogation permanente de ce qui fait évoluer le score. L'interprétation du MQS score se positionne dans un conflit entre un constat (augmentation ou diminution) et une démarche de raisonnement pouvant expliquer cette variation.
De plus, il s'agit d'une nouvelle façon d'appréhender la notion du rapport bénéfice/ risque lors de la mise en place du traitement médicamenteux.

D'un point de vue méthodologique, ce travail a été réalisé en collaboration de confrères pharmaciens et médecins, qui étudient l'intérêt du MQS score dans la prise en charge d'un patient douloureux chronique ainsi, que son intérêt dans l'appréciation de la compliance du patient face à son traitement médicamenteux.
Il a été complété par une thèse de doctorat en médecine portant sur un échantillon de 72 patients toutes pathologies confondues suivis au CETD pendant 8 mois (57).

Sur un plan personnel, le stage de 5ième année hospitalo-universitaire m'a permis d'aborder un sujet très enrichissant. Aujourd'hui, l'abord d'un patient douloureux chronique avec cette approche globale m'est très bénéfique lors de mon activité en

officine. Ce travail est l'aboutissement d'une longue réflexion sur l'humain et sa souffrance.

ANNEXE 1 :

LE LIVRET D'ACCUEIL

LIVRET D'ACCUEIL

CENTRE D'EVALUATION et de TRAITEMENT de la DOULEUR C.H.U. NANTES

Structure de lutte contre la Douleur Chronique Rebelle non Cancéreuse de niveau III (labellisée en Nov 98)

MAI 04

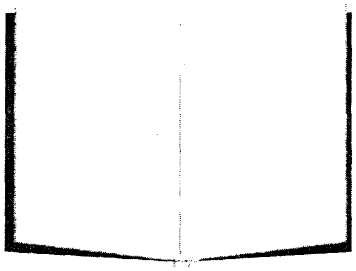
Madame, Mademoiselle, Monsieur,

Vous allez, ou vous venez d'être hospitalisé au Centre d'Evaluation et de Traitement de la Douleur.

Ce document a pour but de vous informer sur :

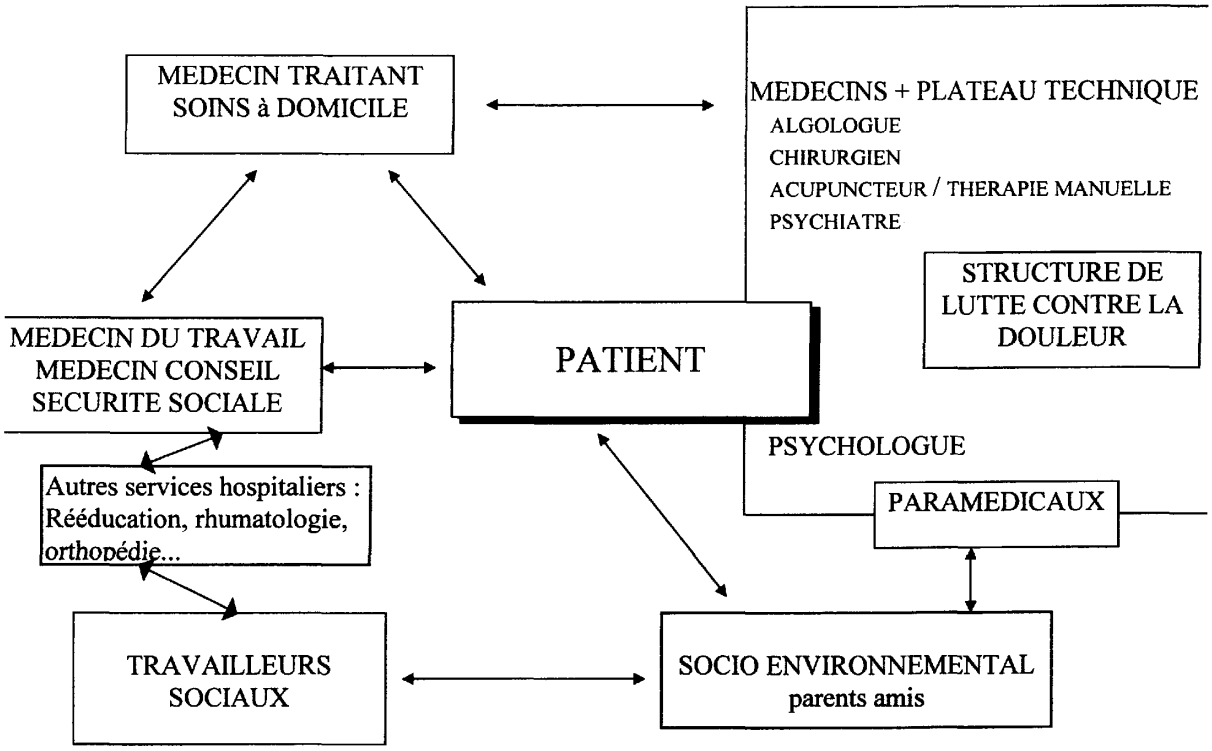
- ◊ ce que vous pouvez attendre du centre, ses modalités de fonctionnement
- ◊ les éléments relatifs à votre motivation et à la définition d'objectifs communs avec l'équipe soignant
- ◊ la composition de l'équipe pluridisciplinaire et le rôle de chacun des intervenants
- ◊ des aspects pratiques

Il complète le livret d'accueil du CHU de NANTES où vous trouverez des informations plus générales sur l'établissement.



QU'EST-CE QU'UN CENTRE DE TRAITEMENT DE LA DOULEUR ?

ORGANISATION EN RESEAU



Selon la circulaire DGS/DH du 04/02/98, une structure de lutte contre la douleur de niveau III comprend :

1 . Local et lits d'hospitalisation spécifiques
2. Personnel médical à temps plein dans plus d'une discipline
3. Personnel paramédical à temps plein (infirmier, secrétaire, assistante sociale, kinésithérapeute, ergothérapeute)
4. Dépistage et sélection des malades par questionnaire standardisé
5. Analyse des dossiers avant admission
6. Participation de consultants de disciplines variées
7. Evaluation psychométrique de routine
8. Activités de recherche
9. Activités d'enseignement
10. Méthodes thérapeutiques adaptées aux problèmes somatiques retrouvés
11. Surveillance à long terme périodique des résultats

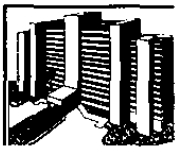
LOCALISATION ET MODALITES DE FONCTIONNEMENT

- **Localisation**

SERVICE de NEUROLOGIE - NEUROCHIRURGIE
HOSPITALISATION de SEMAINE

4ème étage - aile NORD

POLE NEUROSCIENCES



HOPITAL Guillaume et René LAENNEC (CHU Nord)
Boulevard Jacques Monod
44093 NANTES Cedex 1

02 40 16 51 73 (Secrétariat)
02 40 16 51 83 (Hospitalisation)

- **Fonctionnement**

Vous serez hospitalisé(e) dans cette unité de 24 lits , dont **7 lits sont réservés aux patients douloureux chroniques.**

L'unité est ouverte du lundi 7h au vendredi 18h.

Sauf avis contraire et décision médicale, l'hospitalisation se déroule sur **2 semaines consécutives,** avec retour au domicile le vendredi de la 1ère semaine, et réhospitalisation le lundi suivant.

Dans la mesure du possible vous bénéficierez d'une chambre seule.

Pour faciliter votre prise en charge, nous vous remercions de vous munir des éléments de votre dossier médical qui sont en votre possession (compte-rendus, radiographies).

Des témoignages de patients déjà hospitalisés, pouvant éclairer votre propre démarche sont à votre disposition auprès des soignants.

