

Roland Kunz

# Douleurs: bien que quotidiennes, elles représentent un défi complexe

Article basé sur un exposé présenté lors du congrès du CMPR 2014 à Lucerne

## Introduction

Chaque individu ressent des douleurs presque quotidiennement. Il s'agit le plus souvent d'une perception sensorielle dont la fonction est vitale, puisqu'elle nous avertit d'un dommage ou empêche une blessure plus grave. Toutefois, nous souffrons parfois aussi d'une blessure psychique, d'une perte, d'une opportunité manquée. C'est pourquoi la douleur ne peut être réduite à un phénomène neurophysiologique, mais constitue une expérience subjective complexe, qui ne se laisse souvent pas objectiver, pouvant ainsi devenir un défi qui nécessite beaucoup de temps dans la pratique quotidienne. Au 17<sup>ème</sup> siècle, le philosophe anglais John Locke avait déjà constaté ce problème fondamental: «Il est impossible de décrire le plaisir et la douleur, on ne peut les connaître qu'avec l'expérience.»

## Types de douleurs

Les douleurs nociceptives constituent le type de douleur le plus fréquent. Les douleurs somatiques sont dues à une lésion ou une irritation tissulaire de la peau, des os, des muscles ou du tissu conjonctif. Elles peuvent être localisées de manière très précise par la personne concernée et sont généralement déclenchées par provocation. Les douleurs viscérales apparaissent au niveau des organes internes du fait d'une pression, d'une distension ou d'une lésion tissulaire. Le patient est seulement en mesure de localiser la région de la douleur, mais ne peut guère déterminer l'organe concerné.

Lorsqu'une douleur survient en raison de lésions au niveau du système nerveux, il est question de douleurs neuropathiques. Le plus souvent, des nerfs périphériques sont touchés dans le cadre de polyneuropathies ou de rétrécissements. Les douleurs à proprement parler sont accompagnées de dysesthésies, qui sont décrites de manière souvent plus banale qu'elles ne sont ressenties par le patient. Lorsque le dommage se situe au niveau du cerveau, nous parlons de douleurs centrales. La douleur est cependant localisée dans l'aire périphérique correspondante et peut également inclure toutes les formes de dysesthésies. Les douleurs névralgiformes sont la conséquence de lésions de nerfs périphériques. Le signal algique aigu fulgurant et électrisant peut certes ne durer que quelques secondes, mais il peut terroriser le patient en permanence du fait de la constante menace d'un retour.

Enfin, l'axe temporel de l'expérience douloureuse joue un rôle essentiel. Les douleurs aiguës constituent un signal d'alarme pertinent, qui doit être observé et analysé par le médecin de famille avec l'intérêt nécessaire. Il est facile à traiter pour le patient car, le plus souvent, il connaît rapidement la cause et la voie thérapeutique. Les douleurs chroniques perdent leur sens premier, se transforment en fléau et, avec le temps, ont le plus souvent tendance à faire baisser l'intérêt du médecin et des proches, ce qui ne fait qu'accroître le désespoir de la personne concernée et le ressenti de la douleur.

## Total pain

Cicely Saunders, pionnière du mouvement des hospices et des soins palliatifs, a créé le terme «total pain», introduisant ainsi en médecine une approche qui dépasse largement la médecine palliative [1]. Les douleurs et de nombreuses autres sensations physiques représentent un ensemble d'éléments biologiques, psychiques, sociaux et existentiels (spirituels). Le patient ressent sa douleur, qui n'est pas seulement un problème physiopathologique, mais est toujours influencée par d'autres éléments (fig. 1). Plus la douleur est chronique et la maladie menaçante, plus le rôle de ces cofacteurs est important. Les analgésiques agissent

