



**ÉVALUATION ET SUIVI DE LA DOULEUR
CHRONIQUE CHEZ L'ADULTE EN MÉDECINE
AMBULATOIRE**

AVANT-PROPOS

La médecine est marquée par l'accroissement constant des données publiées et le développement rapide de nouvelles techniques qui modifient constamment les stratégies de prise en charge préventive, diagnostique et thérapeutique des malades. Dès lors, il est très difficile pour le clinicien d'assimiler toutes les informations découlant de la littérature scientifique, d'en faire la synthèse et de l'incorporer dans sa pratique quotidienne.

L'Agence Nationale d'Accréditation et d'Évaluation en Santé (ANAES), qui a succédé à l'Agence Nationale pour le Développement de l'Évaluation Médicale (ANDEM), a notamment pour mission de promouvoir la démarche d'évaluation dans le domaine des techniques et des stratégies de prise en charge des malades, en particulier en élaborant des recommandations professionnelles. À ce titre, elle contribue à mieux faire comprendre les mécanismes qui relient évaluation, amélioration de la qualité des soins et régularisation du système de santé.

Les Recommandations Professionnelles sont définies comme « des propositions développées méthodiquement pour aider le praticien et le patient à rechercher les soins les plus appropriés dans des circonstances cliniques données ». Leur objectif principal est de fournir aux praticiens une synthèse du niveau de preuve scientifique des données actuelles de la science et de l'opinion d'experts sur un thème de pratique clinique, et d'être ainsi une aide à la décision en définissant ce qui est approprié, ce qui ne l'est pas ou ne l'est plus, et ce qui reste incertain ou controversé.

Les recommandations professionnelles contenues dans ce document ont été élaborées par un groupe multidisciplinaire de professionnels de santé, selon une méthodologie explicite, publiée par l'ANAES dans son document intitulé : « Les Recommandations pour la Pratique Clinique – Base méthodologique pour leur réalisation en France – 1997 ».

Le développement des recommandations professionnelles et leur mise en application doivent contribuer à une amélioration de la qualité des soins et à une meilleure utilisation des ressources. Loin d'avoir une démarche normative, l'ANAES souhaite, par cette démarche, répondre aux préoccupations de tout acteur de santé soucieux de fonder ses décisions cliniques sur les bases les plus rigoureuses et objectives possible.

Professeur Yves MATILLON
Directeur général de l'ANAES

Ces recommandations ont été réalisées à la demande du Secrétariat d'État à la Santé.

La méthode utilisée a été celle décrite dans le guide d'élaboration des « Recommandations pour la Pratique Clinique – Base méthodologique pour leur réalisation en France – 1997 » publié par l'ANDEM.

L'ensemble du travail a été coordonné par Madame le Docteur Marie-José MOQUET sous la responsabilité de Monsieur le Professeur Alain DUROCHER.

La recherche documentaire a été effectuée par Madame Emmanuelle BLONDET, documentaliste, avec l'aide de Madame Nathalie HASLIN sous la direction de Madame Hélène CORDIER, Responsable du Service Documentation de l'ANAES.

Le secrétariat a été réalisé par Mademoiselle Vanessa ALIOUANE.

L'Agence Nationale d'Accréditation et d'Évaluation en Santé tient à remercier les membres du groupe de travail, les membres du groupe de lecture et les membres du Conseil Scientifique dont les noms suivent.

GROUPE DE TRAVAIL

Monsieur le Docteur François BOUREAU, neurophysiologiste, président du groupe, PARIS
Monsieur le Docteur Bruno RICHARD, thérapeute, chargé de projet, NIMES
Monsieur le Docteur Alain AUBRÈGE, généraliste, NANCY
Monsieur le Docteur Emmanuel BISOT, généraliste, COULLONS
Madame le Docteur Frédérique BRUDON, neurologue, VILLEURBANNE
Madame Nathalie CONSTANS, infirmière, MONTFERRIER
Monsieur le Docteur Maxime COURTEVILLE, médecine légale/dommages corporels, LILLE
Monsieur le Docteur Mathieu DOUSSE, psychiatre, PARIS
Monsieur le Professeur Jacques FERMANIAN, biostatisticien, PARIS
Monsieur Richard GALLAND, kinésithérapeute, MARTIGUES
Monsieur le Docteur Stéphane HARY, rhumatologue, MONTLUÇON
Monsieur le Docteur François LARUE, anesthésiste, PARIS
Madame le Docteur Sylvie LE GALL, médecin du travail, PARIS
Monsieur le Docteur Jean-Gabriel PREVINAIRE, médecine physique et de réadaptation, RAIMBEAUCOURT
Madame le Docteur Ursula PROUST, généraliste, NANTES
Madame le Docteur Marie-José MOQUET, représentante ANAES, PARIS

GROUPE DE LECTURE

Monsieur le Docteur Gérard AMARENCO, médecine physique et de réadaptation, AULNAY-SOUS-BOIS
Madame le Docteur Sylvie AULANIER, généraliste, LE HAVRE
Monsieur le Professeur Louis AUQUIER, rhumatologue, PARIS
Madame Marie-Josée BALER, infirmière, VITRY-SUR-SEINE
Monsieur le Docteur Paul-André BEFORT, généraliste, STRASBOURG
Monsieur Francis BERTHELIN, kinésithérapeute, MARSEILLE
Monsieur le Docteur Jacques BIRGE, généraliste, BOULAY
Monsieur le Professeur Serge BLOND, neurochirurgien, LILLE
Monsieur le Docteur Patrick BREZAC, généraliste, BOIS-DE-CENE
Monsieur le Docteur Jean-Marie BROUTIN, médecine physique et de réadaptation, LILLE

Monsieur le Docteur Pierre BRULE, médecin du travail, QUIMPERLÉ
Monsieur le Docteur Jean BRUXELLE, anesthésiste rhumatologue, PARIS
Monsieur le Docteur Jean-Gabriel BUISSON, généraliste, AIXE-SUR-VIENNE
Monsieur le Docteur Paul-Marie CALMELS, médecine physique et de réadaptation, SAINT-ÉTIENNE
Monsieur le Docteur Laurent CAPOROSI, généraliste, LUCCIANA
Monsieur Jean-François CASSAING, kinésithérapeute, AUCH
Monsieur le Professeur Pierre CESARO, neurologue, CRÉTEIL
Monsieur le Docteur Philippe CLAISSE, médecin d'expertise, VALENCIENNES
Monsieur le Docteur Gérard-Philippe DESBONNETS, généraliste, FLEURBAIX
Madame le Docteur Sylvie DUDEK, psychiatre, BOURGES
Monsieur le Docteur Jean-Luc DUMEZ, psychothérapeute, AGEN
Monsieur le Docteur Bernard DUPLAN, rhumatologue, AIX-LES-BAINS
Monsieur le Docteur Jean-Claude FAILLE, anesthésiste/algologue, BÉTHUNE
Monsieur le Docteur Thierry FAILLOT, neurochirurgien, PARIS
Monsieur le Docteur Philippe FICHEUX, pédopsychiatre, ANGOULÊME
Monsieur le Docteur François FRETE, généraliste, CHAULNES
Monsieur le Docteur Jean-Pierre GAUME, généraliste, AVANNE-AVENEY
Monsieur le Docteur Bernard GAVID, généraliste, NEUVILLE-DE-POITOU
Monsieur le Docteur Christian GAY, psychiatre, PARIS
Monsieur le Docteur Patrick GINIES, anesthésiste/algologue, MONTPELLIER
Monsieur le Docteur Jean-Marie GOMAS, généraliste, PARIS
Monsieur le Docteur Patrick HERRMANN, généraliste, EBERSHEIM
Madame le Docteur Francine HIRSZOWSKI, généraliste, PARIS
Monsieur le Docteur Philippe HOFLIGER, généraliste, NICE
Monsieur le Docteur Dominique HUAS, généraliste, NANTERRE
Monsieur le Docteur Pierre KLOTZ, généraliste, ALTKIRCH
Monsieur le Docteur Jean-Marie LE BORGNE, anesthésiste/réanimateur, LAON
Madame le Docteur Corinne LE DALL, médecine physique et de réadaptation, HYÈRES
Madame le Docteur Isabelle LEPRINCE, médecin du travail, PARIS
Monsieur le Professeur Philippe LETELLIER, interniste, CAEN
Monsieur le Docteur Jean-Pierre MAIRESSE, généraliste, LE HAVRE
Monsieur le Docteur Christian MARTINET, généraliste, SAINT-JULIEN-DE-L'ESCAP
Monsieur le Docteur Yann MASSE, médecin d'expertise, AULNAY-SOUS-BOIS
Monsieur le Docteur Pierre MECHALY, généraliste, CHILLY-MAZARIN
Monsieur le Docteur Alain MILLET, généraliste, TARCENAY

Madame Sylvaine MONIN, cadre infirmier, PARIS
Monsieur le Docteur Rémy MORELLO, biostatisticien, CAEN
Madame Évelyne MORNIER, infirmière générale, ARLES
Monsieur le Professeur Jean-Louis MOULIN, généraliste, SAINT-JUNIEN
Monsieur le Docteur Jean-Jacques ORMIÈRES, généraliste, SAINT-ORENS DE GAMEVILLE
Madame le Docteur Stéphanie ORSINI, généraliste, CALENZANA
Madame le Docteur Anna OZGULER, santé publique, SAINT-MAURICE
Monsieur le Docteur Jacques PERDRIAUX, généraliste, SAINT-PIERRE-DES-CORPS
Madame le Docteur Mireille PERINEAU, gérontologue, AVIGNON
Monsieur le Docteur Serge PERROT, rhumatologue, PARIS
Monsieur le Docteur Patrick POCHE, généraliste, CLERMONT-FERRAND
Monsieur le Docteur Jean-Marie POUCHAT, rhumatologue, HARFLEUR
Monsieur le Professeur Patrice QUENEAU, rhumatologue, SAINT-ÉTIENNE
Monsieur le Professeur Emmanuel ROUBERTIE, généraliste, VENDÔME
Monsieur le Docteur Éric SERRA, psychiatre, ABBEVILLE
Monsieur François SERRE, kinésithérapeute, PARIS
Monsieur le Docteur Alain SERRIE, anesthésiste-réanimateur, PARIS
Monsieur le Docteur Claude SICHEL, généraliste, CARNOUX-EN-PROVENCE
Monsieur Philippe STÉVENIN, conseil scientifique ANAES, PARIS
Monsieur le Docteur Jean-Luc TRITSCHLER, neurologue, STRASBOURG
Monsieur le Docteur Érik VASSORT, anesthésiste, GRENOBLE
Monsieur le Professeur Jean-Claude WILLER, neurophysiologue, PARIS
Monsieur le Docteur Jean-Michel WIROTIUS, médecine physique et de réadaptation, BRIVE

SOMMAIRE

AVANT-PROPOS	2
MÉTHODE GÉNÉRALE	10
STRATÉGIE DE LA RECHERCHE DOCUMENTAIRE	12
TEXTE DES RECOMMANDATIONS	15
DOCUMENT POUR L'ÉVALUATION DE LA DOULEUR CHRONIQUE : FEUILLET DESTINÉ AU PRATICIEN	20
DOCUMENT POUR L'ÉVALUATION DE LA DOULEUR CHRONIQUE : FEUILLET DESTINÉ AU PATIENT .	23
ARGUMENTAIRE	32
I. INTRODUCTION	32
<i>I.1. Objectifs du travail</i>	<i>32</i>
<i>I.2. Domaines spécifiques exclus</i>	<i>33</i>
<i>I.3. Critères de choix des outils</i>	<i>33</i>
<i>I.4. Sélection des articles</i>	<i>33</i>
II. DÉFINITIONS	34
III. ÉVALUATION INITIALE	37
<i>III.1. Grille d'entretien semi-structuré</i>	<i>37</i>
<i>III.2. Bilan étiologique</i>	<i>37</i>
<i>III.3. Intensité de la douleur</i>	<i>40</i>
<i>III.4. Autres dimensions de la douleur</i>	<i>43</i>
IV. SUIVI	55
<i>IV.1. Entretien semi-structuré</i>	<i>55</i>
<i>IV.2. Observance, automédication, consommation médicale</i>	<i>55</i>
<i>IV.3. Intensité de la douleur</i>	<i>55</i>
<i>IV.4. Évaluation du soulagement</i>	<i>56</i>
<i>IV.5. Agenda</i>	<i>56</i>
<i>IV.6. Retentissement psychologique sur le sujet</i>	<i>56</i>
<i>IV.7. Note</i>	<i>56</i>