OBJECTIFS DE VOTRE PRISE EN CHARGE

Un programme pluridisciplinaire de qualité ne se conçoit que sur une durée suffisante qui doit se poursuivre au moins **six à douze mois**. Votre motivation personnelle est essentielle. Les objectifs seront **personnalisés** mais reposent sur :

A REDYNAMISATION PHYSIQUE ET SOCIO-PROFESSIONNELLE :

1° AMELIORER VOS CAPACITES MOTRICES :

C'est un critère **essentiel** : il s'agit selon les cas d'augmenter le périmètre de marche, de diminuer le temps d'inactivité et de pouvoir être capable d'effectuer davantage de tâches personnelles, familiales et professionnelles

2° LA PRISE EN CHARGE DE LA DOULEUR N'EST PAS SYNONYME DE DISPARITION DES DOULEURS :

Une diminution de 20 à 30% (résultat obtenu dans la plupart des études concernant les douleurs chroniques rebelles) peut vous permettre d'atteindre les objectifs suivants.

3° AMELIORER VOTRE QUALITE DE VIE :

Humeur, sommeil, relations aux autres, meilleure gestion de sa maladie.

4° DIMINUER LES MEDICAMENTS RESPONSABLES DE DEPENDANCE :

Morphine et médicaments psychotropes seront progressivement diminués voire arrêtés à chaque fois que cela sera possible.

5° FAVORISER VOTRE RETOUR AU TRAVAIL OU LA REPRISE D'ACTIVITES EXTRA-PROFESSIONNELLES ET DE LOISIRS :

Grâce, notamment aux interventions des médecins de Pathologie Professionnelle et des médecins conseils de Sécurité Sociale selon le cas

6° APLANIR SI NECESSAIRE LES CONTENTIEUX* (sécurité sociale, invalidité...) *AFIN D'ENVISAGER VOTRE PROBLEMATIQUE DE FACON PLUS SEREINE.

B- SAVOIR MIEUX GERER LES RECHUTES EVENTUELLES, EN UTILISANT LES TECHNIQUES APPRISES FONCTIONNELLES, PSYCHOLOGIQUES ET SOCIO-PROFESSIONNELLES

PRENDRE CONSCIENCE DE CES OBJECTIFS CLAIRS, PRECIS ET LIMITES, C'EST AUSSI VOUS ENGAGER DANS LA VOIE DE VOTRE CHANGEMENT ET LIMITER LES RISQUES D'ECHEC.

IL CONVIENT DONC DE NE PAS ETRE « POLARISE » SUR LA SEULE AMELIORATION DE LA DOULEUR.

L'EQUIPE PLURIDISCIPLINAIRE : les personnes que vous pouvez rencontrer et le rôle de chacun

Pr LAJAT Chef de Service Neurochirurgien	Responsable du service de Neurochirurgie Intervient au Centre de la douleur pour donner un avis spécialisé lorsqu'un geste chirurgical contre la douleur peut vous être proposé
Dr NIZARD Praticien Hospitalier Algologue Rhumatologue	Responsable de l'Unité des douloureux chroniques. Assure votre suivi en consultation et en hospitalisation. Coordonne les activités de l'équipe pluridisciplinaire qui mobilise vos ressources personnelles et peut permettre une meilleure gestion de vos douleurs en essayant de trouver des solution, « les vôtres », sous forme d'objectifs personnalisés, simples, progressifs et réalisables
Mme BIZET Cadre Infirmier	Responsable des équipes soignantes de l'unité d'hospitalisation de semaine. Prévoit, avec la secrétaire, la programmation de votre hospitalisation. Vous accueille et vous informe ainsi que votre famille. Anime et coordonne les activités de soins. Assure la gestion matérielle de l'unité Effectue, avec le service social, les démarches nécessaires pour votre sortie de l'hôpital (notamment en centre de rééducation)
Mme ALLAIN Secrétaire	Assure le secrétariat du Centre de la Douleur, vous accueille et vous informe (pour la prise de rendez-vous en consultation et en hospitalisation notamment)
Les Infirmier(e)s 1 pour 12 malades le jour 1 pour 24 malades la nuit	Vous accueillent, sont à votre écoute lors des entretiens. Elles prennent en compte votre douleur physique et votre souffrance psychologique, vous aident à l'évaluer, à identifier ce qui vous améliore et à déterminer des objectifs selon la démarche qui vous est proposée. Elles exécutent et coordonnent les prescriptions médicales et assurent le suivi des soins .
Les Aide Soignantes 1 pour 12 malades le jour 1 pour 24 malades la nuit 2 Agents des Services Hospitaliers	Vous accueillent, participent aux soins en collaboration avec l'infirmière, en particulier en ce qui concerne le confort, l'hygiène, l'alimentation ...., Elles sont à votre écoute et répondent à vos besoins. Assurent l'entretien des locaux communs

L'interne en médecine	Présent(e) sur les lieux la majeure partie du temps dans le cadre de sa formation, il/elle est un de vos référents médicaux, et un intermédiaire entre le patient, l'équipe soignante et les praticiens responsables. Il /elle participe activement à la continuité de la prise en charge
Mme DANGLOT Mr FOURNEAU Kinésithérapeutes	Vous proposent une prise en charge kinesithérapique adaptée et personnalisée, en fonction de votre pathologie. Elle consiste, en règle générale, et sur prescription médicale en : * techniques antalgiques : massages, physiothérapie (chaleur) * apprentissage des techniques correctives * utilisation optimisée des électrostimulations transcutannées (TENS) réentrainement à l'effort
Mme CHIFFOLEAU Psychologue clinicienne	Vous rencontrera à plusieurs reprises - *en consultation*, pour être à l'écoute de votre demande de soins, votre désir de « guérir », vos attentes, votre motivation . - *en hospitalisation*, lors de la visite du Dr Nizard et à d'autres moments, en entretiens individuels L'approche psychologique consiste, non plus à vous réduire à un corps ou un organe douloureux, mais à vous offrir un espace de parole. Il s'agit de vous accompagner dans ce lieu et peut-être de vous ouvrir à un travail psychologique.
Dr MEAS Médecin acupuncteur médecine manuelle	Vous rencontrera en consultation et en hospitalisation pour être à votre écoute et vous proposer en complémentarité des techniques alternatives telles que l'acupuncture (médecine chinoise), la médecine manuelle, l'ostéopathie, l'électrostimulation et le réentrainement à l'effort. Nous développerons ces techniques dans le sens d'une stratégie commune dans la prise en charge et la gestion de la douleur.
Dr ROBIN Dr BOCHER Psychiatres	Au sein de l'équipe pluridisciplinaire, la position du psychiatre est notamment d'évaluer avec vous les retentissements psychologiques et affectifs du vécu douloureux, pour vous même et votre entourage. Cette approche globale de la douleur, tant physique que morale, permet ainsi de mieux définir avec vous les objectifs à atteindre pour améliorer au quotidien votre qualité de vie.
Dr LANOISELEE Médecin Rééducateur	Evaluera avec vous les apports potentiels de la rééducation à votre problématique, pour en faire plus, bouger plus et mieux. Il proposera les modalités de prise en charge rééducatives les mieux adaptées à votre histoire
Dr ARTAGNAN Médecin anaesthésiste Musicothérapie Membre de l'ARPTA	Vous rencontrera lors de la visite pluridisciplinaire du Dr Nizard Recherchera avec vous le bénéfice que vous pouvez espérer de la musicothérapie, des psychothérapies actives et de l'hypnose ericksonienne, pour améliorer votre qualité de vie et aider votre réinsertion socio-familiale