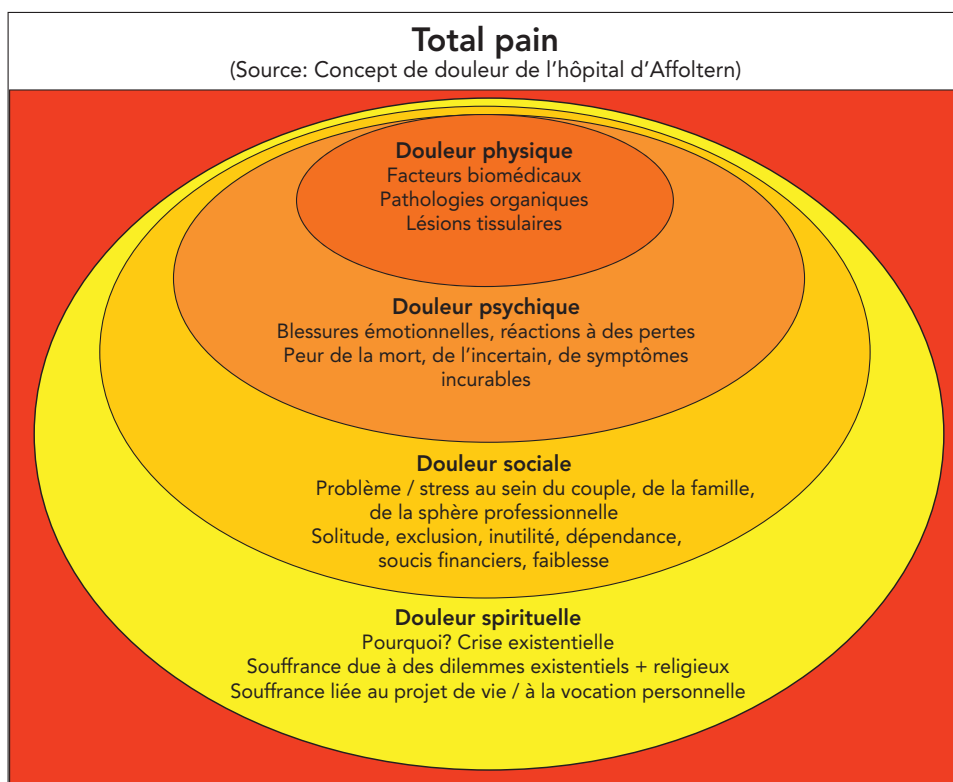
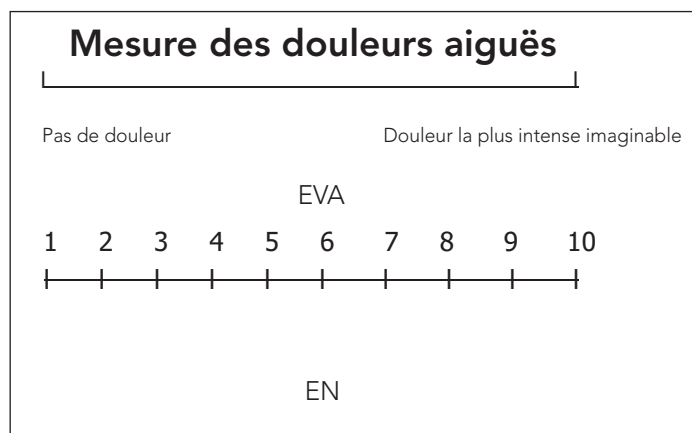


Figure 1  
Total pain.

essentiellement sur le plan biologique. Les autres aspects du ressenti de la douleur deviennent plus transparents et plus influençables avec une relation médecin-patient bonne et solide. La place centrale est ici occupée par le médecin de famille, et non par le thérapeute interventionnel de la douleur.