V. PROPOSITIONS D' ACTIONS FUTURES	57
ANNEXE 1. GÉNÉRALITÉS SUR LA DOULEUR	58
LE MODÈLE MULTIDIMENSIONNEL DE LA DOULEUR	58
MÉCANISMES DE LA DOULEUR	59
1. <i>Origine organique</i>	60
2. <i>Origine psychogène</i>	61
3. <i>Origine idiopathique</i>	61
DOULEUR : PERCEPTION ET COMPORTEMENT	62
1. <i>Composante sensori-discriminative</i>	62
2. <i>Composante affectivo-émotionnelle</i>	63
3. <i>Composante cognitive</i>	63
4. <i>Composante comportementale</i>	63
L'IMPORTANCE DU FACTEUR TEMPS.....	64
PATHOLOGIE SÉQUELLAIRE OU ÉVOLUTIVE.....	65
ANNEXE 2. GLOSSAIRE	66
ANNEXE 3. EXTRAITS DE LA CIM 10.....	69
ANNEXE 4. ÉCHELLES DE MESURE D'INTENSITÉ DOULOUREUSE ET DE SOULAGEMENT.....	76
ÉCHELLE VISUELLE ANALOGIQUE (EVA)	76
1. <i>Forme papier</i>	76
2. <i>Forme « mécanique »</i>	76
3. <i>Mesure de l'intensité du soulagement - forme papier</i>	77
ÉCHELLE NUMÉRIQUE (EN).....	77
1. <i>Mesure de l'intensité de la douleur - forme papier</i>	77
2. <i>Mesure de l'intensité du soulagement - forme papier</i>	78
ÉCHELLES VERBALES SIMPLES (EVS).....	78
ANNEXE 5. INSTRUMENTS À VISÉE TOPOGRAPHIQUE	79
SCHÉMA DES ZONES DOULOUREUSES	79
RÉPARTITION DES DERMATOMES	80
ANNEXE 6. DESCRIPTION VERBALE DE LA DOULEUR	81
QUESTIONNAIRE DOULEUR DE SAINT-ANTOINE (QDSA), FORME ABRÉGÉE	81
ANNEXE 7. QUESTIONNAIRES MULTIDIMENSIONNELS.....	82

QUESTIONNAIRE CONCIS SUR LES DOULEURS (QCD), VERSION COURTE	82
<i>MULTIDIMENSIONAL PAIN INVENTORY (MPI)</i>	86
ANNEXE 8. QUESTIONNAIRES EXPLORANT LA DIMENSION PSYCHOLOGIQUE	99
QUESTIONNAIRE ABRÉGÉ DE BECK (BDI)	99
<i>HOSPITAL ANXIETY AND DEPRESSION SCALE (HAD)</i>	102
BIBLIOGRAPHIE SÉLECTIVE	106
BIBLIOGRAPHIE COMPLÉMENTAIRE	112

MÉTHODE GÉNÉRALE

Ces recommandations et références médicales ont été élaborées par un groupe de travail, au terme d'une analyse de la littérature scientifique et de l'avis des professionnels. Le texte a été soumis à un groupe de lecture avant d'être finalisé. Les sociétés scientifiques ont été consultées pour connaître les travaux réalisés antérieurement sur le sujet et pour proposer des personnes susceptibles de participer aux groupes.

Pour chaque thème, l'ANAES a constitué un groupe de travail regroupant dix à quinze personnes de diverses compétences. La parité du mode d'exercice (spécialistes et non-spécialistes en CHU ou CHG, spécialistes ou généralistes libéraux) et la répartition géographique ont été prises en compte. Ces groupes de travail comprenaient un président (qui a dirigé le groupe et collecté les avis de l'ensemble des membres) et un chargé de projet (qui a collaboré directement avec le président, et a rédigé le document final afin de le proposer et de le discuter avec le groupe de travail). Un représentant de l'ANAES a assisté chaque groupe, s'est assuré de la cohérence de la méthode de travail et a exercé une fonction de conseil auprès du chargé de projet.

Une recherche bibliographique a été réalisée par interrogation systématique des banques de données : MEDLINE, EMBASE, HealthSTAR, COCHRANE et PASCAL. Elle a identifié d'une part les recommandations pour la pratique clinique et les conférences de consensus (sur dix ans en toutes langues) et d'autre part les revues de synthèse : méta-analyses, analyses de décision (sur cinq ans en langue française ou anglaise). Elle a été généralement complétée par une recherche d'essais cliniques en langue française ou anglaise, sur un ou plusieurs aspects du thème demandé. Si nécessaire, d'autres banques de données ont pu être interrogées. La littérature grise (c'est-à-dire les productions non indexées dans les catalogues officiels d'édition ou dans les circuits conventionnels de diffusion de l'information) a été systématiquement recherchée (par contacts directs auprès de sociétés savantes, par Internet ou tout autre moyen).

Cette bibliographie obtenue par voie automatisée a été complétée par une recherche manuelle. D'une part, les membres du groupe de travail ou du groupe de lecture ont pu transmettre leurs articles. D'autre part, les sommaires de revues générales et de revues du thème concerné ont été dépouillés pendant la période de novembre 1997 à avril 1998. De plus, les listes de références citées dans les articles déjà identifiés ont été consultées. Par ailleurs, les décrets, arrêtés et circulaires du ministère de la Santé pouvant avoir un rapport avec le sujet ont été consultés.

Des grilles de lecture destinées à apprécier la qualité méthodologique et le niveau de preuve scientifique de ces documents ont été utilisées. Les documents ont été classés selon les grilles en différentes catégories. Sur la base de cette analyse de la littérature, le groupe de travail a proposé, chaque fois que possible, des recommandations. Ces recommandations ont été fondées soit sur un niveau de preuve scientifique, soit, en l'absence de preuve, sur un accord professionnel. Des propositions d'actions futures ont été formulées.

Le groupe de lecture, composé de personnalités compétentes exerçant dans différents secteurs d'activités, comprenait vingt-cinq à quarante personnes externes au groupe de travail. Les experts de ce groupe de lecture, consultés par courrier, ont donné un avis. Ces experts ont apprécié la lisibilité, la faisabilité et l'applicabilité du texte de recommandations et références. Les remarques du groupe de lecture ont été transmises au groupe de travail. Ce groupe de travail a pu modifier son texte et a validé le document final. Le texte produit par le groupe de travail a été présenté avec une bibliographie dite « sélective » constituée des articles cités dans le texte pour argumenter les énoncés. Tous les autres articles consultés ont été regroupés dans une bibliographie dite « complémentaire ».

L'ensemble des textes de recommandations et références a ensuite été soumis à l'avis du conseil scientifique de l'ANAES.

STRATÉGIE DE LA RECHERCHE DOCUMENTAIRE

Recherche automatisée

La recherche documentaire a été réalisée sur la période 1987 à fin avril 1998.

Elle a porté sur la recherche de recommandations pour la pratique clinique, de conférences de consensus, d'articles de décision médicale et de revues de la littérature et méta-analyses, faite à partir des mots clés suivants :

Chronic pain ou
Chronic pain (dans le titre ou le résumé) ou
Pain et Chronic disease.

Des recherches complémentaires portant sur la période 1992-1998 ont été effectuées sur :

↳ Les instruments de mesure de la douleur

Les mots clés initiaux ont été associés à :

Rating scale ou
Questionnaire

ou

Pain assessment ou
Pain measurement ou
Pain threshold ou
Disability evaluation.

↳ La prise en charge de la douleur chronique en médecine ambulatoire

Les mots clés initiaux ont été associés à :

Family practice ou
Physician-patient relation ou
Doctor patient relation ou
Physicians, family ou
Physician's practice pattern ou
Physician's role ou
General practice ou

Family practice.

↳ L'entretien avec le patient douloureux chronique

Les mots clés initiaux ainsi que les mots clés :

Back pain ou

Low back pain ou

Backache ou

(Headhache and facial pain) ou

Migraine ou

Neuralgia

ont été associés à :

Interview* (en texte libre) ou

Interview psychological.

Cette stratégie a été complétée par une recherche de la littérature française sur la banque de données PASCAL.

338 références ont été obtenues sur MEDLINE, 225 sur EMBASE, 14 sur HealthSTAR et 163 sur PASCAL.

Recherche manuelle

Le sommaire des revues suivantes a été dépouillé de novembre 1997 à avril 1998.

↳ **Revue générales :**

Annals of Internal Medicine

Archives of Internal Medicine

British Medical Journal

Canadian Medical Association Journal

Concours Médical

JAMA

Lancet

New England Journal of Medicine

Presse Médicale

Revue de Médecine Interne

Revue du Praticien MG

Revue Prescrire.

↳ **Pour cette même période, les Current Contents ont été consultés pour les revues spécialisées suivantes :**

Pain,
Clinical Journal of Pain,
Journal of Pain and symptom Management,
European Journal of Pain,
Spine.

Des ouvrages de références ont été consultés :

- Turk DC, Melzack R. Handbook of pain assessment. New York: Guilford Press; 1992.
- Merskey H, Bogduk N. Classification of chronic pain. Seattle (VA): IASP Press; 1994.
- Bowling A. Measuring health. A review of quality of life measurement scales. 2nd ed. - Buckingham: Open University Press; 1997.
- Bromm B. Pain measurement in man. Neurophysiological correlates of pain. Amsterdam: Elsevier; 1984.
- Karoly P, Jensen MP. Multimethod assessment of chronic pain. Oxford: Pergamon Press; 1987.

221 articles ont été sélectionnés et analysés dont 67 références utilisées pour l'élaboration des recommandations.

TEXTE DES RECOMMANDATIONS

Une douleur chronique se définit comme « une expérience sensorielle et émotionnelle désagréable, liée à une lésion tissulaire existante ou potentielle, ou décrite en termes évoquant une telle lésion, évoluant depuis plus de 3 à 6 mois et/ou susceptible d'affecter de façon péjorative le comportement ou le bien-être du patient, attribuable à toute cause non maligne ». Le terme de « douleur chronique », sans autre qualificatif, s'applique à des douleurs non cancéreuses. En cas de pathologie maligne, il est préférable de préciser qu'il s'agit de « douleur d'origine cancéreuse ».

Dans l'élaboration de ces recommandations, le groupe a retenu les outils considérés comme « validés », c'est-à-dire lorsque des travaux ont établi qu'ils répondaient aux trois qualités métrologiques de validité, fidélité, sensibilité au changement. Mais, l'évaluation de la douleur ne se limite pas à l'utilisation d'échelles : d'autres recommandations qui apparaissent essentielles à la pratique clinique ont été formulées. Elles reposent sur un accord professionnel.

Chaque professionnel de santé doit s'approprier les outils proposés, en comprendre les avantages et les limites, les adapter à sa pratique quotidienne. Ils ne sont qu'un outil dans une évaluation plus exhaustive, habituellement consommatrice de temps et qui nécessite un climat relationnel de qualité et la disponibilité du praticien.

ÉVALUATION ET SUIVI

- 1. L'évaluation initiale du malade douloureux chronique demande du temps. Elle peut se répartir sur plusieurs consultations.**
- 2. L'évaluation du malade douloureux chronique implique un bilan étiologique avec un entretien, un examen clinique et si besoin des examens complémentaires.**
- 3. Les éléments cliniques essentiels sur lesquels se fonde l'entretien avec le malade douloureux chronique sont indiqués dans la grille d'entretien semi-structuré (*tableau ci-après*).**

Tableau : Grille d'entretien semi-structuré avec le patient douloureux chronique établie par le groupe.

Ancienneté de la douleur

Mode de début

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

Profil évolutif du syndrome douloureux

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

Traitements effectués et actuels

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

Antécédents et pathologies associées

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

Description de la douleur actuelle

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

Contextes familial, psychosocial, médico-légal et incidences

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

Facteurs cognitifs

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

Facteurs comportementaux

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

Analyse de la demande

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

- 4. Parmi les outils de base de l'évaluation du malade douloureux chronique on retient :**
- un schéma donnant la topographie des zones douloureuses ;
 - une mesure de l'intensité de la douleur par une échelle visuelle analogique (EVA) ou une échelle numérique (EN) ou une échelle verbale simple (EVS) ;
 - une liste d'adjectifs sensoriels et affectifs descriptifs de la douleur ;
 - une évaluation de l'anxiété et de la dépression (*Hospital Anxiety and Depression scale : HAD*) ;
 - une évaluation du retentissement de la douleur sur le comportement.
- En complément de ces outils de base, il en existe d'autres qui n'ont pas été retenus dans l'évaluation de base et qui peuvent permettre de compléter l'évaluation pour préciser l'adaptation psychologique du malade.
- 5. Comme tout instrument d'autoévaluation les échelles et les questionnaires proposés doivent être remplis par le malade, sans influence du médecin ou de l'entourage. Ils doivent au préalable avoir été expliqués par le médecin. Leur utilisation se situe donc après un entretien clinique. Ils sont complémentaires de la consultation avec le patient et ne doivent pas s'y substituer.**
- 6. Le schéma des zones douloureuses est utile pour faire figurer la topographie de la douleur dans le dossier du malade.**
- 7. Intensité de la douleur :**
- l'échelle visuelle analogique, l'échelle numérique et l'échelle verbale simple ont été validées pour mesurer l'intensité de la douleur. Elles n'apprécient donc pas les autres dimensions de la douleur ; elles ne permettent pas de préciser le diagnostic des mécanismes sous-jacents ;
 - l'utilisation en pratique clinique quotidienne des mesures de l'intensité de la douleur (échelle visuelle analogique, échelle numérique et échelle verbale simple) est utile pour mieux détecter les malades ayant besoin d'un traitement symptomatique ;
 - il n'existe pas de lien direct entre la valeur obtenue sur une échelle et le type de traitement antalgique nécessaire ;
 - les scores calculés à partir des échelles d'intensité ont une valeur descriptive pour un individu donné et permettent un suivi. Les scores ne permettent pas de faire des comparaisons interindividuelles.