Mme BENKARA Assistante sociale	Vous propose, selon vos besoins: une ***information*** sur : • l'accès aux soins, la législation, les services d'aide à domicile • les dispositifs d'insertion professionnelle • les possibilités d'obtention d'aide financière une aide à l'***organisation / coordination pour*** : • demander des aides auprès des organismes compétents • aider à la constitution de dossiers (COTOREP) • contacter les partenaires sociaux et les services chargés de l'insertion (pour relais à la sortie de l'hôpital) un ***entretien d'aide :*** • pour évaluer votre situation sociale • pour soutenir votre entourage Elle cherche avant tout à vous impliquer dans les démarches engagées
Dr SANKALE Médecin conseil de l'Assurance Maladie des Travailleurs Salariés	Est à votre disposition durant votre hospitalisation pour toute information ou conseil concernant la Sécurité Sociale et plus particulièrement son service médical
Dr CHATELIER Médecin de Pathologie Professionnelle et 2 internes de pathologie professionnelle	Si vous êtes en âge d'avoir une activité professionnelle ou si vous désirez rester actif, vous verrez d'abord un Interne en Pathologie Professionnelle, puis éventuellement le Dr Chatelier lors d'une consultation externe. Il s'agit d'étudier avec vous les problèmes que vous pourriez avoir lors d'une éventuelle reprise du travail et de la préparer, en envisageant diverses modalités : • aménagement de poste • mutation • réorientation • formation professionnelle • reconnaissance du statut de travailleur handicapé etc ... Un contact pourra être pris avec votre médecin du travail qui effectuera une visite de pré-reprise, de reprise, de surveillance...et négociera avec votre employeur. Pour préparer cette entrevue, nous vous invitons à : • rédiger un curiculum-vitae, même succinct • préciser le nom de votre employeur et de votre médecin du travail (si vous en avez encore un) • réfléchir sur ce que vous pouvez, ou souhaitez faire dans le domaine socio-professionnel
Pr DE KERSAINT GILLY Dr DESAL Neuroradiologues	Pourront réaliser des gestes techniques spécifiques (infiltrations) sous scopie ou scanner, en fonction de votre pathologie
L'Externe en Pharmacie	recueille l'historique des traitements antérieurs (efficacité, effets secondaires, cause d'arrêt) explique les traitements engagés, leurs effets indésirables, les moyens d'y palier

		LUNDI	MARDI	MERCREDI	JEUDI	VENDREDI
1ère SEMAINE	matin	**ARRIVEE** : 9h Visite d'entrée - Dr Nizard - Equipe soignante	Visite pluridisciplinaire avec -Dr Nizard -Médecin rééducateur Dr Lanoiselee -psychologue, mme Chiffoleau -interne et/ou externe -stagiaires	Visite : Interne ou externe médecine, pharmacie	Actes techniques éventuels/ dr Nizard Acupuncture, Dr Meas Thérapeutiques non médicamenteuses, dr Artagnan ***12h – staff pluridisciplinaire***	Visite de sortie : - dr Nizard - équipe soignante Psychologue : mme Chiffoleau
	a.m	Acupuncture, Dr Meas (après 20h)	Psychologue, mme Chiffoleau		-Thérapeutiques non médicamenteuses, Dr Artagnan	**SORTIE** à partir de 14h30
2ème SEMAINE	matin	**ARRIVEE** : 9h Visite « programme 2ème semaine » - Dr Nizard - Equipe soignante	Visite pluridisciplinaire avec - dr Nizard - médecin rééducateur, Dr Lanoiselee - psychologue, mme Chiffoleau - interne et/ou externe - stagiaires	Visite : Interne ou externe médecine, pharmacie	Actes techniques éventuels / Dr Nizard Acupuncture, Dr Meas Psychiatre, Dr Robin ou Dr Houart ***12h – staff pluridisciplinaire***	Visite de sortie - Dr Nizard - équipe soignante Psychologue : mme Chiffoleau
	a.m	Acupuncture, Dr Meas (après 20h)	-Psychologue, mme Chiffoleau	Consult. de Pathologie Professionnelle(Hôtel Dieu) Psychologue,C. Chiffoleau	-Thérapeutiques non médicamenteuses, Dr Artagnan	**SORTIE** fin matinée ou début a.m

Ce programme est fait à titre indicatif.
Il peut être modifié pour diverses raisons, infirmières et aise-soignantes vous renseigneront
Les **kinésithérapeutes** interviennent tout au long de la semaine, **l'Assistante Sociale** et le **Médecin Conseil,** suivant votre demande et leur disponibilité
Les **examens** sont effectués sur rendez-vous.
Les **infiltrations** sont faites sur rendez-vous, en neuroradiologie

Lorsque vous quittez l'Unité, nous vous remercions de prévenir l'équipe soignante présente, afin de faciliter l'organisation des soins

DEROULEMENT DE VOTRE HOSPITALISATION

❖ **Votre arrivée**, le lundi de la 1ère semaine

Avant de monter au 4ème étage, présentez vous aux Admissions (dans le grand hall, rez-de-chaussée haut) avec vos papiers de Sécurité Sociale et Mutuelle.

Vous serez accueilli(e), à votre arrivée dans l'Unité, par un membre de l'équipe soignante.

❖ **Le planning de la semaine** est affiché à titre indicatif dans votre chambre (cf page suivante)

REMARQUES :

❖ Le **matin est réservé aux soins et visites médicales** .

❖ Le Dr Nizard et Mme Bizet **reçoivent les familles** sur rendez-vous

❖ **Corset, appareillage**
si un corset vous est prescrit, une technicienne se déplace pour prendre les mesures nécessaires . Il est réalisé et mis à votre disposition avant la fin de votre hospitalisation.
Il reste 23 euros à votre charge après remboursement sécurité sociale et mutuelle.

Des compresses pour application de chaleur (non remboursables) peuvent également vous être livrées, à votre demande, ainsi que d'autres appareil adaptés

❖ **Staffs**
1 réunions de l'équipe pluridisciplinaire, par semaine (jeudi), permet de faire le point sur **vos améliorations** et d'affiner la **stratégie de soins** commune.

❖ **Votre sortie**, le vendredi de la 2ème semaine :
Les documents nécessaires (ordonnances, arrêt de travail...) vous seront remis
en fin de matinée.
Un compte rendu d'hospitalisation sera envoyé aux thérapeutes qui vous suivent, et des contacts pourront être pris pour améliorer votre prise en charge, dans le cadre d'un **réseau de soins**.

❖ **Votre transport** peut se faire en taxi, en ambulance (assis ou couché), sur avis médical .
Vous avez le libre choix de votre ambulancier

Vous passerez au Admissions avant votre départ de l'hôpital

ANNEXE 2 :