### Mesure de la douleur

Lorsque le médecin de famille est confronté pour la première fois à un problème algique, il va tenter, à l'aide d'une anamnèse ciblée, d'en apprendre le plus possible sur les conditions déclenchantes, sur le caractère de la douleur, sur les facteurs d'influence et sur les désagréments endurés. Plus le problème algique est flou, plus l'évaluation et la documentation systématiques sont essentielles pour permettre une analyse approfondie. Des outils de mesure de la douleur aiguë issus de la gestion de la douleur postopératoire se sont également établis dans les autres domaines de la médecine. L'échelle visuelle analogique (EVA) et l'échelle numérique (EN) (fig. 2) conviennent pour les douleurs aiguës et permettent, avec une utilisation répétée, d'identifier les liens avec certains facteurs de stress ou certaines situations et de contrôler le succès des mesures engagées. Une échelle linéaire unidimensionnelle ne convient cependant pas à la douleur chronique multidimensionnelle. Dans ce contexte, ce n'est pas tant l'intensité qui est décisive que la signification de la douleur dans le quotidien du patient. Il s'agit là de déterminer dans quelle mesure elle entrave le quotidien du patient et quelles sont ses répercussions sur la vie de la personne concernée. L'échelle *Philadelphia Geriatric Center Pain Intensity Scale* (fig. 3) convient particulièrement pour les patients âgés multimorbides.



**Figure 2**  
Mesure des douleurs aiguës par EVA et EN.

L'évaluation de la douleur est complétée par une exploration minutieuse des autres éléments du concept de *total pain*. Qu'est-ce qui déclenche les douleurs du patient: peur de l'incurabilité, de la mort? Quelles blessures émotionnelles jouent un rôle, quelles sont les pertes subies ou redoutées par la personne concernée? Quelles sont les répercussions de la douleur sur la vie professionnelle et familiale? Entraîne-t-elle des sentiments d'inutilité et d'exclusion? Enfin, la maladie et la douleur associée posent des questions existentielles: Pourquoi cela me touche toujours moi? Pourquoi ne puis-je pas réaliser mes projets de vie? Vais-je succomber à la maladie? L'évaluation et l'analyse d'une situation de douleur chronique, que ce soit en cas de maladie terminale ou

### Evaluation des douleurs chroniques

#### Philadelphia Geriatric Center Pain Intensity Scale:

1. A quel point avez-vous été incommodé(e) par les douleurs d'une manière générale au cours des dernières semaines?
2. A quel point les douleurs vous incommode-t-elles en ce moment?
3. A quel point les douleurs vous incommode-t-elles lorsque vous êtes dans un état de force maximale?
4. Combien de jours par semaine les douleurs sont-elles vraiment intenses?
5. A quel point les douleurs vous incommode-t-elles lorsque vous êtes dans un état de faiblesse maximale?
6. A quel point les douleurs entravent-elles vos activités quotidiennes?

#### Evaluation:

- 1 = pas du tout 2 = un peu 3 = moyennement 4 = beaucoup  
5 = énormément  
Pour le Point 4, le nombre de jours par semaine est compté.

**Figure 3**  
Philadelphia Geriatric Center Pain Intensity Scale.

de maladie chronique invalidante, requiert temps et patience, empathie et sensibilité à l'égard du ressenti individuel de la douleur et du contexte général du patient. Se précipiter sur les médicaments, avec un changement répété d'analgésiques, ne mène guère à l'objectif visé.

### Analyse de la douleur

L'évaluation minutieuse de la douleur sert de fondement pour les autres étapes de la gestion de la douleur. Chaque fois que possible, il convient d'essayer d'aborder un problème algique de manière causale, ce qui signifie analyser la douleur en relation avec l'origine et le contexte. A cet effet, des examens complémentaires sont souvent nécessaires, tels qu'analyses de laboratoire ou examens d'imagerie. Si, par exemple, un problème articulaire dégénératif est observé, le traitement analgésique purement symptomatique ou une prothèse articulaire sont en discussion; en cas d'ostéoporose, un traitement de base est indiqué. Parallèlement, il convient toutefois aussi d'évaluer et, si possible, d'influencer les facteurs déclenchants. Quel type de chaussures porte la patiente, dans quelle position de travail passe-t-elle la majeure partie de la journée? Chez les personnes âgées, par exemple en soins de longue durée, il vaut la peine de contrôler leur manière de se déplacer et le principal endroit où ils sont assis. Il n'est alors pas rare de constater la présence d'un déambulateur mal réglé comme cofacteur de douleur. Il arrive aussi qu'une patiente de petite taille adopte une mauvaise position assise et se contracte, car, dans son fauteuil, ses pieds peinent à toucher le sol et elle doit donc s'asseoir sur le bord avant du siège. Un tabouret pour les pieds permet alors de résoudre le problème avec une étonnante rapidité. Pour finir, l'analyse inclut également l'exploration de la situation de vie, le regard sur le «total pain».