8. **Les versions longues des questionnaires d'adjectifs ont été validées. Leur longueur les rend difficilement applicables en médecine ambulatoire. Les scores donnent une indication de l'importance de la douleur. Le vocabulaire de la douleur possède également une valeur d'orientation diagnostique pour faciliter la reconnaissance de certaines douleurs (par exemple les douleurs neurogènes), et apprécier le retentissement affectif de la douleur. Les versions courtes ne sont pas actuellement validées. L'expérience des utilisateurs indique qu'elles peuvent apporter des informations utiles, notamment le questionnaire de la douleur de Saint-Antoine (QDSA) abrégé.**
9. **L'évaluation de la composante anxieuse ou dépressive de la symptomatologie douloureuse chronique est fondamentale en pratique quotidienne. La version française de l'échelle HAD (*Hospital Anxiety and Depression scale*) est validée. Les scores au-delà des valeurs seuils permettent de parler de symptomatologie anxieuse et / ou dépressive.**
10. **L'évaluation du retentissement de la douleur sur le comportement quotidien est importante en pratique quotidienne. Il n'existe pas d'instrument validé, en français, suffisamment court permettant d'apprécier ce retentissement. Le groupe propose d'utiliser une partie du questionnaire concis sur les douleurs (QCD) (sous-échelle 23) pour évaluer ce retentissement. Chaque item doit alors être coté et considéré comme une information séparée. En l'absence de validation, il n'est pas légitime d'additionner les scores pour effectuer un score global.**
11. **À l'issue de cette évaluation comportant notamment un entretien (grille d'entretien semi-structuré) et des échelles d'évaluation, on aura pu documenter l'importance du syndrome douloureux. Ces informations, couplées à la notion de durée d'évolution, devraient aider à la décision de demande d'avis spécialisés, d'orientation vers un réseau multidisciplinaire plus ou moins structuré, ou l'envoi vers une structure spécialisée dans la prise en charge de la douleur.**
12. **Les malades douloureux chroniques doivent être réévalués périodiquement. Il n'a pas été identifié d'étude permettant de déterminer la fréquence des réévaluations ; elle est laissée au jugement du clinicien et est fonction des objectifs fixés avec le patient. L'ensemble des instruments proposés lors de l'évaluation initiale peut être proposé**

pour le suivi. Les évaluations, l'initiale et les successives (conservées dans le dossier), servent de points de comparaison.

- 13. Les échelles d'évaluation du soulagement de la douleur (échelle visuelle analogique, échelle verbale simple ou échelle numérique) sont utiles pour le suivi.**

DOCUMENT POUR L'ÉVALUATION DE LA DOULEUR CHRONIQUE : FEUILLET DESTINÉ AU PRATICIEN

REMARQUES IMPORTANTES POUR LE PRATICIEN

Le document pour l'évaluation de la douleur chronique peut être remis au patient lors d'une consultation, après lui avoir fourni les explications adéquates. Il s'agit d'un bilan d'auto-évaluation qui permet de réaliser une partie de l'évaluation initiale. Les éléments recueillis font partis du dossier du patient, ils serviront de comparaison pour le suivi.

Il est nécessaire de respecter quelques règles pour l'utilisation des échelles. Lorsqu'il existe plusieurs échelles pour mesurer une même dimension (par exemple l'intensité), on doit utiliser la même échelle lors de l'évaluation initiale et du suivi. La présentation d'une échelle au patient doit être faite de manière relativement standardisée (toujours au même moment de la consultation par exemple), avec suffisamment d'explications également standardisées et après s'être assuré de la bonne compréhension du patient.

1^{RE} PARTIE : SCHÉMA DES ZONES DOULOUREUSES

- *Mode de passation* : se conformer aux explications données en regard du schéma.
- *Cotation* : sans.
- *Intérêt* : il est utile pour faire figurer la topographie de la douleur dans le dossier du malade. Et il est utile pour détecter des douleurs multiples ou diffuses, ou pour reconnaître des douleurs de topographie neurologique.

2^E PARTIE : ÉCHELLES MESURANT L'INTENSITÉ DE LA DOULEUR

- *Mode de passation* : le patient doit utiliser une seule des trois échelles en fonction de sa bonne compréhension. Il est souhaitable d'utiliser de préférence l'échelle visuelle analogique (EVA). Elle doit être bien expliquée au patient et il faut s'assurer de sa bonne compréhension avant de lui demander de l'utiliser. En cas de difficulté de compréhension de l'EVA on proposera successivement l'échelle numérique (EN), ou l'échelle verbale simple (EVS).
- *Cotation* : pour l'EVA, l'intensité de la douleur est mesurée en millimètres par la distance entre la position de la croix et l'extrémité « pas de douleur ». Le chiffre est arrondi au millimètre le plus proche. Pour les échelles EN et EVS, l'intensité correspond au score indiqué.
- *Intérêt* : les scores ont une valeur descriptive pour un individu donné et permettent un suivi. Les scores ne permettent pas de faire des comparaisons interindividuelles.

Pour la pratique on retiendra que les scores des échelles d'évaluation de l'intensité de la douleur :

- ne donnent pas d'information sur la nature de la plainte douloureuse ;
- ne peuvent pas servir à comparer les patients entre eux ;
- permettent uniquement des comparaisons intra-individuelles ;
- aident à identifier les malades nécessitant un traitement de la douleur sans qu'il existe un lien direct entre le score obtenu et le type de traitement antalgique nécessaire ;
- facilitent le suivi du patient.

3^E PARTIE : QUALIFICATIFS DE LA DOULEUR (QDSA ABRÉGÉ)

- *Mode de passation* : se conformer aux explications données au niveau de l'échelle.
- *Cotation* : le score des 15 mots descripteurs est à considérer comme une information séparée et on ne peut pas établir de score global.
- *Intérêt et limites* : les qualificatifs sensoriels ou affectifs précisent la description de la douleur perçue. Ils reflètent l'importance de la douleur ressentie. Ils ont une valeur d'orientation diagnostique pour faciliter la reconnaissance de certaines douleurs (par exemple, les douleurs neurogènes : brûlure, décharges électriques, picotement), et apprécier le retentissement affectif (la tolérance) de la douleur. Les scores les plus élevés correspondent à la présence d'un retentissement plus sévère. Chaque item doit être coté et considéré comme une information séparée (on n'a pas le droit d'additionner les scores pour effectuer un score global).

4^E PARTIE : ÉCHELLE DU RETENTISSEMENT ÉMOTIONNEL (HAD : HOSPITAL ANXIETY AND DEPRESSION SCALE)

- *Mode de passation* : il est recommandé de demander au patient de bien lire le préambule avant de remplir l'échelle.
- *Cotation* : chaque réponse est cotée de 0 à 3 sur une échelle évaluant de manière semi-quantitative l'intensité du symptôme au cours de la semaine écoulée. L'intervalle des notes possibles s'étend donc pour chaque échelle de 0 à 21, les scores les plus élevés correspondant à la présence d'une symptomatologie plus sévère. La présentation de l'échelle, avec dans la colonne de gauche les notes correspondant à chaque item, facilite grandement un calcul rapide des scores de chaque échelle. Les notes de la dépression se situent dans la première colonne en partant de la gauche et sont reconnaissables par la lettre « D ». Les notes de l'anxiété se situent dans la deuxième colonne en partant de la gauche et sont reconnaissables par la lettre « A ».

Les notes de la colonne « dépression » doivent être additionnées ensemble pour obtenir le score de la dépression. Le score de l'anxiété sera obtenu en additionnant les notes de la colonne « anxiété ».

Pour les deux scores (dépression et anxiété), des valeurs seuils ont été déterminées :

- un score inférieur ou égal à 7 = absence de perturbation ;
- un score entre 8 et 10 = cas douteux ;
- un score supérieur ou égal à 11 = cas certain.

- *Intérêt* : mesure de l'anxiété et de la dépression.

5^E PARTIE : ÉCHELLE MULTIDIMENSIONNELLE (SOUS-ÉCHELLE 23 DU QCD)

- *Mode de passation* : se conformer aux explications données en regard du schéma. Il s'agit de 6 items indiquant chacun un score grâce à une échelle numérique.
- *Cotation* : le score de chaque item est à considérer comme une information séparée et on ne peut pas établir de score global.
- *Intérêt et limites* : le retentissement d'une douleur sur le comportement quotidien est important à prendre en compte pour apprécier l'importance de la douleur. Chaque item doit être coté et considéré comme une information séparée (on n'a pas le droit d'additionner les scores pour effectuer un score global).

6^E PARTIE : MESURES DE L'INTENSITÉ DU SOULAGEMENT DE LA DOULEUR

- *Mode de passation* : le patient doit utiliser une seule des trois échelles en fonction de sa bonne compréhension. Il est souhaitable d'utiliser de préférence l'échelle visuelle analogique (EVA). Elle doit être bien expliquée au patient et il faut s'assurer de sa bonne compréhension avant de lui demander de l'utiliser. En cas de difficulté de compréhension de l'EVA on proposera successivement l'échelle numérique (EN), ou l'échelle verbale simple (EVS).
- *Cotation* : pour l'EVA, l'intensité du soulagement de la douleur est mesurée en millimètres par la distance entre la position de la croix et l'extrémité « pas de soulagement de la douleur ». Le chiffre est arrondi au millimètre le plus proche. Pour les échelles EN et EVS, l'intensité du soulagement correspond au score indiqué.
- *Intérêt* : les scores ont une valeur descriptive pour un individu donné et permettent un suivi. Les scores ne permettent pas de faire des comparaisons interindividuelles.

**DOCUMENT POUR L'ÉVALUATION DE LA DOULEUR CHRONIQUE :
FEUILLET DESTINÉ AU PATIENT**

Outils d'autoévaluation de la douleur chronique chez l'adulte

Afin de préciser l'intensité de la douleur que vous ressentez actuellement (depuis les 8 derniers jours), nous vous demandons de répondre aux questionnaires suivants. N'oubliez pas de répondre à toutes les questions.

Date : ... / ... / ...

Nom :

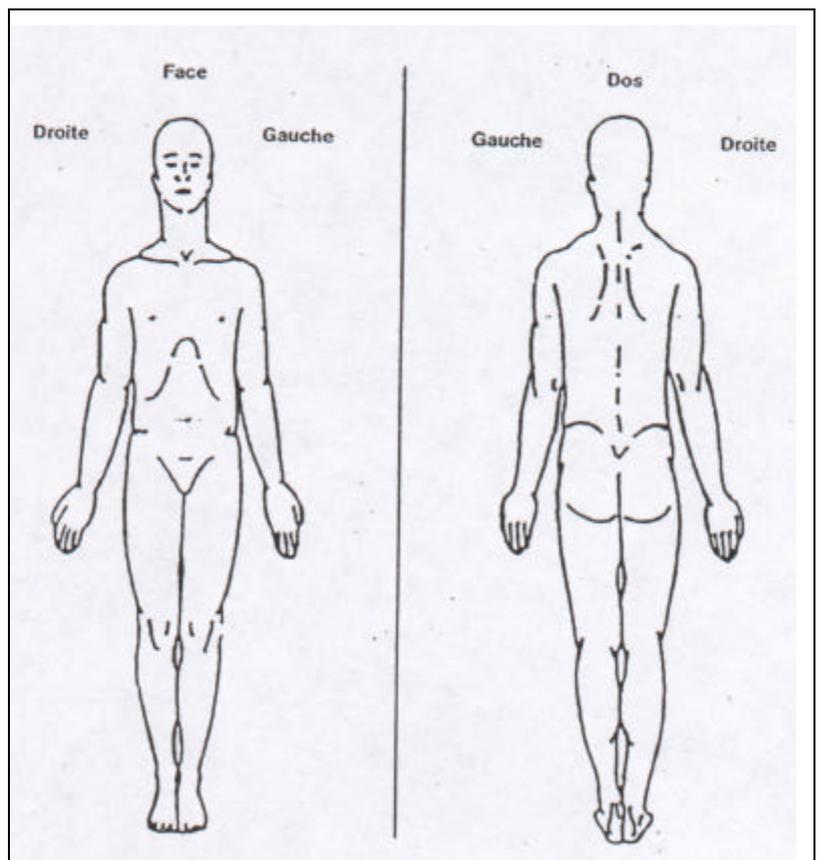
Prénom :

1^{RE} PARTIE : SCHÉMA DES ZONES DOULOUREUSES

Indiquez sur le schéma ci-contre où se trouve votre douleur habituelle (depuis les 8 derniers jours) en hachurant la zone.