LE TABLEAU QCM

	< une prise/sem	Dose subthérapeutique mg/j	Dose mini Ad mg/j	Dose max Ad mg/j	Dose supra-thérapeutique mg/j
ANTALGIGUES PALIER 1					
Paracétamol DAFALGAN*	**Score = 0**	< 1500 **Score = 1**	1500-3000 **Score = 2**	3500-4000 **Score = 3**	>4000 **Score = 4**
AINS					
Diclofénac VOLTARENE*		<75	75	150	>150
Kétoprofène PROFENID*		<150	150-200	300	>300
	Score = 0	**Score = 2**	**Score = 4**	**Score = 6**	**Score = 8**
ANTIDEPRESSEURS					
Amytriptyline LAROXYL(1gtte=1mg)		<50	50-150	151-300	>300
Clomipramine ANAFRANIL*		<20	20-150	151-200	
Fluoxétine PROZAC*		<20	20	60	>60
Paroxétine DEROXAT*		<20	20	50	>50
Venlafaxine EFFEXOR*		<50	50-150	151-375	>375
Milnacipran IXEL*		<25	25-50	100	>100
Citalopram SEROPRAM*		<20	20-40	60	>60
Tianeptine STABLON*		<12,5	12,5-25	26-37,5	>37,5
Miansérine ATHYMIL*		<30	30-60	60-90	>90
Mirtazapine NORSET*		<15	15-30	30-45	>45
	Score = 0	**Score = 2**	**Score = 4**	**Score = 6**	**Score = 8**
ANTISPASTIQUES					
Baclofène LIORESAL*		<15	15-75	76-120	>120
MYORELAXANTS					
Tétrazépam MYOLASTAN*		<50	50-100	101-150	>150
Thiocolchicoside MIOREL*		<2cp/24h	2cp/24h	4cp/24h	>4cp/24h
	Score = 0	**Score = 3**	**Score = 6**	**Score = 9**	**Score = 12**
BENZODIAZEPINES					
Bromazepam LEXOMIL*		1/4cp	1/2cp-2cp	3-6cp	>6cp
Alprazolam XANAX*		0,25-0,50	0,75-2	2,25-4	>4
Oxazépam SERESTA*		<20	20-150	151-200	>200
Prazepam LYSANXIA*		<10	10-30	31-60	
HYPNOTIQUES					
Loprazolam HAVLANE*		<0,5	0,5	1	>1
Lormétazépam NOCTAMIDE*		<0,5	0,5-1	2	>2
NOCTRAN*		<1/2cp	1/2-1cp	2cp	>2cp
Zolpidem STILNOX*		<5	5-10	20	>20
Zopiclone IMOVANE*		<3,75	3,75-7,5	15	>15
	Score = 0	**Score = 4**	**Score = 8**	**Score = 12**	**Score = 16**
DERIVES OPIOÏDES FAIBLES					
Dextropropoxyphène + paracétamol DIANTALVIC*		1gé l= 5mg de morphine	2-4gél = 10mg de morphine	5-6gél = 25-30mg de morphine	>6gél
Codéine + paracétamol EFFERALGAN CODEINE*		1cp = 5mg de morphine	2-4cp = 10mg de morphine	6cp = 30mg de morphine	>6cp
Tramadol TOPALGIC* (80mg =10mg morphine)		<100	100-150	200-400	600-960
	Score = 0	**Score = 6**	**Score = 6**	**Score = 12**	**Score= 18**
ANTI-EPILEPTIQUES					
Clonazépam RIVOTRIL* (1 goutte = 0,1 mg)		<0,5 (<5gttes)	0,5-4 (5-40gttes)	4,4-8 (44-80gttes)	>8 (>80gttes)
Carbamazépine TERGRETOL*		<600	600-800	801-1200	1201-2400
Gabapentine NEURONTIN*		300-600	800-900	1200-3600	3600-7200
Prégabaline LYRICA*		75	150-300	301-600	600-1200
	Score = 0	**Score = 5**	**Score = 10**	**Score = 15**	**Score = 20**
DERIVES OPIOÏDES FORTS					
Morphine SKENAN*		1-20	21-70	71-120	120-240
	Score = 0	**Score = 6**	**Score = 12**	**Score = 18**	**Score = 24**
Fentanyl DUROGESIC* 25µg/h = 60mg/j de morphine		12µg/h/3j	25-50µg/h/3J	75-100mg/h/3j	
	Score = 0	**Score = 12**	**Score = 12 - 18**	**Score = 24 - 30**	
Hydromorphone SOPHIDONE* 1,3mg = 10mg de morphine		4	8-16	24-48	
	Score = 0	**Score = 12**	**Score = 12 - 24**	**Score = 24 - 36**	
Oxycodone OXYCONTIN* 5mg = 10mg de morphine		5-10	20-40	80-160	
	Score = 0	**Score = 6**	**Score = 12 - 18**	**Score = 24 - 36**	
Dihydrocodéine DICODIN LP60*		0,5cp	1cp	2cp	3-4cp
	Score = 0	**Score = 6**	**Score = 6**	**Score = 12**	**Score = 18**

ANNEXE 3 :

FICHE PATIENT : LE QCM SCORE

Nom-prénom : Date :
Age :

	QCM score entrée	QCM score sortie	Suivi à 4 mois	Suivi à 6 mois
Paracétamol				
AINS				
Antidépresseurs **NRL**				
Anti-spastiques **Myorelaxants**				
Benzodiazépines				
Opioïdes faibles				
Antiépileptiques				
Opioïdes forts				
TOTAUX				

ANNEXE 4 :

EXEMPLE DE CALCUL

(A partir du MQS version 1)

Name : C. DUPONT Date : 6 novembre 2008

MOLECULES	**DOSAGE Mg/jour**	**DEGRE DE PREJUDICE**	**(X)**	**NIVEAU DU DOSAGE**	**(=)**	**MQS score**
Tramadol LP	200	4	x	3	=	12
Paracétamol	4000	1	x	3	=	3
Clonazépam	2	5	x	2	=	10
Tianeptine	37,5	2	x	3	=	6
				SCORE TOTAL		31

ANNEXE 5 :

LES ÉCHELLES UTILISÉES AU CETD

Nom
Prénom

Date :

Questionnaire d'évaluation de la capacité fonctionnelle dans les lombalgies (EIFEL)

Nous aimerions connaître les répercussions de votre douleur lombaire sur votre capacité à effectuer les activités de la vi quotidienne.

Si vous êtes cloués au lit par votre douleur lombaire, cochez cette case et arrêtez-vous là : □

En revanche, si vous pouvez vous lever et rester debout au moins quelques instants répondez au questionnaire qui suit.

Une liste de phrases vous est proposée.

Ces phrases décrivent certaines difficultés à effectuer une activité physique quotidienne directement en rapport avec votre douleur lombaire.

Lisez ces phrases une par une avec attention en ayant bien à l'esprit l'état dans lequel vous êtes aujourd'hui à cause de votre douleur lombaire

Quand vous lirez une phrase qui correspond bien à une difficulté qui vous affecte aujourd'hui, cochez-la ¨

Dans le cas contraire, laisser un blanc et passer à la phrase suivante.

Souvenez-vous bien de ne cocher que les phrases qui s'appliquent à vous-même aujourd'hui

1. Je reste pratiquement tout le temps à la maison à cause de mon dos ..... o
2. Je change souvent de position pour soulager mon dos .....o
3. Je marche plus lentement que d'habitude à cause de mon dos .....o
4. A cause de mon dos, je n'effectue aucune des tâches que j'ai l'habitude de faire à la maison .....o
5. A cause de mon dos, je m'aide de la rampe pour monter les escaliers .....o
6. A cause de mon dos, je m'allonge plus souvent pour me reposer.....o
7. A cause de mon dos, je suis obligé(e) de prendre un appui pour sortir d'un fauteuil.....o
8. A cause de mon dos, j'essaie d'obtenir que d'autres fassent des choses à ma place.....o
9. A cause de mon dos, je m'habille plus lentement que d'habitude.....o
10. Je ne reste debout que de courts moments à cause de mon dos.....o
11. A cause de mon dos, j'essaie de ne pas me baisser ni de m'agenouiller.....o
12. A cause de mon dos, j'ai du mal à me lever d'une chaise.....o
13. J'ai mal au dos la plupart du temps.....o
14. A cause de mon dos, j'ai des difficultés à me retourner dans mon lit.....o
15. J'ai moins d'appétit à cause de mon mal de dos.....o
16. A cause de mon dos, j'ai du mal à mettre mes chaussettes (ou bas/collants) ..... o
17. Je ne peux marcher que sur de courtes distances à cause de mon mal de dos.....o
18. Je dors moins à cause de mon mal de dos.....o
19. A cause de mon dos, quelqu'un m'aide pour m'habiller..... o
20. A cause de mon dos, je reste assis(e) la plus grande partie de la journée.....o
21. A cause de mon dos, j'évite de faire de gros travaux à la maison.....o
22. A cause de mon mal de dos, je suis plus irritable que d'habitude et de mauvaise humeur avec les gens o
23. A cause de mon dos, je monte les escaliers plus lentement que d'habitude.....o
24. A cause de mon dos, je reste au lit la plupart du temps.....o

Score : _____

ECHELLE H.A.D.