### Définition des objectifs

Après l'évaluation et l'analyse de la douleur, il convient de formuler avec le patient une définition réaliste des objectifs. En cas de douleur chronique, l'objectif premier ne peut guère correspondre à la disparition de la douleur et une capacité illimitée de performance, mais il faut viser de petits objectifs partiels, dont la réalisation confère courage et assurance. Pour cela, il s'agit surtout d'augmenter progressivement les activités quotidiennes, afin de gagner confiance en soi et de sortir de la dépendance passive pour endosser un rôle actif face à la douleur. Particulièrement

rement chez les personnes âgées, la clé du succès repose souvent dans la réduction d'attentes irréalistes. En cas d'altérations dégénératives sévères de l'appareil locomoteur, un objectif partiel réaliste envisageable consiste à être exempt de douleur la nuit au lit et à surmonter le quotidien de manière peu douloureuse à l'aide d'un déambulateur. Parfois, les attentes envers la médecine moderne sont trop élevées et nous devons faire comprendre au retraité robuste qu'il n'existe aucun droit de l'Homme nous accordant de pouvoir encore jouer au tennis sans douleur à 80 ans.

### Traitement de la douleur

Même si l'industrie pharmaceutique nous promet la solution idéale avec chaque nouvel analgésique arrivant sur le marché, il faut se rendre à l'évidence qu'il n'existe pas de médicament antidouleur idéal et il n'en existera jamais. Toutefois, il est important que chaque médecin connaisse bien quelques analgésiques des différentes classes, notamment en termes de champs d'application, d'effets indésirables, d'interactions et de risques. Cet article n'a pas pour objet de s'attarder sur chaque substance, puisque le Forum Médical Suisse a récemment publié deux excellents articles de revue rédigés par H. Gerber et *al.* concernant les principales substances non opioïdes et opioïdes [2,3]. Il n'y a guère à ajouter à ces articles. Les médicaments adjuvants, tels que les antidépresseurs et anticonvulsivants, sont avant tout utilisés en cas de douleurs neuropathiques. S'ils ne montrent aucun effet, il convient de mettre fin au traitement, afin d'éviter d'inutiles interactions et effets indésirables. Dans les lignes qui suivent, nous nous penchons encore sur d'autres aspects concernant deux groupes particuliers de patients.

### Patients gériatriques

Chez les personnes âgées, il convient d'être particulièrement attentif aux modifications des conditions métaboliques. La baisse de la fonction rénale peut entraîner une accumulation de substances et de métabolites actifs. Cela vaut tout particulièrement pour la morphine, qui, en cas de taux de filtration glomérulaire inférieur à 50ml/min, doit être remplacée par l'hydromorphone ou l'oxycodone. Les systèmes transdermiques à base de fentanyl ou de buprénorphine sont également envisageables. Pour ces dispositifs transdermiques, il convient toutefois de garder à l'esprit qu'avec l'âge, l'atrophie typique de l'épiderme et de l'hypoderme peut altérer la résorption. La baisse de la fonction circulatoire augmente le risque de décompensation cardiaque en cas de prise d'anti-inflammatoires non stéroïdiens. Etant donné que cette classe médicamenteuse peut également altérer la fonction rénale, elle doit être utilisée tout au plus à court terme et de manière ciblée.