Mettez sur le schéma un « S » pour une douleur près de la surface de votre corps ou un « P » pour une douleur plus profonde dans le corps.

Mettez un « I » à l'endroit où vous ressentez la douleur la plus intense.



2^E PARTIE : MESURE DE L'INTENSITÉ DE LA DOULEUR (UTILISER L'ÉCHELLE 1, 2 OU 3)

Trois échelles de mesure de l'intensité de la douleur vous sont proposées. Les réponses à une seule échelle sont suffisantes. Essayez de remplir l'échelle 1, en cas de difficultés essayez de remplir l'échelle 2, et en cas de difficultés remplissez l'échelle 3.

ÉCHELLE 1 : ÉCHELLE VISUELLE ANALOGIQUE

Nous vous proposons d'utiliser une sorte de thermomètre de la douleur qui permet de mesurer l'intensité de la douleur.

L'intensité de votre douleur peut être définie par un trait tracé sur l'échelle comme dans l'exemple ci-dessous.



Une extrémité correspond à la douleur maximale imaginable

Plus le trait est proche de cette extrémité, plus la douleur est importante

L'autre extrémité correspond à pas de douleur

Plus le trait est proche de cette extrémité, moins la douleur est importante

Indiquez par une croix ou un trait sur la ligne le niveau de votre douleur pour chacun des 3 types de douleur :

Douleur au moment présent :

Douleur habituelle depuis les 8

Douleur la plus intense depuis les 8

ÉCHELLE 2 : ÉCHELLE NUMÉRIQUE

Entourez ci-dessous la note de 0 à 10 qui décrit le mieux l'importance de votre douleur pour chacun des 3 types de douleur. La note 0 correspond à « pas de douleur ». La note 10 correspond à la « douleur maximale imaginable ».

Douleur au moment présent :

Pas de douleur	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	Douleur maximale imaginable
----------------	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	----	-----------------------------

Douleur habituelle depuis les 8 derniers jours :

Pas de douleur	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	Douleur maximale imaginable
----------------	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	----	-----------------------------

Douleur la plus intense depuis les 8 derniers jours :

Pas de douleur	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	Douleur maximale imaginable
----------------	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	----	-----------------------------

ÉCHELLE 3 : ÉCHELLE VERBALE SIMPLE

Pour préciser l'importance de votre douleur répondez en entourant la réponse correcte pour chacun des 3 types de douleur :

Douleur au moment présent :	0 absente	1 faible	2 modérée	3 intense	4 extrêmement intense
Douleur habituelle depuis les 8 derniers jours :	0 absente	1 faible	2 modérée	3 intense	4 extrêmement intense
Douleur la plus intense depuis les 8 derniers jours :	0 absente	1 faible	2 modérée	3 intense	4 extrêmement intense

3^E PARTIE : QUALIFICATIFS DE LA DOULEUR

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

	0 absent non	1 faible un peu	2 modéré modérément	3 fort beaucoup	4 extrêmement fort extrêmement
Élancements					
Pénétrante					
Décharges électriques					
Coups de poignard					
En étau					
Tiraillement					
Brûlure					
Fourmillements					
Lourdeur					
Épuisante					
Angoissante					
Obsédante					
Insupportable					
Énervante					
Exaspérante					
Déprimante					

4^E PARTIE : ÉCHELLE DU RETENTISSEMENT ÉMOTIONNEL

Les médecins savent que les émotions jouent un rôle important dans la plupart des maladies. Si votre médecin est au courant des émotions que vous éprouvez, il pourra mieux vous aider. Ce questionnaire a été conçu de façon à permettre à votre médecin de se familiariser avec ce que vous éprouvez vous-même sur le plan émotif.

Ne faites pas attention aux chiffres et aux lettres imprimés à gauche du questionnaire.

Lisez chaque série de questions et soulignez la réponse qui exprime le mieux ce que vous avez éprouvé au cours de la semaine qui vient de s'écouler.

Ne vous attardez pas sur la réponse à faire, votre réaction immédiate à chaque question fournira probablement une meilleure indication de ce que vous éprouvez, qu'une réponse longuement méditée.

	3	Je me sens tendu ou énervé :
	2	la plupart du temps
	1	souvent
	0	de temps en temps
		jamais
		Je prends plaisir aux mêmes choses qu'autrefois :
0		oui, tout autant
1		pas autant
2		un peu seulement
3		presque plus
		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 grave
	1	un peu, mais cela ne m'inquiète pas
	0	pas du tout
		Je ris facilement 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
		Je me fais du souci :
	3	très souvent
	2	assez souvent
	1	occasionnellement
	0	très occasionnellement
		Je suis de bonne humeur :
3		jamais
2		rarement
1		assez souvent
0		la plupart du temps

		Je peux rester tranquillement assis à ne rien faire et me sentir décontracté :
	0	oui, quoi qu'il arrive
	1	oui, en général
	2	rarement
	3	jamais
		J'ai l'impression de fonctionner au ralenti :
3		presque toujours
2		très souvent
1		parfois
0		jamais
		J'éprouve des sensations de peur et j'ai l'estomac noué :
	0	jamais
	1	parfois
	2	assez souvent
	3	très souvent
		Je ne m'intéresse plus à mon apparence :
3		plus du tout
2		je n'y accorde pas autant d'attention que je le devrais
1		il se peut que je n'y fasse plus autant attention
0		j'y prête autant d'attention que par le passé
		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
		Je me réjouis d'avance à l'idée de faire certaines choses :
0		autant qu'auparavant
1		un peu moins qu'avant
2		bien moins qu'avant
3		presque jamais
		J'éprouve des sensations soudaines de panique :
	3	vraiment très souvent
	2	assez souvent
	1	pas très souvent
	0	jamais
		Je peux prendre plaisir à un bon livre ou à une bonne émission radio ou de télévision :
0		souvent
1		parfois
2		rarement
3		très rarement
D	A	

5^E PARTIE : ÉCHELLE DU RETENTISSEMENT DE LA DOULEUR SUR LE COMPORTEMENT QUOTIDIEN

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

Humeur

Ne gêne pas	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	Gêne complètement
-------------	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	----	-------------------

Capacité à marcher

Ne gêne pas	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	Gêne complètement
-------------	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	----	-------------------

Travail habituel (y compris à l'extérieur de la maison et les travaux domestiques)

Ne gêne pas	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	Gêne complètement
-------------	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	----	-------------------

Relation avec les autres

Ne gêne pas	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	Gêne complètement
-------------	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	----	-------------------

Sommeil

Ne gêne pas	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	Gêne complètement
-------------	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	----	-------------------

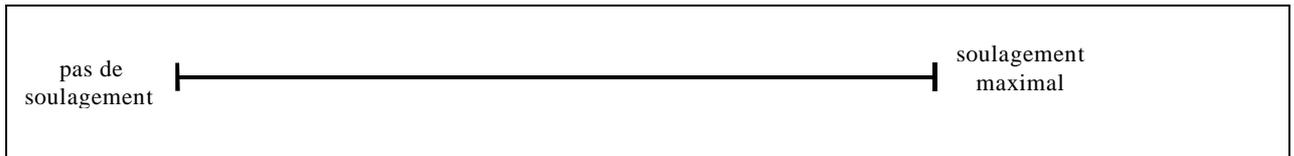
Goût de vivre

Ne gêne pas	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	Gêne complètement
-------------	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	----	-------------------

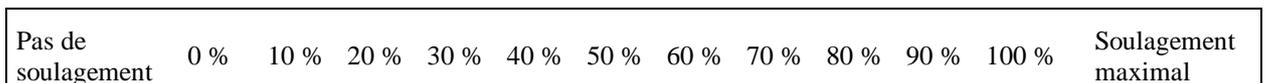
6^E PARTIE : MESURES DE L'INTENSITÉ DU SOULAGEMENT DE LA DOULEUR

Trois échelles de mesure de l'intensité du soulagement vous sont proposées. La réponse à une seule échelle suffit.

ÉCHELLE 1 : ÉCHELLE VISUELLE ANALOGIQUE



ÉCHELLE 2 : ÉCHELLE NUMÉRIQUE



ÉCHELLE 3 : ÉCHELLE VERBALE SIMPLE

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

ARGUMENTAIRE

Il s'agit d'une étude demandée à l'ANAES par le ministère délégué à la Santé. Ce travail s'inscrit dans un contexte plus global de volonté des autorités de développer la reconnaissance et la prise en charge de la douleur par les professionnels de santé français. Il est réalisé parallèlement à d'autres actions comme le recensement des structures de prise en charge de la douleur. Il fait suite au document sur « La prise en charge de la douleur du cancer chez l'adulte en médecine ambulatoire » (1).

I. INTRODUCTION

Ce document concerne l'évaluation et le suivi de la douleur chronique en médecine ambulatoire, hors cancer, hors SIDA. Il s'adresse à l'ensemble des professionnels de santé confrontés à ce problème. La douleur chronique présente de multiples dimensions qui doivent toutes être prises en compte simultanément et qui renvoient à une approche multidisciplinaire avec diverses modalités thérapeutiques. Ce document a pour objectif de développer ces différents aspects hormis les traitements. Les pré-requis pour appréhender les différentes dimensions et les spécificités de la douleur chronique ont été donnés en annexe (*annexe I*).

I.1. OBJECTIFS DU TRAVAIL

Il s'agissait de réaliser un outil de travail destiné aux professionnels de santé. Le groupe a jugé utile que ce document définisse :

- la douleur chronique et ses différentes dimensions ;
- les termes d'un langage commun utilisé par les différents professionnels de santé concernés ;
- les outils permettant d'une part de détecter la douleur chronique, et d'autre part d'objectiver la symptomatologie douloureuse clinique et de la quantifier lors de la prise en charge initiale, lors du suivi, et apportant une aide aux décisions thérapeutiques.

Le document final comporte plusieurs parties : un guide d'entretien semi-structuré destiné au médecin pour qu'il puisse évaluer la douleur (hétéro-évaluation), et un document d'auto-évaluation, destiné au patient, constitué de plusieurs échelles explorant l'aspect multidimensionnel de la douleur. Une évaluation complémentaire est proposée (version longue) en cas de prise en

charge plus approfondie.

L'hypothèse sous-jacente est que si la douleur chronique est mieux objectivée, cela devrait concourir à une meilleure prise en charge thérapeutique du patient par les différents professionnels de santé exerçant ou non dans un réseau. La notion d'évaluation de la douleur est souvent réduite à la seule évaluation de son intensité. Certes, il s'agit d'une variable essentielle pour la décision des traitements symptomatiques, mais ce n'est pas la seule variable à prendre en compte en pratique quotidienne.

I.2. DOMAINES SPÉCIFIQUES EXCLUS

Dans le délai imparti, le sujet a dû être restreint et plusieurs aspects de la prise en charge du patient douloureux chronique ont été écartés. D'une part, les douleurs pelviennes, les douleurs d'origine digestive et l'évaluation chez le patient non communiquant ou détérioré psychiquement : ces aspects recouvrent un domaine médical trop vaste ou bien concernent une prise en charge trop spécifique.

D'autre part, le traitement des douleurs chroniques : les orientations thérapeutiques multidisciplinaires et plurimodales, les différents aspects du traitement de la douleur nécessiteraient à eux seuls d'autres études spécifiques.

I.3. CRITÈRES DE CHOIX DES OUTILS

Les outils ont été sélectionnés pour leurs qualités métrologiques établies par les études de validation disponibles dans la littérature. Ceux qui ont été retenus pour la pratique ambulatoire doivent répondre à certains critères définis par le groupe :

- être disponibles en français, et (si possible) validés dans leur version française ;
- être adaptés à la pratique ambulatoire ;
- ne pas comprendre plus de 40 items pour des raisons de réalisation pratique en médecine ambulatoire ;
- ne pas nécessiter un apprentissage long de la part de l'utilisateur ; les tests d'auto-évaluation tendent en général vers ce but.

I.4. SÉLECTION DES ARTICLES

Chaque article a été analysé selon les principes de la lecture critique de la littérature afin d'affecter à chacun un niveau de preuve scientifique, excepté les articles concernant les qualités métrologiques des échelles. Les grades A, B et C ont été attribués aux recommandations

proposées, selon le niveau de preuve scientifique figurant dans la classification proposée par l'ANAES.