Consigne : Ce questionnaire a été conçu de façon à permettre à votre médecin de se familiariser avec ce que vous éprouvez vous-même sur le plan émotif. Lisez chaque série de questions et choisissez la réponse qui exprime le mieux ce que vous avez éprouvé au cours de la semaine qui vient de s'écouler. Ne vous attardez pas sur la réponse à faire : votre réaction immédiate à chaque question fournira probablement une meilleure indication de ce que vous éprouvez qu'une réponse longuement méditée.

(1-A) Je me sens tendu(e) ou énervé(e) :
- 3 - La plupart du temps
- 2 - Souvent
- 1 - De temps en temps
- 0 - Jamais

(2-D) Je prends plaisir aux mêmes choses qu'autrefois :
- 0 - Oui, tout autant qu'avant
- 1 - Pas autant
- 2 - Un peu seulement
- 3 - Presque plus

(3-A) J'ai une sensation de peur comme si quelque chose d'horrible allait m'arriver :
- 3 - Oui, très nettement
- 2 - Oui, mais ce n'est pas trop grave
- 1 - Un peu, mais cela ne m'inquiète pas
- 0 - Pas du tout

(4-D) Je ris et vois le bon côté des choses :
- 0 - Autant que par le passé
- 1 - Plus autant qu'avant
- 2 - Vraiment moins qu'avant
- 3 - Plus du tout

(5-A) Je me fais du souci :
- 3 - Très souvent
- 2 - Assez souvent
- 1 - Occasionnellement
- 0 - Très occasionnellement

(6-D) Je suis de bonne humeur
- 3 - Jamais
- 2 - Rarement
- 1 - Assez souvent
- 0 - La plupart du temps

(7-A) Je peux rester tranquillement assis(e) à ne rien faire et me sentir décontracté(e) :
- 0 - Oui, quoi qu'il arrive
- 1 - Oui, en, général
- 2 - Rarement
- 3 - Jamais

(8-D) J'ai l'impression de fonctionner au ralenti :
- 3 - Presque toujours
- 2 - Très souvent
- 1 - Parfois
- 0 - Jamais

(9-A) J'éprouve des sensations de peur et j'ai l'estomac noué :
- 0 - Jamais
- 1 - Parfois
- 2 - Assez souvent
- 3 - Très souvent

(10-D) Je ne m'intéresse plus à mon apparence :
- 3 - Plus du tout
- 2 - Pas autant que je devrais
- 1 - Cela se peut
- 0 - J'y prête autant attention que par le passé

(11-A) J'ai la bougeotte et n'arrive pas à tenir en place
- 3 - Oui, c'est tout à fait le cas
- 2 - Un peu
- 1 - Pas tellement
- 0 - Pas du tout

(12-D) Je me réjouis d'avance à l'idée de faire certaines choses :
- 0 - Autant qu'avant
- 1 - Un peu moins qu'avant
- 2 - Bien moins qu'avant
- 3 - Presque jamais

(13-A) J'éprouve des sensations soudaines de panique :
- 3 - Vraiment très souvent
- 2 - Assez souvent
- 1 - Pas très souvent
- 0 - Jamais

(14-D) Je peux prendre plaisir à un bon livre ou à une bonne émission de télévision :
- 0 - Souvent
- 1 - Parfois
- 2 - Rarement
- 3 - Très rarement

QUESTIONNAIRE SUR LES STRATEGIES POUR FAIRE FACE A LA DOULEUR

Quand vous ressentez votre douleur, vous réagissez de différentes manières.
Pour chacune des stratégies suivantes, exprimées par d'autres patients, indiquez, si vous l'avez utilisée pour faire face à votre problème, en sachant que :

1 = non
2 = plutôt non
3 = plutôt oui
4 = oui

QUAND JE RESSENS LA DOULEUR :	**1**	**2**	**3**	**4**
1. j'essaye de prendre de la distance par rapport à la douleur, comme si elle était dans le corps de quelqu'un d'autre				
2. j'essaye de penser à quelque chose d'agréable				
3. je trouve que c'est terrible et j'ai l'impression que cela n'ira jamais mieux				
4. je parle à quelqu'un de ce que je ressens				
5. je trouve que c'est affreux et j'ai l'impression que la douleur m'écrase				
6. je demande des conseils à une personne digne de respect et je les suis				
7. je prie Dieu ou le destin que ma douleur ne dure pas				
8. je discute avec quelqu'un pour en savoir plus au sujet de ma douleur				
9. j'essaye de penser à ma douleur comme si elle était séparée de mon corps				
10. je contiens (garde pour moi) mes émotions				
11. je ne prête pas attention à ma douleur				
12. je parle avec quelqu'un qui peut agir concrètement au sujet de ma douleur				
13. je fais comme si je ne souffrais pas				
14. j'ai peur que la douleur ne cesse pas				
15. je repense à des moments agréables				
16. j'essaye de ne pas m'isoler				
17. je pense à des personnes avec lesquelles j'aime faire les choses				
18. je prie pour que la douleur disparaisse				
19. j'imagine que la douleur est en dehors de mon corps				
20. j'accepte la sympathie et la compréhension de quelqu'un				
21. bien que j'ai eu mal, je continue mes activités				
22. j'ai l'impression que je ne peux plus supporter la douleur				
23. je cherche la compagnie des autres, j'essaye à ne pas rester seul(e)				
24. j'ignore la douleur				
25. je compte sur ma foi en Dieu ou dans le destin				
26. j'ai l'impression de ne plus pouvoir aller de l'avant				
27. je pense à des choses que j'aime faire				
28. je fais comme si la douleur ne faisait pas partie de moi				

Pour les 17 propositions présentées ci-dessous, indiquez votre degré d'accord, en sachant que :

1 = vous n'êtes pas du tout d'accord
2 = vous n'êtes pas d'accord
3 = vous êtes d'accord
4 = vous êtes tout à fait d'accord

	1	2	3	4
1. la survenue de ma douleur était sans aucun doute le fait du hasard sur lequel je n'avais aucune influence				
2. je peux certainement influencer le cours de ma douleur				
3. je souffre en partie parce que le destin en a décidé ainsi				
4mon docteur peut certainement influencer le cours de ma douleur				
5. mon époux (se) / partenaire ou ma famille peut certainement influencer le cours de ma douleur				
6. la survenue de ma douleur était due à mon style de vie				
7. le destin peut certainement influencer le cours de ma douleur				
8. la survenue de ma douleur est principalement due à mes conditions de travail				
9. c'est en partie ma faute « si je souffre »				
10. en prenant davantage soin de moi (en faisant de l'exercice par exemple) je peux influencer le cours de ma douleur				
11. des évènements malheureux ou des déceptions dans mon passé ont contribué à la survenue de ma douleur				
12.mes croyances ont une influence sur le cours de ma douleur				
13. en vivant sainement je peux influencer le cours de ma douleur				
14. ma personnalité avait quelque chose à voir avec la survenue de ma douleur				
15. si je suis les conseils de mon docteur je peux certainement influencer le cours de ma douleur				
16. je peux influencer le cours de ma douleur en me battant contre elle				
17. la survenue de ma douleur était surtout due à quelque chose me concernant				