L'observance constitue un problème souvent trop peu considéré chez les personnes âgées. Elle commence par la maîtrise de l'utilisation d'un médicament. Déboucher un flacon compte-gouttes muni d'une sécurité enfant est souvent déjà un premier obstacle infranchissable, le suivant étant de tenir le flacon dans une position permettant de compter les gouttes. Si le flacon est maintenu en position inclinée et non verticale, aucune goutte n'en sort, sur quoi le patient secoue le flacon, rendant ainsi le dosage correct impossible. Les gros comprimés, tels que le paracétamol, ne peuvent guère être avalés, ce qui incite le patient à faire l'impasse sur le médicament. Un remplacement par des comprimés effervescents est souvent interrompu au bout de quelques jours, car le patient ne supporte plus le goût. C'est pourquoi, pour ga-

rantir une prise correcte d'antalgiques chez les personnes âgées, il est impératif de vérifier, au moment de la remise du médicament, que la forme galénique et l'utilisation soient adaptées. Aucune personne âgée ne doit être autorisée à quitter l'hôpital sans avoir préparé une fois ses médicaments elle-même, sous la supervision du personnel soignant.

### Fin de vie

Chez les malades en phase terminale, le traitement analgésique doit souvent être adapté en permanence aux modifications de situation. Avaler peut devenir difficile, voire impossible, et la situation instable requiert une médication pouvant réagir rapidement à l'évolution des besoins. Le passage à une administration parentérale est avantageux durant cette phase. Le plus simple est de poser en sous-cutané un cathéter de type Butterfly ou Venflon pour enfants. Les médicaments sont mieux absorbés lorsque l'accès est le plus central possible. La position sous-claviculaire a fait ses preuves, à environ deux largeurs de doigt sous la clavicule. Le Butterfly est fixé par un film plastique et peut rester en place plusieurs jours. La dose orale quotidienne de l'opiacé est diminuée de moitié (meilleure biodisponibilité par voie sous-cutanée) et répartie en six doses individuelles. Les proches peuvent également apprendre à effectuer l'administration par cette voie. En outre, ils doivent être informés des doses supplémentaires de réserve dans le même dosage, qui peuvent être administrées toutes les heures en cas de besoin. Cette voie d'administration permet à de nombreuses personnes de passer leur fin de vie à domicile en bénéficiant d'un bon contrôle symptomatique.

### Conclusion

Les douleurs concernent toujours la personne toute entière et peuvent représenter une menace existentielle. Elles nécessitent une approche bio-psycho-socio-spirituelle, les analgésiques n'étant qu'un aspect partiel du traitement de la douleur. Le médecin de famille doit connaître les principaux médicaments antidouleur ainsi que leurs restrictions, veiller aux limitations de l'observance et entretenir une bonne relation médecin-patient, qui véhicule compréhension et sécurité.

### Conflits d'intérêts

L'auteur n'a déclaré aucun conflit d'intérêt.

### Références

- 1 Saunders Cicely. A personal therapeutic journey. *British Medical Journal*. 1996;313:1599-1601.
- 2 Gerber H, Willimann P, Konrad Ch. Traitement des douleurs chroniques: update 1<sup>re</sup> partie: introduction, classification des douleurs et traitement par analgésiques non-opioïdes. *Forum Med Suisse*. 2013;13(8):148-153.
- 3 Gerber H, Willimann P, Konrad Ch. Traitement des douleurs chroniques: update 2<sup>e</sup> partie: analgésiques opioïdes, médicaments adjuvants et substances à propriétés modulatrices de la douleur. *Forum Med Suisse*. 2013;13(9):173-178.
- 4 Neuner-Jehle S. Dix conseils pour traiter la douleur avec succès au cabinet médical. *PrimaryCare*. 2014;14(15):243-244.  
Voir aussi les courriers de lecteur à ce sujet à la page 303 dans ce numéro.

### Correspondance:

Dr Roland Kunz  
Chefarzt Geriatrie und Palliative Care  
Spital Affoltern  
8910 Affoltern a. Albis  
roland.kunz[at]spitalaffoltern.ch