Niveau de preuve scientifique

- | | |
|-----|---|
| I | Grands essais comparatifs randomisés avec résultats indiscutables, méta-analyse, analyse de décision. |
| II | Petits essais comparatifs non randomisés et résultats incertains. |
| III | Essais comparatifs non randomisés avec groupe de sujets contrôles contemporains. |
| IV | Essais comparatifs non randomisés avec groupe de sujets contrôles historiques. Études cas-témoins. |
| V | Pas de groupes de sujets contrôles, séries de patients. |
-

Grade des recommandations

- | | |
|---|-------------------------------|
| A | niveau de preuve I |
| B | niveau de preuve II |
| C | niveau de preuve III, IV et V |

En l'absence de niveau de preuve, les recommandations proposées correspondent à un accord professionnel.

Le niveau de preuve scientifique proposé ne s'applique pas aux qualités métrologiques d'une échelle. La définition et l'évaluation des deux principales qualités (validité et fidélité) d'une échelle ont été précisées dans les standards définis par *l'American Psychological Association* (2). Le niveau de preuve fourni par une étude est d'autant plus élevé que le contenu de ces standards est respecté.

N'ont pas été retenus les articles :

- rédigés dans une autre langue que l'anglais ou le français ;
- portant spécifiquement sur un type de douleur qui était exclu (cf. paragraphe I.2.) ;
- portant sur la douleur du cancer ou du SIDA ;
- dont l'objet était d'étudier des outils à fin de recherche uniquement ;
- portant uniquement sur la thérapeutique.

II. DÉFINITIONS

Les principaux termes utilisés dans ce document et concernant la douleur chronique ont été définis dans un glossaire situé en *annexe 2*. Ils sont signalés par le signe « * » lors de leur première apparition dans le texte.

La douleur* est une « *expérience sensorielle et émotionnelle* désagréable, liée à une lésion tissulaire existante ou potentielle, ou décrite en termes évoquant une telle lésion* » (3). Cette définition est celle de l'*International Association for the Study of Pain* (IASP) et fait référence au plan national et international. Elle a été également retenue par l'OMS (4, 5). La dernière partie de la définition signifie que tous les types de douleur sont ressentis comme si un tissu était lésé : le fait qu'une lésion réelle existe ou non ne modifie pas le ressenti de la douleur. Par exemple, une douleur lombaire causée par un problème mental sera ressentie avec le même degré de réalité qu'une douleur causée par une lésion vertébrale. Il serait inexact de parler de « douleur imaginaire » dans un cas et de « douleur réelle » dans l'autre cas (5).

La définition de la douleur chronique* est variable selon les auteurs (6-19) (tableau 1). L'état chronique se définit après 3 à 6 mois d'évolution. Parmi les articles sélectionnés ayant donné une définition de la chronicité (n=16), 3 ont défini comme chronique une douleur évoluant depuis plus de 3 mois, 11 comme une douleur évoluant depuis plus de 6 mois. Un article a mentionné une durée de plus d'1 mois (6) et un autre une durée de plus de 4 mois (7). Les différentes études portant sur des patients douloureux chroniques n'ont généralement pas précisé s'il s'agissait de douleur chronique quotidienne ou de douleur récurrente*.

Tableau 1. Durées d'évolution de la douleur chronique dans les études retenues.

Auteur	Année (référence)	Type de douleur étudiée	Définition de la chronicité
Jensen,	1996 (7)	douleur chronique	+ de 4 mois
Choinière,	1996 (8)	douleur chronique	+ de 6 mois
Jensen,	1993 (6)	douleur chronique	+ de 1 mois
De Gagné,	1995 (9)	douleur chronique	+ de 6 mois
Lousberg,	1997 (12)	douleur chronique	+ de 6 mois
Marty,	1998 (13)	lombalgie chronique	+ de 3 mois
Ogon,	1996 (14)	lombalgie chronique	+ de 6 mois
Parker,	1995 (15)	lombalgie chronique	+ de 6 mois
Rucker,	1996 (16)	lombalgie chronique	+ de 6 mois
Kerns,	1985 (11)	douleur chronique	+ de 6 mois
Walter,	1991 (19)	céphalée chronique	+ de 6 mois
Turk,	1988 (18)	douleur chronique	+ de 6 mois
Turk,	1985 (17)	douleur chronique, lombalgie chronique	+ de 6 mois

Jensen

1994 (10)

douleur chronique

+ de 3 mois

L'IASP n'a pas donné de définition précise de la notion de chronicité (3). De même, la Classification internationale des maladies de l'OMS (CIM 10, *annexe 3*) (20) n'a donné aucune précision sur la douleur chronique qui apparaît dans les items : « *R52.1 Douleur chronique irréductible* » et « *R52.2 Autres douleurs chroniques* ». Aucun texte explicatif n'aide le praticien pour cette classification. La douleur chronique a été simplement opposée à l'item « *R52.0 Douleur aiguë* ». Elle fait partie du paragraphe « *R52 Douleur, non classée ailleurs* » c'est-à-dire « *ne pouvant être rapportée à un organe ou une seule partie du corps* ». Les items où la douleur concerne un organe n'ont pas fait ressortir la notion temporelle qui est à la base même de la définition de la douleur chronique (20).

En revanche, l'OMS a défini la douleur chronique : « *la douleur qui dure longtemps ou qui est permanente ou récurrente [...] est appelée chronique quand elle dure plus de 6 mois* » (5).

L'*American Society of Anesthesiologists* a donné la définition suivante : « *douleur persistante ou épisodique d'une durée ou d'une intensité qui affecte de façon péjorative le comportement ou le bien-être du patient, attribuable à toute cause non maligne* » (21). On relève ici que la notion de douleur chronique, qui au départ est fondée sur une durée d'évolution, sous-entend en fait d'autres dimensions. Le terme fait aussi appel à une notion de douleur destructrice, inutile, ayant perdu son rôle d'alerte initiale, avec des répercussions majeures et multiples sur le vécu de l'individu. La douleur « envahit le patient ». On peut parler en fait de la douleur chronique en tant que « *syndrome douloureux chronique* » avec ses retentissements psychologiques et comportementaux qui font la gravité de la douleur chronique. La définition de la douleur chronique de l'*American Society of Anesthesiologists* renvoie également à la notion d'absence de maladie évolutive telle que le cancer ou le SIDA. En effet, l'approche de ces types de douleur doit être considérée à part (1).

Le « *Chronic non-malignant Pain Syndrome* » (CPS) ou syndrome douloureux chronique d'origine non maligne a été défini comme « *une douleur persistante qui peut concorder avec les données physiques et qui est associée avec au moins deux des conditions suivantes : (a) une détérioration progressive de la capacité fonctionnelle au domicile, sur un plan social et au travail ; (b) une augmentation progressive de la demande et du recours à des médicaments ou à des procédures médicales invasives ; (c) un trouble de l'humeur ; (d) de la colère et de l'hostilité significative* » (22). Comme celle de l'*American Society of Anesthesiologists* (21), cette

définition comporte d'autres dimensions que la dimension temporelle. »

La définition proposée par le groupe combine celle de l'IASP (3), celle de l'OMS (5) et celle de l'ASA (21), associant à la notion d'évolution temporelle celle d'impact négatif sur l'individu :
« **Une douleur chronique est une expérience sensorielle et émotionnelle désagréable, liée à une lésion tissulaire existante ou potentielle, ou décrite en termes évoquant une telle lésion, évoluant depuis plus de 3 à 6 mois et/ou susceptible d'affecter de façon péjorative le comportement ou le bien-être du patient, attribuable à toute cause non maligne.** »

III. ÉVALUATION INITIALE

Il convient de souligner ici que devant toute douleur difficile à soulager et qui tend à durer, le médecin doit penser au risque d'évolution vers une douleur chronique. Il doit s'efforcer de détecter ce risque le plus tôt possible pour tenter de prévenir la chronicisation de la douleur. La douleur chronique doit être repérée. La plainte du patient doit pouvoir être objectivée.

III.1. GRILLE D'ENTRETIEN SEMI-STRUCTURÉ

La consultation avec le patient douloureux chronique est un acte médical et comme tel passe toujours par un interrogatoire. Cet « interrogatoire » peut être qualifié plus élégamment d'entretien et suivre une grille dont les items ont fait l'accord du groupe (*tableau 2*). L'utilité d'une grille d'entretien dans l'évaluation de la douleur et la pertinence de chaque item sont très difficiles à démontrer. La pertinence clinique repose sur un accord professionnel fort.

Le recueil de tous les éléments de cette grille demande du temps et peut être réalisé sur plusieurs consultations. Il s'agit d'un entretien semi-structuré : l'entretien doit laisser le patient exprimer librement sa problématique tout en le réorientant vers les informations recherchées.

III.2. BILAN ÉTIOLOGIQUE

Le groupe, comme dans les recommandations de *l'American Society of Anesthesiologists*, reconnaît l'importance du bilan étiologique de la douleur, notion qui reflète un large consensus de la communauté scientifique (21). Du fait de la diversité des problématiques, il n'a pas été retrouvé d'étude consacrée à l'évaluation de l'intérêt des différentes étapes de la démarche du bilan. Celui-ci sera clinique et paraclinique et adapté aux multiples situations sans que l'on puisse les détailler ici. Selon *l'American Society of Anesthesiologists* (21), le bilan étiologique comprend les

éléments suivants : examen clinique, topographie de la douleur à la recherche notamment d'une atteinte systématisée dans un (des) territoire(s) neurologique(s), examens biologiques, examens complémentaires. La grille d'entretien décrite au paragraphe précédent est un des éléments du bilan étiologique (Accord professionnel).

Tableau 2. Grille d'entretien semi-structuré avec le patient douloureux chronique établie par le groupe.

Ancienneté de la douleur

Mode de début

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

Profil évolutif du syndrome douloureux

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

Traitements effectués et actuels

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

Antécédents et pathologies associées

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

Description de la douleur actuelle

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

Contextes familial, psychosocial, médico-légal et incidences

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

Facteurs cognitifs

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

Facteurs comportementaux

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

Analyse de la demande

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

III.3. INTENSITÉ DE LA DOULEUR

III.3.1. AUTOÉVALUATION

L'intensité de la douleur peut être évaluée de façon reproductible par le patient grâce à plusieurs types d'échelles.

L'échelle visuelle analogique (EVA) peut se présenter sous sa forme papier ou sous sa forme « mécanique », c'est-à-dire à type de réglette (*annexe 4*). La forme classique comporte une ligne horizontale (14) de 100 mm de long (23). Le patient indique le niveau de sa douleur en traçant un trait sur la ligne (forme papier) ou en déplaçant un curseur le long de cette ligne (réglette mécanique). Elle présente un fond blanc et ne comporte pas de mots autres que ceux figurant aux extrémités.

Différentes variantes d'EVA mécaniques ont été décrites et utilisées en introduisant des couleurs, des variations de taille... Aucune de ces nouvelles présentations n'a été validée*.

La présentation classique de l'EVA a été validée selon les principales étapes habituellement retenues (*tableau 3*) (14, 23-26). C'est une échelle d'utilisation simple et rapide, et elle demande peu de temps d'explication au patient. Elle peut être répétée sans difficulté, éventuellement plusieurs fois par jour. Il existe toutefois un certain nombre de patients (10-15%) qui ne peuvent pas définir l'intensité de leur douleur grâce à cet instrument (25). C'est un instrument très largement utilisé qui est cité comme un des instruments de référence dans 10 articles (*tableau 4*) (8, 13, 14, 22, 24, 26-30).

Les échelles visuelles analogiques permettent théoriquement une infinité de « mesures » entre les 2 extrémités. En pratique, les mesures étant réalisées au millimètre le plus proche, seules 101 mesures sont possibles pour une échelle de 100 mm.

Tableau 3. Outils d'autoévaluation unidimensionnels permettant la mesure l'intensité de la douleur chronique. Principales étapes de validation* dans les articles sélectionnés.

Instruments	Auteurs, année (référence)	Temps de passation	Validité* contre critère de référence	Fidélité test-retest*	Sensibilité au changement*
EVA †	Price, 1994 (24)	5'	oui	— ‡	—
	Ogon, 1996 (14)		oui	—	—
	Jensen, 1992 (25)		oui	—	oui
	Boureau, 1988 (23)		oui	oui (élevée)	—
	Association, 1995 (26)		oui	oui (élevée)	oui
EN †	Jensen, 1993 (6)	5'	—	oui	—
	Jensen, 1994 (10)		—	—	oui
	Jensen, 1996 (7)		oui	—	—
	Jensen, 1992 (25)		oui	—	oui
	Boureau, 1988 (23)		oui	—	—
	Association, 1995 (26)		oui	—	—
EVS †	Jensen, 1992 (25)	5'	oui	—	oui
	Boureau, 1988 (23)		oui	—	oui

* : les termes statistiques ont été définis dans le glossaire (annexe 3); † : EVA = échelle visuelle analogique ; EN = échelle numérique ; EVS = échelle verbale simple ; ‡ : — donnée non étudiée dans l'article.