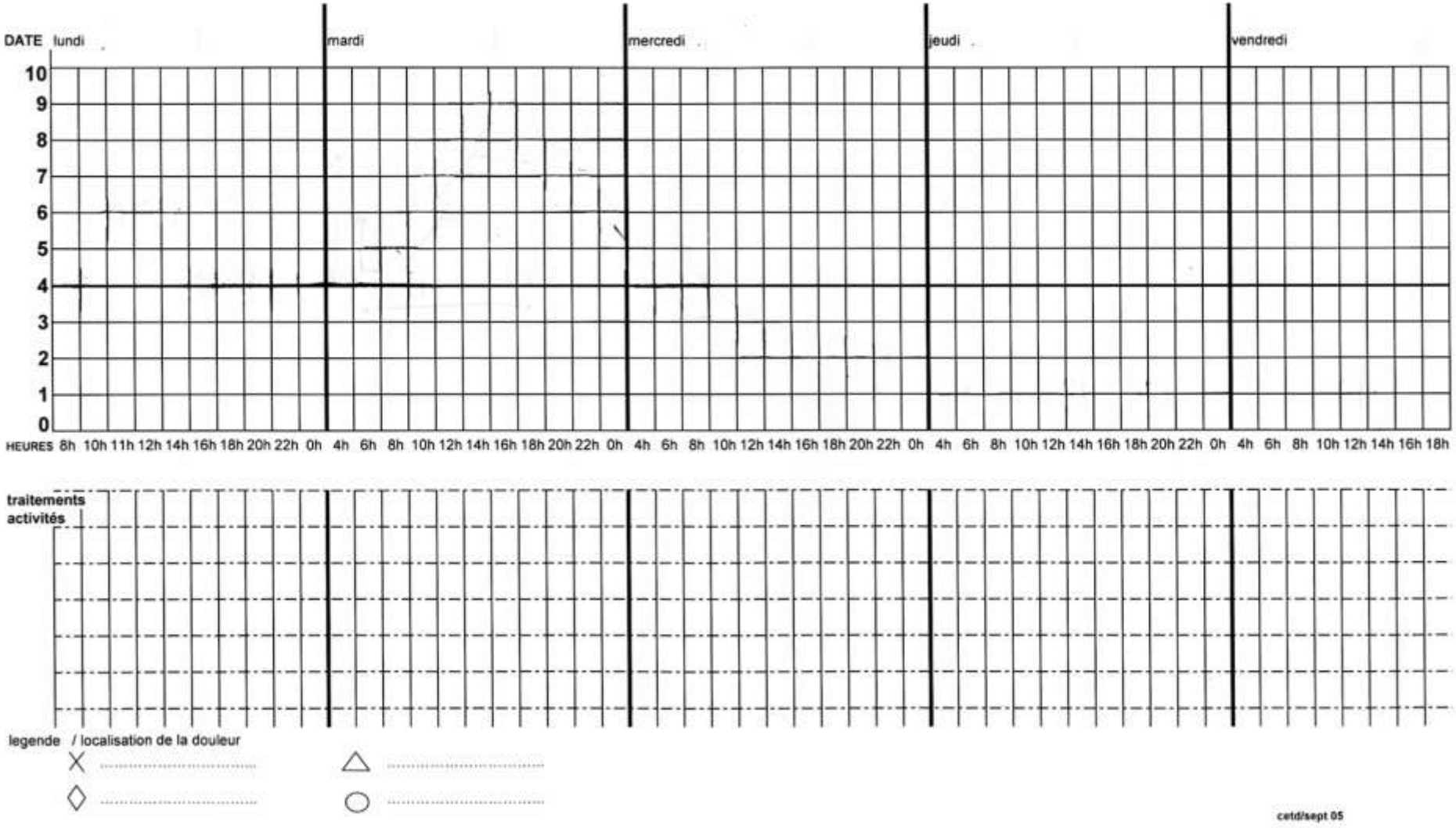
Centre d' Evaluation et de Traitement de la Douleur - CHU NANTES -

etiquette patient

10 = douleur maximum
0 = pas de douleur

semaine 1 ☐
2 ☐

GRILLE D'EVALUATION DE LA DOULEUR / ECHELLE NUMERIQUE



cetd/sept 05

ANNEXE 6 :

LE MQS VERSION III

Medication Class	Mean (SD)	Median	2003 Weight	1998 Weight	1992 Weight
Topical/transdermal anesthetics, capsaicin	1.1 (0.8)	1	1.1	1*	—
Antidepressants — serotonin reuptake inhibitors	1.7 (0.9)	2	1.7	2*	2*
Antidepressants — other	1.9 (0.9)	2	1.9	2*	2*
Anticonvulsants — GABAergic	1.9 (1.0)	2	1.9	3*	
Antihypertensives	2.0 (1.0)	2	2.0	—	—
Anti-anxiety — miscellaneous	2.1 (1.2)	2	2.1	2*	—
Muscle relaxants — non-dependency producing	2.2 (1.1)	2	2.2	3*	3*
Acetaminophen	2.2 (1.4)	2	2.2	1	1
Cyclooxygenase-2 inhibitors	2.3 (1.1)	2	2.3	—	—
Antidepressants — tricyclics/tetracyclics	2.3 (1.1)	2	2.3	2*	2*
Analgesic — miscellaneous (ie, tramadol)	2.3 (1.1)	2	2.3	2	—
Anticonvulsants — sodium channel blockers	2.8 (1.1)	3	2.8	3*	—
Sedative hypnotics	3.1 (1.3)	3	3.1	4*	—
Opioids — Schedule II	3.4 (1.4)	3	3.4	5	6
Nonsteroidal anti-inflamatories	3.4 (1.2)	3	3.4	2	2
Antipsychotics	3.6 (1.2)	4	3.6	—	—
Opioids — Schedule IV	3.7 (1.3)	4	3.7	4	4
Opioids — Schedule III	3.7 (1.2)	4	3.7	4	4
Muscle relaxants — dependency producing	3.8 (1.3)	4	3.8	3*	3*
Benzodiazepines	3.9 (1.2)	4	3.9	5	4
Steroids	4.4 (1.3)	5	4.4	—	—
Barbiturates	4.5 (1.2)	5	4.5	5*	5*

Abbreviation: SD, standard deviation.

*Indicates medication classes combined in previous rankings.

Extrait du journal « The journal of pain », Vol 6, Num 6. Juin 2005

ANNEXE 7 :

RECUEIL DES DONNÉES

RECUEIL DES DONNÉES

A. PRESENTATION DU PATIENT

Nom- prénom : Date de naissance : Age : Sexe

- Date d'entrée dans le service : _____
- Durée d'hospitalisation au centre (jours) : _____

B. MOTIF D'HOSPITALISATION

- Douleurs :

  _____

- Date d'apparition des douleurs : _____

C. SITUATION A L'ENTREE

- **Description douleur initiale :**

- EVA entrée : ___

- **Intervenants :**
  - Médecin algologue
  - Kinésithérapeute
  - Médecin rééducateur
  - Médecin thérapeute manuel et acupuncteur
  - Psychologue
  - Psychiatre
  - Médecin du travail
  - Médecin de pathologie professionnelle

- **Traitement à l'entrée :**

Spécialités	Dosage mg/j	MQS score
		Total MQS score :

D. <u>A LA SORTIE DU CENTRE</u> :

- **Evaluation de la douleur :**

- EVA : ___

- **Traitement médicamenteux et MQS score :**

Spécialités	Dosage mg/j	MQS score
		Total MQS score :

- **Pourcentage d'amélioration : ____**

TABLE DES ILLUSTRATIONS

LISTE DES TABLEAUX

TABLEAU I. Comparaison entre la douleur aigüe « symptôme » et la douleur chronique « maladie »……-10-
TABLEAU II. Terminologie sémiologique des douleurs neurogènes…….....-13-
TABLEAU III. Classification et caractéristiques cliniques des douleurs chroniques -14-
TABLEAU IV. Grille d'évaluation du patient douloureux…… -27-
TABLEAU V. Classification des classes pharmacologiques selon leur degré de préjudice…… -34-
TABLEAU VI. Cotation du niveau de dosage…….. -35-
TABLEAU VII. Signes cliniques des différentes radiculalgies des membres inférieurs ……... -45-
TABLEAU VIII. Synthèse des facteurs de risques de récidive, de chronicité et de non-retour au travail de la lombalgie…… -48-
TABLEAU IX. Mesure de la douleur aux différents temps de l'étude……..-57-
TABLEAU X. Valeurs du MQS score version I aux différents temps de l'étude ….. -61-
TABLEAU XI. Valeurs du MQS score version III aux différents temps de l'étude.... -63-
TABLEAU XII. Comparaison des valeurs moyennes et médianes des MQS scores version I et III..... -66-