Les **échelles numériques (EN)** sont également utilisées pour l'évaluation de l'intensité de la douleur. Il existe plusieurs types d'échelles numériques, généralement avec une numérotation de 0 à 10 ou de 0 à 100 (7, 10, 25). Le patient doit attribuer un chiffre à l'intensité de sa douleur, 0 étant l'absence de douleur et 10 ou 100 la douleur maximale imaginable (voir un exemple en *annexe 4*). Les échelles à 101 niveaux n'apportent pas plus d'information que les échelles à 11 ou 21 niveaux (10). Ces échelles permettent d'obtenir une mesure de la douleur au moment de la consultation mais également de façon rétrospective et ce de façon fiable (7). Elles peuvent être utiles en cas de difficulté de compréhension de l'EVA (25).

Les **échelles verbales simples (EVS)** permettent également une évaluation de l'intensité douloureuse. Elles sont fondées sur le choix d'un adjectif pour définir l'intensité de la douleur. Un score correspond à chaque adjectif (*annexe 4*). La mesure se limite à 5 ou 6 niveaux (25). Elles sont généralement réservées aux personnes ayant des difficultés (faible capacité d'abstraction) à utiliser les deux types d'échelles précédents.

Tableau 4. Articles citant les instruments de mesure unidimensionnelle de l'intensité de la douleur comme critère de référence, pour la validité contre critère, dans des études portant sur la douleur chronique.

Type d'instrument	Auteurs, année (référence)	Type d'étude	Type de douleur
EVA*	Association, 1995 (26)	Recommandations	Douleur chronique
	Sanders, 1996 (22)	Recommandations	Douleur chronique
	Main, 1992 (27)	Analyse de groupes	Lombalgie chronique
	Marty, 1998 (13)	Comparaison instruments	Lombalgie chronique
	Ogon, 1996 (14)	Comparaison instruments	Lombalgie chronique
	Beurskens, 1995 (28)	Revue synthèse	Lombalgie chronique
	Dropsy, 1995 (29)	Revue synthèse	Lombalgie chronique
	Williams, 1995 (30)	Analyse de groupes	Douleur chronique
	Price, 1994 (24)	Comparaison instruments	Douleur oro-faciale
	Choinière, 1996 (8)	Comparaison instruments	Douleur chronique
EN*	Association, 1995 (26)	Recommandations	Lombalgies
	Jensen, 1996 (7)	Comparaison instruments	Douleur chronique
	Price, 1994 (24)	Comparaison instruments	Douleur oro-faciale, Douleur chronique
EVS*	Marty, 1998 (13)	Comparaison instruments	Lombalgie chronique
	Beurskens, 1995 (28)	Revue synthèse	Lombalgie chronique
Agenda	Von Baeyer, 1994 (31)	Analyse de groupes	Lombalgies
	Lousberg, 1997 (12)	Analyse de groupes	Douleur chronique
	Jensen, 1996 (7)	Comparaison instruments	Douleur chronique

* : EVA = échelle visuelle analogique ; EN = échelle numérique ; EVS = échelle verbale simple.

Pour la pratique on retiendra de ces échelles :

- elles ne donnent pas d'information sur la nature de la plainte douloureuse ;
- elles ne peuvent pas servir à comparer deux patients ;
- les valeurs obtenues permettent des comparaisons intra-individuelles uniquement ;
- elles aident à identifier le malade nécessitant un traitement de la douleur ;
- elles ont une implication limitée pour la décision thérapeutique ;
- elles facilitent le suivi du patient.

La présentation d'une échelle au patient doit être faite de manière relativement standardisée (toujours au même moment de la consultation par exemple), avec suffisamment d'explications également standardisées et après s'être assuré de la bonne compréhension du patient. La fenêtre de temps pour mesurer l'intensité de la douleur chronique peut être comprise entre un jour et une semaine comme dans les questionnaires multidimensionnels (*Brief Pain Inventory*, *Multidimensionnal Pain Inventory* (annexe 6)).

Les trois types d'échelles d'autoévaluation peuvent être utilisés en fonction des circonstances. La

sensibilité* au changement de l'EVA après traitement est plus grande que celle de l'EVS en 4 points, dans des pathologies rhumatismales inflammatoires ou dégénératives chroniques (23).

III.3.2. HÉTÉRO-ÉVALUATION

L'évaluation de l'intensité de la douleur par le clinicien ou hétéro-évaluation est plus difficile et il n'existe pas d'outil validé pour la douleur chronique en ambulatoire. La consommation médicamenteuse n'est pas un bon indicateur quand seul l'interrogatoire permet de l'évaluer. De même, il n'existe pas d'instrument validé pour la mesure du recours au système de soins par le patient.

L'évaluation de la douleur du patient par le médecin, à l'aide d'une EVA par exemple, pose plusieurs problèmes. Le médecin tend à sous-évaluer l'intensité douloureuse quand la douleur rapportée par le patient est élevée et à la surestimer quand la douleur est faible (32). Chez les patients cancéreux (33) comme chez les patients infectés par le VIH (34) et dans la douleur post-opératoire (35), la douleur est régulièrement sous-estimée par les médecins.

III.4. AUTRES DIMENSIONS DE LA DOULEUR

En dehors de l'intensité on peut chercher à évaluer de nombreuses autres dimensions concernant les composantes physique, psychologique, sociale, comportementale* et cognitive de la douleur.

III.4.1. SCHÉMA DES ZONES DOULOUREUSES

Le schéma des zones douloureuses ou dessin de la douleur permet de mettre en évidence les zones douloureuses. Le patient doit les indiquer sur le dessin d'un corps humain imprimé (*annexe 5*). Cet outil a été testé dans les lombalgies chroniques où certains auteurs ont estimé qu'il était une bonne appréciation de la « non-organicité » de la douleur (36) ou de la prédiction de l'échec de la chirurgie sur la symptomatologie douloureuse (37). Ces études sous-entendent la possibilité d'une détection de l'origine psychogène de ces douleurs grâce au dessin. Cependant d'autres études n'ont pas confirmé cette hypothèse (15) et la littérature ne permet pas de trancher (25, 26). Plusieurs systèmes de cotation existent, prenant en compte les surfaces désignées par le patient. Ils recouvrent des domaines aussi différents que la cotation grâce à un « coup d'œil » réalisable par un utilisateur non expérimenté (36), l'utilisation d'une grille d'évaluation précise ou des systèmes simples et ne prêtant pas à confusion (37, 38).

Le schéma des zones douloureuses est inclus dans la plupart des échelles multidimensionnelles (26-28) (*tableau 5*). Il ne nécessite pas d'apprentissage particulier. Le dessin de la douleur ne doit

être utilisé que pour préciser la topographie et le caractère localisé ou diffus de la douleur (25). Ces informations peuvent orienter le bilan étiologique (territoires neurologiques, reconnaissance de plusieurs zones douloureuses d'une symptomatologie diffuse).

Tableau 5. Articles citant le schéma des zones douloureuses dans des études portant sur la douleur chronique.

Auteur, année (référence)	Type d'étude	Type de douleur
Main, 1992 (27)	Analyse de groupes	Lombalgie aiguë Lombalgie chronique
Association, 1995 (26)	Recommandations	—
Beurskens, 1995 (28)	Revue de synthèse	Lombalgie chronique

III.4.2. DESCRIPTIONS VERBALES DE LA DOULEUR

Deux outils et leur forme courte ont été retenus :

- le *MacGill Pain Questionnaire* (MPQ) (39) ;
- le questionnaire de la douleur de Saint-Antoine (QDSA) (40, 41) qui est l'adaptation française du MPQ ;
- la forme courte du MPQ : MPQ-SF (42) et la forme courte du QDSA : QDSA abrégé (41).

III.4.2.1. *MacGill Pain Questionnaire*

Le *MacGill Pain Questionnaire* (MPQ) (39) est un questionnaire de 78 mots répartis en 25 sous-classes qui peut être rempli en 5 à 15 minutes. Il est constitué d'une série d'adjectifs permettant de qualifier la douleur.

Il n'a pas été identifié d'étude sur la validité contre critère et sur la sensibilité au changement, et les revues de la littérature de Turk (43) et de Bowling (44) n'en ont pas mentionné. L'absence de validation contre critère peut s'expliquer par le fait qu'il s'agit du premier outil développé pour l'évaluation multidimensionnelle de la douleur. Le MPQ est un outil très largement répandu, utilisé dans plus de 100 études et qui a été traduit dans plusieurs langues (43).

III.4.2.2. Questionnaire de la douleur de Saint-Antoine

Le *MacGill Pain Questionnaire* (MPQ) a été traduit et adapté en français sous la forme du questionnaire de la douleur de Saint-Antoine (QDSA) (40, 41). Il comporte moins de mots que le MPQ (61 mots) et permet d'obtenir essentiellement les mêmes renseignements. Certains qualificatifs possèdent une orientation diagnostique en particulier pour les douleurs neurogènes (45).

Le vocabulaire de la douleur a une certaine valeur d'orientation diagnostique pour faciliter la reconnaissance de certaines douleurs (par exemple les douleurs neurogènes), et apprécier le retentissement affectif de la douleur (accord professionnel). Les versions longues des questionnaires d'adjectifs sont validées. Leur longueur les rend difficilement applicables en médecine ambulatoire (accord professionnel). Les versions courtes ne sont pas actuellement validées. En l'absence de validation disponible, seule la présence de tel ou tel item est à retenir.

III.4.2.3. Formes courtes

Une forme courte du MPQ (MPQ-SF) (42) et du QDSA (QDSA abrégé, *annexe 6*) (41) a été développée. Ces formes abrégées ne sont pas validées mais présentent une utilité en pratique ambulatoire.

Tableau 6. Qualités métrologiques de différents instruments d'évaluation verbale de la douleur.

Instruments	Auteur, année (référence)	Nb items (temps de passation)	Validité* de contenu	Validité* contre critère	Fidélité test-retest*	Sensibilité au changement*
MPQ †	Bowling, 1997 (44)	78 mots (5 à 15')	oui	—‡	—	—
	Melzack, 1992 (43)		oui	—	oui	—
MPQ- SF †	Bowling, 1997 (44)	15 mots (2 à 5')	—	oui	—	—
	Melzack, 1992 (43)		oui	oui	—	oui
QDSA †	Boureau, 1984 (40)	58 mots	oui	—	—	—
	Boureau, 1992 (41)		oui	oui	—	—
QDSA abrégé†	Boureau, 1992 (41)	15 mots	—	—	—	—

* : les termes statistiques ont été définis dans le glossaire (annexe 2) ;

† : MPQ = *MacGill Pain Questionnaire* ; MPQ-SF = *MacGill Pain Questionnaire - Short Form* ; QDSA = questionnaire douleur de Saint-Antoine ;

‡ : — Donnée non étudiée dans l'article.

III.4.3. ÉCHELLES MULTIDIMENSIONNELLES

En fait, la plupart des outils d'évaluation ont été construits pour une évaluation multidimensionnelle du retentissement de la douleur sur le sujet. Ils comportent habituellement plusieurs parties ou sous-échelles devant permettre l'évaluation de chacune des principales dimensions considérées.

Trois outils ont été retenus (*annexe 7*). Il s'agit de trois questionnaires. Dans le langage concernant les instruments de mesure de la douleur, « on distingue les tests que sont les questionnaires (inventories) remplis par les patients, autoquestionnaires ou questionnaires d'autoestimation et les échelles d'évaluation (rating scales) remplies par des tiers. Cette distinction est moins tranchée dans la littérature anglo-saxonne où les questionnaires sont souvent qualifiés de *self rating-scales* » (46).

Ils réunissent une partie des critères de relative simplicité d'utilisation définis au paragraphe I.3. et de bonne qualité métrologique (c'est-à-dire validité contre critère, fidélité test-retest, sensibilité au changement) (*tableau 7*) :

- le *Brief Pain Inventory* (BPI) (47) traduit en français : questionnaire concis sur les douleurs (QCD) (48) (*annexe 7*) ;
- le *Multidimensional Pain Inventory* (MPI ou WHYMPI) (11) traduit en français par Turk (*annexe 7*) ;
- le *Dallas Pain Questionnaire* (DPQ) (49) traduit en français (13) (*annexe 7*).

Tableau 7. Qualités métrologiques de différents instruments d'évaluation multidimensionnelle de la douleur.

Instruments	Auteur, année (référence)	Nb items	Validité * de contenu	Validité * contre critère	Fidélité test-retest *	Sensibilité au changement *
BPI †	Cleeland, 1992 (50)	45	— ‡	—	—	—
MPI †	Kerns, 1985 (11)	56	—	oui	oui	—
	Turk, 1988 (18)		—	oui	—	—
	Bradley, 1992 (51)		oui	oui	oui	oui
	Lousberg, 1997 (12)		—	—	—	—
DPQ †	Lawlis, 1989 (49)	16	oui	oui	oui	—
	Marty, 1998 (13)		oui	±	oui	oui

* : les termes statistiques ont été définis dans le glossaire (Annexe 2) ;

† BPI = *Brief Pain Inventory* ; MPI = *Multidimensional Pain Inventory* ; DPQ = *Dallas Pain Questionnaire* ;

‡ : — Donnée non étudiée dans l'article.

III.4.3.1. Brief Pain Inventory (BPI)

Ce questionnaire a été construit et testé dans la douleur cancéreuse et la polyarthrite rhumatoïde (47). Il a été utilisé plus particulièrement pour l'évaluation de la douleur cancéreuse (50). Il n'est pas retrouvé comme questionnaire de référence dans les études les plus récentes sur l'évaluation de la douleur chronique. Il explore les principales dimensions de la douleur : l'intensité, le soulagement, l'incapacité fonctionnelle, le retentissement social, la vie de relation, la détresse psychologique (*tableau 8*). Il a été traduit en français sous le nom de questionnaire concis sur les douleurs (QCD) (*annexe 7*). Une analyse factorielle chez des patients atteints de cancer ou de SIDA a montré sa cohérence interne (33). Il est simple d'utilisation. Il existe une forme courte permettant une évaluation très rapide tout en conservant l'exploration des différentes dimensions de la douleur (50) (*tableau 8*) mais elle n'est pas validée en français.

Tableau 8. Comparaison du contenu et des dimensions explorées par les différentes échelles d'évaluation multidimensionnelle de la douleur.

	MPI*	BPI*	BPI-SF*	DPQ (version française)*
Auteur, année (référence)	Bradley, 1992 (51)	Cleeland, 1992 (50)	Cleeland, 1992 (50)	Marty, 1998 (13)
Population	Non spécifique	Cancer essentiellement	Cancer	Lombalgie
Nb d'items	56 questions	45 questions	15 questions	16 questions
Évolution de la douleur	— †	—	—	—
Durée	—	—	—	—
Info générales	oui	oui	—	—
Traitement de la douleur	—	oui	oui	oui
Intensité :	oui	oui	oui	oui
EVA*	—	—	—	—
EN*	oui	oui	oui	—
EVS*	—	—	—	—
actuelle	oui	oui	oui	—
passée	oui	oui	oui	oui
Soulagement	—	oui	oui	—
Schéma des zones douloureuses	—	oui	oui	—
Incapacité fonctionnelle	oui	oui	oui	oui
Détresse psychologique	oui	oui	oui	oui
Retentissement social	oui	oui	oui	oui
Comportement vis-à-vis de la douleur	oui	—	—	±
Vie de relation	oui	oui	oui	oui
Conjoint	oui	—	—	oui

*MPI = *Multidimensional Pain Inventory* ; BPI = *Brief Pain Inventory* ; BPI-SF = *Brief Pain Inventory-Short-Form* ; DPQ = *Dallas Pain Questionnaire* ; EVA = échelle visuelle analogique ; EN = échelle numérique ; EVS = échelle verbale simple.

† : — Donnée non étudiée dans l'article.

III.4.3.2. Multidimensional Pain Inventory (MPI)

Il explore la plupart des dimensions de la douleur (51) (*tableau 8*). Il existe une traduction française non validée à ce jour. Il comporte trois sections. Seule la section I a été donnée en *annexe 7*. Elle est constituée de 28 items qui se répartissent dans la version anglaise en 5 sous-échelles dénommées : retentissement (*interference*), soutien (*support*) sévérité de la douleur (*pain severity*), contrôle des difficultés quotidiennes (*life control*) et détresse affective* (*affective distress*). Les sections II et III qui correspondent respectivement aux « difficultés interpersonnelles » et au « retentissement sur les activités quotidiennes » n'ont pas été présentées. Le MPI est l'échelle multidimensionnelle la plus étudiée dans l'évaluation de la douleur chronique (12, 19, 22). Cette échelle est citée comme un des instruments permettant l'évaluation de l'efficacité de la rééducation chez le douloureux chronique (22). Le MPI permet d'identifier plusieurs groupes de malades : les patients faisant face de façon adaptée, les patients dysfonctionnels, les patients avec difficultés interpersonnelles (19).

III.4.3.3. Dallas Pain Questionnaire (DPQ)

Il s'agit d'une série de questions explorant préférentiellement le retentissement sur le plan fonctionnel (*tableau 8*) : intensité de la douleur (passée), incapacité fonctionnelle, retentissement social, vie de relation, détresse psychologique. Les réponses à ces questions se font sous forme d'échelles visuelles (*annexe 7*). La version française du DPQ a eu un début de validation chez des patients souffrant de lombalgie chronique (13).

SYNTHÈSE

Les trois principaux outils cités précédemment sont destinés à l'évaluation multidimensionnelle de la douleur par le patient. Ils ont chacun une orientation particulière. Leurs qualités métrologiques sont comparables pour les versions anglophones. Parmi les échelles multidimensionnelles, le MPI dans sa version anglaise est le plus étudié dans les travaux d'évaluation de la douleur chronique.

III.4.4. INCAPACITÉ FONCTIONNELLE

Deux types d'instruments permettent l'évaluation du retentissement de la douleur sur les capacités fonctionnelles des patients : des échelles multidimensionnelles ou des questionnaires visant à explorer spécifiquement cette dimension.

Tableau 9. Comparaison des qualités métrologiques de différents questionnaires multidimensionnels contenant une exploration de l'incapacité fonctionnelle.

Instruments	Auteur, année (référence)	Domaines	Nb d'items d'incapacité/ Nb d'items total	Validité de contenu*	Validité contre critère*	Fidélité test-retest*	Sensibilité au changement*
DPQ †	Marty, 1998 (13)	Lombalgie chronique	5/16	oui?	oui	oui	oui
MOS-SF-36 †	Brazier, 1992 (52)	Médecine générale	14/36	oui	oui	oui	—
	Bowling, 1997 (44)	Médecine générale		oui	oui	oui	oui
	Leplège, 1995 (53)	Angor, artérite		oui	—	—	—
MPI †	Kerns, 1985 (11)	Douleur chronique	4 sous-échelles/13	—	oui	oui	—
	Bradley, 1992 (51) ; Kerns, 1992 (54)	Douleur chronique		—	oui	oui	oui
	Walter, 1991 (19)	Céphalées		—	—	—	—
	Turk, 1988 (18)	Douleur chronique		—	oui	—	—
MPI † hollandais	Lousberg, 1997 (12)	Douleur chronique		—	agenda	—	—
BPI †	Cleeland, 1992 (50)	Cancer	2/45	—	—	—	—
BPI-SF †	Cleeland, 1992 (50)	Cancer	2/15	—	—	—	—

* : les termes statistiques ont été définis dans le glossaire (Annexe 2) ; † DPQ = *Dallas Pain Questionnaire* ; MOS-SF-36 = *Medical Outcom Study-Short Form-36* ; MPI = *Multidimensional Pain Inventory* ; BPI = *Brief Pain Inventory* ; BPI-SF = *Brief Pain Inventory- Short Form*.

III.4.4.1. Échelles multidimensionnelles

Plusieurs types d'échelles multidimensionnelles existent. Le *Medical Outcome Study Short Form-36* (MOS SF-36) est un instrument multidimensionnel qui mesure la qualité de vie en général. Il peut être utilisé quelles que soient les maladies (44). Il n'est pas destiné uniquement à l'évaluation de la douleur chronique. Il existe une traduction française dont les qualités métrologiques (tableau 9) ont été vérifiées sauf la fidélité test-retest (53). Le *Dallas Pain Questionnaire* est destiné à évaluer la douleur mais plus précisément dans les lombalgies et évalue l'incapacité fonctionnelle dans ce domaine (13). Enfin, le MPI et le BPI comportent aussi une évaluation de l'incapacité

fonctionnelle.

Tableau 10. Comparaison des qualités métrologiques de questionnaires spécifiques de l'exploration de l'incapacité fonctionnelle.

Instruments	Auteur, année (référence)	Type de douleur	Nb d'items (temps de passation)	Validité de contenu*	Validité contre critère*	Fidélité test-retest*	Sensibilité au changement*
<i>Million Visual Analog Scale</i>	Beurskens, 1995 (28)	Lombalgie chronique	15 (10')	oui	oui	oui	oui
<i>Oswestry Disability Questionnaire</i>	Beurskens, 1995 (28)	Lombalgie chronique	10 (3-5')	oui	oui	oui	oui
<i>Roland Disability Questionnaire</i>	Beurskens, 1995 (28)	Lombalgie chronique	25 (5')	oui	oui	oui	oui
<i>Waddell Disability Index</i>	Beurskens, 1995 (28)	Lombalgie chronique	9 (5')	oui	oui	oui	oui

* : les termes statistiques ont été définis dans le glossaire (annexe 2).

III.4.4.2. Outils d'évaluation spécifique de l'incapacité fonctionnelle

Quatre instruments permettent une évaluation spécifique de l'incapacité fonctionnelle : *Million Visual Analog Scale*, *Oswestry Disability Questionnaire*, *Roland Disability Questionnaire*, *Waddell Disability Index* (tableau 10). Ils ont tous été élaborés et utilisés dans l'évaluation des lombalgies chroniques ce qui en limite la généralisation à d'autres populations de douloureux. La *Million Visual Analog Scale* est destinée à l'évaluation de l'influence de l'activité sur la douleur et présente le même inconvénient que les trois autres outils. D'après Beurskens, les deux outils les plus utilisés et les mieux validés sont l'*Oswestry Disability Questionnaire* et le *Roland Disability Questionnaire* (28).

Les données de la littérature sont peu informatives sur le type d'instrument permettant l'évaluation de l'incapacité fonctionnelle/physique liée à la douleur chronique. Les instruments les plus spécifiques sont destinés aux lombalgies. On ne connaît pas l'intérêt de ces outils par rapport aux échelles multidimensionnelles.

D'autres instruments ont été utilisés dans les articles sur la douleur chronique (22, 26, 28, 29, 44) (tableau 11) mais certains sont trop longs (comme le *Sickness Impact Profil* : SIP). De plus, ils ont été étudiés essentiellement dans les lombalgies chroniques.

Tableau 11. Outils de mesure de l'incapacité fonctionnelle, cités dans des articles de recommandations ou de revue de synthèse portant sur l'évaluation de la douleur chronique.

Instruments	Auteur, année (référence)	Type d'article	Type de douleur
<i>Disability Questionnaire</i>	Association, 1995 (26)	Recommandations	Douleur du dos
MOS SF-36*	Sanders, 1996 (22)	Recommandations	Douleur chronique
MOS SF-36*	Bowling, 1997 (44)	Revue de synthèse	Douleur chronique et lombalgie
ODQ	Association, 1995 (26)	Recommandations	Lombalgie
ODQ	Dropsy, 1995 (29)	Revue de synthèse	Lombalgie chronique
ODQ	Beurskens, 1995 (28)	Revue de synthèse	Lombalgie chronique
SIP*	Dropsy, 1995 (29)	Revue de synthèse	Lombalgie chronique
SIP	Association, 1995 (26)	Recommandations	Lombalgie
SIP <i>Roland Scale</i> = Saint Thomas Q	Sanders, 1996 (22)	Recommandations	Douleur chronique
SIP <i>Rolland Morris</i> = Saint Thomas Q	Dropsy, 1995 (29)	Revue de synthèse	Lombalgie chronique
<i>Waddell Disability Index</i>	Beurskens, 1995 (28)	Revue de synthèse	Lombalgie chronique

*: MOS-SF = *Medical Outcom Study-Short-Form-36* ; ODQ = *Oswestry Disability Questionnaire* ; SIP = *Sickness Impact Profil*

III.4.5. DÉTRESSE PSYCHOLOGIQUE

Deux dimensions sont habituellement prises en compte : l'anxiété et la dépression. L'évaluation psychologique est particulièrement importante puisque les troubles psychiatriques peuvent être à l'origine des douleurs chroniques ou de leur conséquence. Comme pour les capacités fonctionnelles, une évaluation psychologique dans la douleur chronique est souvent incluse dans les questionnaires d'évaluation multidimensionnelle (*tableau 12*).

Tableau 12. Différents instruments d'évaluation multidimensionnelle prenant en compte la dimension psychologique.

Instruments	Auteur, année (référence)	Type de douleur	Nb d'items psy / Nb d'items total	Domaine psy	Validité de contenu*
BPI †	Cleeland, 1992 (50)	Cancer	2/45	Anxiété/ Dépression	—
BPI-SF †	Cleeland, 1992 (50)	Cancer	2/15	Anxiété/ Dépression	—
DPQ †	Marty, 1998 (13)	Lombalgie chronique	3/16	Anxiété/ Dépression	—
MPI †	Kerns, 1985 (11)	Douleur chronique	4/56	Anxiété/ Dépression	—
	Kerns, 1992 (54)	Douleur chronique			oui
	Turk, 1988 (18)	Douleur chronique			—
MOS-SF-36 †	Bowling, 1997 (44)	Médecine générale	12/36	Anxiété/ Dépression	±
	Brazier, 1992 (52)	Médecine générale			—
	Leplège, 1995 (53)	Angor, artérite			—

* : les termes statistiques ont été définis dans le glossaire (annexe 2).