LISTE DES FIGURES

FIGURE 1. Schéma illustrant le modèle pluridisciplinaire de la douleur…… -11-
FIGURE 2. Prise en charge globale, pluridisciplinaire, coordonnée…… -21-
FIGURE 3. Prise en charge pluridimensionnelle de la lombalgie chronique……-51-
FIGURE 4. Pourcentage de patients pris en charge par les différents intervenants du CETD……... -56-
FIGURE 5. Comparaison des valeurs moyennes de l'échelle numérique à l'entrée et à la sortie du CETD…… -57-
FIGURE 5 bis. Comparaison des valeurs médianes de l'échelle numérique à l'entrée et à la sortie du CETD..... -58-
FIGURE 6. Répartition des classes pharmacologiques consommées par les patients à l'entrée du CETD……..-59-
FIGURE 7. Répartition des classes pharmacologiques consommées par les patients à la sortie du CETD……. -60-
FIGURE 8. Comparaison des valeurs moyennes du MQS version I à l'entrée et la sortie du CETD……... -61-
FIGURE 8 bis. Comparaison des valeurs médianes du MQS version I à l'entrée et la sortie du CETD..... -62-
FIGURE 9. Droite de corrélation entre l'évolution du MQS version I et l'EN de la douleur à l'entrée et à la sortie du CETD……. -63-
FIGURE 10. Comparaison des valeurs moyennes du MQS version III à l'entrée et à la sortie du CETD……. -64-
FIGURE 10 bis. Comparaison des valeurs médianes du MQS version III à l'entrée et à la sortie du CETD…….
-65-

FIGURE 11. Comparaison des valeurs médianes du MQS version I et du MQS version III au sein des 3 groupes à l'entrée du CETD……-67-
FIGURE 11 bis. Comparaison des valeurs médianes du MQS version I et du MQS version III au sein des 3 groupes à l'entrée du CETD…….. -67-
FIGURE 12. Comparaison des valeurs moyennes du MQS version I et du MQS version III des différents groupes à la sortie du CETD……. -68-
FIGURE 12 bis. Comparaison des valeurs médianes du MQS version I et du MQS version III au sein des 3 groupes à la sortie du CETD……..-68-

RÉFÉRENCES BIBLIOGRAPHIQUES

1. **Lazorthe Y.**
La douleur chronique ou « douleur maladie »
Les douleurs rebelles, évaluation et stratégie thérapeutiques.
Editions Maloine p.12. 1993

2. **Agence Nationale d'Accréditation et d'Evaluation en santé**
Diagnostic, prise en charge et suivi des patients atteints de lombalgie chronique.
Décembre 2000

3. **Lazorthe Y.**
La douleur chronique ou « douleur maladie »
Les douleurs rebelles, évaluation et stratégie thérapeutiques.
Editions Maloine. 11-26. 1993

4. **Muller A., Lehr D.**
Modes d'expression de la douleur. La douleur, diagnostic, traitement et prévention. Editions ellipses. 2 : 24-31. 1995

5. **Boureau F, Luu M , Doubrère J-F**
Le malade douloureux chronique
Douleur, bases fondamentales, pharmacologie, douleurs aigües, douleurs chroniques, thérapeutiques. Edition Maloine. 36 : 375-383.1997

6. **Neurologie, réussir l'internat**
Bases neurophysiologiques et évaluation d'une douleur aigüe et d'une douleur chronique. Edition ellipses. 8 : 83-91. 2004

7. **Lazorthe Y.**

La douleur chronique ou « douleur maladie »
Les douleurs rebelles, évaluation et stratégie thérapeutiques.
Edition Maloine p.18. 1993

8. **Lazorthe Y.**
La douleur chronique ou « douleur maladie »
Les douleurs rebelles, évaluation et stratégie thérapeutiques.
Edition Maloine p.25. 1993

9. **Besson J-M**
La douleur et les douleurs. La douleur. Edition Odile Jacob. 1 : 29-31. 1992

10. **American psychiatric association**
DSM-IV : manuel diagnostic et statistique des troubles mentaux 4ième édition, Masson, Paris, 1995

11. **Moulin JF, Boureau F.**
Syndromes douloureux chroniques : complexité et pluridisciplinarité.
Aspects psychologiques de la douleur chronique.
Institut UPSA de la douleur, 2 : 15-21. 2003

12. **Lazorthe Y.**
La douleur chronique ou « douleur maladie ». Les douleurs rebelles, évaluation et stratégie thérapeutiques. Edition Maloine. 1 : 20-21. 1993

13. **Serra E.**
Le patient. Douleur et psychiatrie : les principaux syndromes.
Aspects psychologiques de la douleur chronique.
Institut UPSA de la douleur.3 : 43-56. 2003

14. **Dworkin RH, Gitlin JM**
Clinical aspects of depression in chronic pain patients.
Clinical journal of pain 7 : 79-94. 1991

15. **Serra E.**
Douleur et psychiatrie : les principaux syndromes. Aspects psychologiques de la douleur chronique. Institut Upsa de la douleur, 3 : 49-53. 2003

16. **ANAES : Agence Nationale d'Accréditation et d'Evaluation en Santé (HAS)**
Prise en charge d'un épisode dépressif isolé de l'adulte en ambulatoire. 2002

17. **Folks DB, Feldman MD, Ford CV**
Somatoform disorders, factitious disorders, and malingering.
Psychiatric care of the Medical Patient p. 459. Seconde édition, Oxford, 2000

18. **American psychiatric association.**
DSM-IV : manuel diagnostic et statistique des troubles mentaux 4ème édition, Masson, Paris, 1995

19. **Simon GE, Von korff M, Piccinelli M**

An international study of the relation between somatic symptoms and depression. England Journal of Medicine. 341 : 1329. 1999

20. Lazorthes Y.
L'historique des « pain clinics »
Les douleurs rebelles, évaluation et stratégie thérapeutique, 7 : 141-142. 1993

21. Dictionnaire des soins infirmiers et de la profession infirmière
Prise en charge de la douleur. AMIEC recherche. Edition Masson. 2007

22. Lazorthes Y.
Les différentes structures d'évaluation et de traitement de la douleur chronique.
Les douleurs rebelles, évaluation et stratégie thérapeutique.
Edition Maloine.7 : 145-149. 1993

23. Bizet MP., Vigot L., Nizard J., Lajat Y.
Accompagner les patients douloureux chroniques.
Douleur et analgésie 3 : 141-144, 2003

24. Coutaux A.
Quand adresser un patient lombalgique chronique au centre d'évaluation et de traitement de la douleur ?
La douleur lombaire. Institut Upsa de la douleur, 7 : 114-115. 22001

25. Nizard J., Lombrail P., Potel G., Meas Y., lannoiselée J-M., Robin B., Nguyen J-M, Lajat Y.
Evaluation de l'efficacité de la prise ne charge à un an de 46 lombalgiques chroniques rebelles, par un centre de traitement de la douleur
Douleur et analgésie 3 : 189, 2003

26. Lazorthes Y.
L'organisation des unités de soins.
Les douleurs rebelles, évaluation et stratégie thérapeutique.
Edition Maloine. 7 : 146-149. 1993

27. Centre d'Evaluation et de Traitement de la Douleur Chronique. CHU Nantes
Objectifs de votre prise en charge. Livret d'accueil du patient douloureux hospitalisé, Avril 2002

28. Centre d'Evaluation et de Traitement de la Douleur Chronique. CHU Nantes
L'équipe pluridisciplinaire : les personnes que vous pouvez rencontrer et le rôle de chacun. Livret d'accueil du patient douloureux hospitalisé, Avril 2002

29. Boureau F., Luu M., Doubrère J-F
Le malade douloureux chronique.
Douleur, bases fondamentales, pharmacologie, douleurs aigûes, douleurs chroniques, thérapeutiques. Edition Maloine. 36 : 379, 1997

30. **Lazorthes Y.**
Evaluation d'une douleur chronique
Les douleurs rebelles, évaluation et stratégie thérapeutique.
Edition Maloine. 3 : 53, 1993

31. **Waddell G., Bircher M., Finlayson D., Main C-J**
Symptoms and signs : physical disease or illness behavior?
British Medical Journal. 289 : 739-741, 1984

32. **Leys D, Defebvre L.**
Bases neurophysiologiques et évaluation d'une douleur aiguë et d'une douleur chronique. Réussir l'internat "neurologie". Editions ellipses. 8 : 90-91, 2004

33. **Lazorthes Y.**
Les médicaments de la douleur. Les douleurs rebelles, évaluation et stratégie thérapeutique. Editions Maloine. 4 : 93-96, 1993.

34. **Leys D, Defebvre L.**
Thérapeutiques antalgiques médicamenteuses et non médicamenteuses.
Réussir l'internat "neurologie". Editions ellipses. 9 : 92-96, 2004.

35. **Binoche T, Martineau C.**
Moyens thérapeutiques et mise en œuvre.
Guide pratique du traitement des douleurs. 2 : 1, 41-63, Editions Masson, 2001.

36. www.vidal.fr

37. **Ginies P., Sirot J.**
Guide pratique de l'antalgie. Sauramps medical. 2ième édition, 2000.

38. **Boulanger A.**
Approche et traitement de la douleur neuropatique
Pharmacologie de la douleur. Edition Pierre Beaulieu Maison. 13 : 409-431, 2005.

39. **Masters Steedman S., Middaugh SJ, Kee WG, Stier Carson D, Norman Harden R., and Clinton Miller M.**
Chronic-pain medications : equivalence levels and method of quantifying Usage. The clinical journal of Pain, 8 : 204-214, 1992.

40. **Kee W, Masters Steedman S, Middaugh SJ**
Medication Quantification Scale (MQS) : Update of detriment weights and medication additions. American Journal of Pain Management, 8 : 83-88, 1998.

41. **Harden R, Weinland R, Remble A, Houle T, Colio S, Steedman S, Kee W**
Medication Quantification Scale Version III : Update in medication classes and revised detriment weights by survey of American Pain Society Physicians.
The Journal of Pain, 6 : 364-371, 2005.

42. **Fautrel B**

Diagnostic d'une lombalgie aigüe de l'adulte
La douleur lombaire, institut UPSA de la douleur, 3 : 31- 43 ; 2001.

43. Valat JP.
Lombalgies rassurer et prévenir l'invalidité
La revue du praticien vol 58 num 3 : 259-260. 2008.

44. Rozenberg S.
Lombalgie chronique, définition et prise en charge
La revue du praticien vol 58 num 3 : 265-272. 2008.

45. Duquesnoy B, Defontaine MC, Grardel B, Maigne JY, Thevenon A, Vignon
Définition de la lombalgie chronique
Revue Rhum vol 61 (4bis) : 9-10. 2004.

46. Dougados M, Kahan A, Revel M
Qu'est-ce qu'une sciatique? Une cruralgie ?
Mal de dos en 100 questions ; Editeur NHA Communication, question 5 : 7. 2001

47. Legrand E, Hoppé E, Bouvard B, Masson C, Audran M
Conduite à tenir devant une lomboradiculalgie
La revue du praticien vol 58 num 3 : 285-293. 2008.

48. Valat JP.
Lombalgies rassurer et prévenir l'invalidité
La revue du praticien vol 58 num 3 : 259-260. 2008.

49. Krismer M, Van Tulder M
Stratégies for prevention and management of musculoskeletal conditions Low back pain (non specific)
Best Pract Res Clin Rheumatol 2007 ; 21 : 77-91

50. Constantin A, Lazorthes Y
La lombalgie chronique : Identifier des facteurs de risque de chronicité
La douleur lombaire, institut UPSA de la douleur 2001 ; chap 5 : 62-65

51. Institut National de la Santé et de la Recherche Médicale
Lombalgies en milieu professionnel : quels facteurs de risque et quelle prévention ? Paris : INSERM ; 2000.

52. Fayad F, Lefevre-Colau MM, Poiraudeau S et al.
Chronicité, récidive et reprise du travail dans la lombalgie : facteurs communs de pronostic. Ann Readapt Med Phys ; 47 : 89-179. 2004.

53. Nizard J, Lombrail P, Potel G, Nguyen JM, Lajat Y, Meas Y, Lamoiselée JM, Robin B
Evaluation de la prise en charge des lombalgies rebelles au sein d'un centre de traitement de la douleur.
Douleur et analgésie ; 3 : 187-196. 2003.

54. Chamoux A
Impact socioprofessionnel des lombalgies
La revue du praticien ; vol 58 num 3 : 295-299. 2008.

55. Constantin A, Lazorthes Y
La lombalgie chronique.
La douleur lombaire, institut UPSA de la douleur ; 5 : 71-78. 2001.

56. Agence Nationale d'Accréditation et d'Evaluation en Santé
Diagnostic, prise en charge et suivi des malades atteints de lombalgie chronique. Paris : ANAES ; 2000.

57. Dworkin
Initiative on Methods, Measurement, and Pain Assement in Clinical Trials
2005.

58. Mercadier Chauvignyde Blot E.
Intérêt de la quantification de la consommation de médicaments dans la prise en charge globale du patient douloureux chronique. Octobre 2007.

UNIVERSITÉ DE NANTES
FACULTÉ DE PHARMACIE

Année de la soutenance
2008

Nom –Prénoms : SEMMAR ghizlène

Titre de la thèse :

QUANTIFICATION DE LA CONSOMMATION MÉDICAMENTEUSE À TRAVERS LE MQS SCORE, PRÉSENTATION ET EXEMPLE D'APPLICATION

Résumé de la thèse :

Evaluer la douleur d'après le ressenti du patient est chose acquise. De nombreux outils standardisés existent actuellement pour quantifier la douleur chez le patient douloureux chronique. Le MQS ou Medication Quantification Scale est un indice de quantification de la consommation des antalgiques. Il permet d'évaluer également le rapport bénéfice/risque du traitement médicamenteux du patient douloureux chronique. Une adaptation française appelée QCM ou Quantification de la Consommation Médicamenteuse est proposée par le Centre d'Evaluation et de Traitement de la Douleur de l'Hôpital Laënnec du CHU de NANTES. Une présentation et un exemple d'application de cette échelle sur un échantillon de 20 patients lombalgiques chroniques mettent en évidence l'intérêt du MQS score.

Mots clés :

MQS - QCM - DOULEUR CHRONIQUE - LOMBALGIE CHRONIQUE

Jury :

PRESIDENT : M. Alain PINEAU, Professeur de toxicologie
Faculté de Pharmacie de Nantes

ASSESSEURS : Mme Christine BOBIN-DUBIGEON,
Maître de Conférences de Pharmacologie.
Faculté de Pharmacie de Nantes

Mme Myriam MALINGE, Praticien Hospitalier
Hôpital Guillaume et René LAENNEC (CHU NORD)
Faculté de médecine de Nantes

M. François GELLUSSEAU, Pharmacien
63, rue du Douet Garnier, 44 000 NANTES

Adresse de l'auteur : 17, rue Simone de Beauvoir, 44 800 SAINT HERBLAIN