† : DPQ = *Dallas Pain Questionnaire* ; MOS-SF-36 = *Medical Outcom Study-Short Form-36* ; MPI = *Multidimensional Pain Inventory* ; BPI = *Brief Pain Inventory* ; BPI-SF = *Brief Pain Inventory- Short Form*.

Deux échelles simples permettent d'explorer spécifiquement la dimension psychologique (*tableau 13*). Le *Beck Depression Inventory* (BDI) (55) traduit en français et validé chez des malades psychiatriques (56) explore la dimension dépressive (*annexe 8*). Le *Hospital Anxiety and Depression scale* (HAD) (57) également traduit en français (58) explore les 2 composantes, anxiété et dépression (*annexe 8*). Ce dernier permet d'obtenir deux scores qui, par comparaison à des scores seuils, permettent de détecter l'existence d'une éventuelle détresse psychologique : dépression et/ou anxiété. La version française a été validée chez 100 patients en médecine interne (58).

Tableau 13. Comparaison des qualités métrologiques de différents instruments d'évaluation spécifique de la dimension psychologique.

Auteur, année (référence)	Instruments	Domaines	Nb d'items	Validité de contenu*	Validité contre critère*	Fidélité test-retest*	Sensibilité au changement*	
Bowling, 1997 (44)	BDI long/court †	Dépression	21/13	oui	oui	oui	—	
Cottraux, 1996 (59)			13	oui	oui	oui	oui	
Cottraux, 1996 (59)			(version F)	13	oui	oui	—	—
Cleeland, 1992 (50)				21	—	—	—	—
Lépine, 1996 (60)	HAD †	Anxiété et dépression	14	oui	oui	—	oui	
Lépine, 1996 (60)			(version F)	14	oui	oui	—	oui
Bowling, 1997 (44)				14	oui	oui	—	oui

*: les termes statistiques ont été définis dans le glossaire (annexe 2).

†: BDI = *Beck Depression Inventory* ; HAD = *Hospital Anxiety and Depression scale*.

III.4.6. RETENTISSEMENT SUR LES COMPORTEMENTS QUOTIDIENS

Son évaluation est utile à plusieurs points de vue. Elle permet notamment de mesurer indirectement l'importance de la douleur (23) et la gravité des conséquences de la douleur. Les questionnaires multidimensionnels comportent tous plusieurs items évaluant cette dimension (*tableau 8 et annexe 7*). Parmi les instruments traduits en français le MPI (*annexe 7*) et le MOS-SF-36 présentent plusieurs items répartis dans un document relativement long. Le DPQ explore plus particulièrement le retentissement lié à la lombalgie (13). Le groupe propose d'utiliser une partie du QCD (sous-échelle 23) présenté en *annexe 7*. Il est utilisé en version française dans le cancer et le SIDA pour évaluer le retentissement sur le comportement (33). Cette sous-échelle présente l'avantage d'être courte (7 items). Le premier item (A : « Activité générale ») n'est pas retenu après analyse factorielle (Larue, communication personnelle : *annexe 5*) et on retient donc 6 items (B à G). Toutefois, en l'absence de validation, chaque item doit être coté et considéré comme une information séparée (on n'a pas le droit d'additionner les scores pour effectuer un score global).

IV. SUIVI

Bien qu'il n'ait pas été identifié de données précises dans la littérature concernant les modalités d'évaluation du suivi, il a semblé au groupe très souhaitable de produire un certain nombre de recommandations. Elles reposent sur un accord professionnel. La surveillance périodique des patients et la mesure des résultats cliniques sont importantes selon les experts de l'*American Society of Anesthesiologists* (21). Le suivi nécessite des outils sensibles aux changements. Il implique l'utilisation des instruments avant et après intervention du professionnel de santé.

Comme l'évaluation initiale, le suivi doit reprendre les différentes dimensions de la douleur chronique et leur évolution depuis la consultation précédente.

S'agissant de la symptomatologie clinique, il est souhaitable de revoir le patient après la première évaluation. Il semble préférable de fixer à l'avance avec le patient les dates des futurs contacts. Le délai des prochains rendez-vous est laissé à l'appréciation du médecin. Ces consultations permettront de surveiller l'observance et les effets du traitement.

IV.1. ENTRETIEN SEMI-STRUCTURÉ

Il n'est pas utile de renouveler dans sa forme *in extenso* l'entretien semi-structuré. En pratique il peut être réparti sur plusieurs consultations. Une reprise de certaines parties peut permettre de compléter les informations initiales.

IV.2. OBSERVANCE, AUTOMÉDICATION, CONSOMMATION MÉDICALE

Il n'existe pas d'instrument validé pour suivre la consommation de médicaments, les divers recours au système de santé ou pour connaître l'observance et l'automédication.

IV.3. INTENSITÉ DE LA DOULEUR

Le minimum requis est la mesure de l'intensité de la douleur par l'instrument initialement utilisé (EVA, EN ou EVS). Les conditions de mesure doivent être les mêmes que celles de la première évaluation.

IV.4. ÉVALUATION DU SOULAGEMENT

De même que l'on mesure l'intensité, on peut mesurer l'importance du soulagement. Les échelles visuelles, verbales simples ou échelles numériques peuvent être utilisées ici, en remplaçant la question sur l'intensité de la douleur par une question sur l'importance du soulagement : « *Par rapport à la précédente consultation, à combien estimez-vous l'importance du soulagement de la douleur, entre 0 % (pas du tout) et 100 % (complètement soulagé) ?* »

IV.5. AGENDA

Un outil semble utile : il s'agit de « l'agenda », où le patient compliant peut noter ses prises de médicaments, le soulagement, les épisodes douloureux par exemple.

IV.6. RETENTISSEMENT PSYCHOLOGIQUE SUR LE SUJET

Si le patient a été retrouvé angoissé ou déprimé, une nouvelle utilisation de l'HAD peut permettre de quantifier l'évolution de la symptomatologie. La persistance de scores de l'HAD notant l'absence d'évolution positive des composantes anxieuse et/ou dépressive doit amener le praticien à se questionner sur l'orientation à donner à la prise en charge de la partie psychologique sous-tendant la plainte douloureuse.

IV.7. NOTE

L'absence d'évolution favorable des différentes mesures sur un certain laps de temps et sur un certain nombre de consultations doit inciter à une réévaluation et à modifier en conséquence la stratégie initialement adoptée et si besoin orienter le patient vers une prise en charge plus spécifique.

Il existe différentes manières de suivre un patient. Il n'a pas été retrouvé d'études concernant l'évaluation des stratégies du suivi sur les résultats des traitements antalgiques. Selon l'avis du groupe et des experts de l'*American Society of Anesthesiologists*, la surveillance périodique des patients et la mesure des résultats cliniques sont utiles (21).

Le suivi nécessite des outils sensibles aux changements. Il implique l'utilisation des instruments avant et après intervention du professionnel de santé. La méthode des « agendas » ou des « pancartes » pourrait avoir son utilité (prise en charge du patient par lui-même, ce qui a en soi un effet thérapeutique).

V. PROPOSITIONS D' ACTIONS FUTURES

Il serait utile de pouvoir définir les facteurs de gravité et de risque de chronicité. Toutefois, devant l'absence de critères validés, ce thème pourrait faire l'objet d'un futur travail.

L'analyse de la littérature internationale fait apparaître le besoin d'instruments simples validés pour l'évaluation du malade douloureux chronique en pratique ambulatoire. Les instruments identifiés dans ce travail doivent faire l'objet d'un travail de validation en pratique ambulatoire.

ANNEXE 1. GÉNÉRALITÉS SUR LA DOULEUR

Le groupe a jugé nécessaire de formuler un pré-requis pour la lecture du texte sur l'évaluation de la douleur chronique car les problèmes rencontrés ici sont nombreux. La douleur est un phénomène neuropsychologique complexe et multidimensionnel qui pose un problème de définition : chaque professionnel de santé peut avoir sa propre représentation de la douleur et il n'est pas toujours certain que les différents protagonistes parlent de la même chose.

LE MODÈLE MULTIDIMENSIONNEL DE LA DOULEUR

La douleur reste un phénomène multidimensionnel et la description de la symptomatologie douloureuse chronique peut difficilement se réduire à un seul code, à un seul facteur. La nature « individuelle » de la douleur justifie un abord clinique fondé sur une évaluation *globale du malade* et pas uniquement de la maladie. Il est important de connaître les différents niveaux de compréhension et de réponse thérapeutique au problème posé par la douleur qui persiste. Toute douleur difficile à soulager doit être appréhendée à la fois du point de vue psychologique et somatique.

Différents niveaux d'évaluation complémentaires sont à considérer : diagnostic de la (ou des) cause(s) de la douleur, mécanisme(s) de la douleur, intensité de la douleur perçue, retentissement de la douleur sur la qualité de vie et les capacités fonctionnelles, contexte psychologique et familial... La notion d'évaluation de la douleur est souvent réduite à la seule évaluation de son intensité. Certes, il s'agit d'une variable essentielle pour la décision des traitements symptomatiques, mais ce n'est pas la seule variable à prendre en compte en pratique quotidienne.

En tant que signal d'alarme d'un désordre physique, tout doit être mis en œuvre pour instaurer les traitements les plus étiologiques qui sauront de façon indirecte réduire la douleur. En tant que perception agressive, des actions symptomatiques éviteront son retentissement négatif sur l'individu. En l'absence de traitement radical de la cause, seule cette action symptomatique reste envisageable. Parfois seul reste envisageable le renforcement des capacités adaptatives face à la douleur et à la maladie chronique. Aborder des aspects psychologiques chez un malade douloureux chronique ne signifie pas que l'on cherche nécessairement à identifier une cause initiale psychopathologique, il s'agit aussi d'évaluer le retentissement d'une douleur en sachant que

de nombreuses conséquences cognitives ou comportementales peuvent apparaître comme des facteurs d'amplification ou de maintien.

MÉCANISMES DE LA DOULEUR

La démarche diagnostique doit permettre de préciser non seulement l'existence et la nature du processus pathologique en cause, mais aussi de comprendre le mécanisme générateur de la douleur. Le traitement symptomatique découle pour une large part d'une compréhension satisfaisante de ce mécanisme. Même si de nombreuses données physiopathologiques sont encore imparfaitement comprises, la distinction des trois grands types de mécanismes que sont les douleurs par excès de nociception*, les douleurs neurogènes* et les douleurs psychogènes conserve une valeur opérationnelle, tant lors de l'évaluation que pour les décisions thérapeutiques. Signalons que les tableaux mixtes sont très fréquents.

Tableau 14. Caractéristiques des douleurs selon leur mécanisme (1).

	DOULEUR PAR EXCÈS DE NOCICEPTION	DOULEUR NEUROGÈNE
Physiopathologie	Stimulation des nocicepteurs	Lésion nerveuse périphérique ou centrale
Sémiologie	Rythme mécanique ou inflammatoire	Composante continue (brûlure) Composante fulgurante, intermittente (décharges électriques) Dysesthésies (fourmillements, picotements)
Topographie	Régionale, sans topographie neurologique systématisée	Compatible avec une origine neurologique périphérique (tronc, racine) ou centrale (douleur hémicorporelle)
Examen neurologique	Normal	Signes d'hyposensibilité (hypoesthésie, anesthésie) Signes d'hypersensibilité (allodynies)

1. ORIGINE ORGANIQUE

On oppose classiquement l'origine nociceptive* à l'origine neurogène* (1) (*tableau 14*). Toutefois, on distingue également d'autres tableaux cliniques stéréotypés, reproductibles, reconnus par l'IASP : la douleur myofasciale, l'algodystrophie ou syndrome régional complexe (*tableau 15*) (3).

Tableau 15. Définitions et critères diagnostiques de certains syndromes douloureux chroniques extraits de la *Classification of chronic pain* d'après H. Merskey, 1994 (3).

Fibromyalgie (anglais : *fibromyalgia, fibrositis*) : douleur diffuse des muscles associée à de multiples points douloureux dans des sites définis (11 parmi les 18 points douloureux définis). La douleur est considérée comme diffuse quand toutes les caractéristiques suivantes sont présentes : douleur de la partie gauche du corps, douleur de la partie droite du corps, douleur au-dessous de la taille, douleur au-dessus de la taille. De plus, la douleur du squelette axial (rachis cervical ou partie antérieure du thorax ou rachis thoracique ou rachis lombaire) doit être présente.

NB : L'IASP considère que le syndrome myofascial douloureux (diffus ou pas) a une signification quelque peu différente et qu'utiliser ce terme à propos de la fibromyalgie ajoute à la confusion.

Syndromes myofasciaux douloureux spécifiques (anglais : *specific myofascial pain syndromes*) : les syndromes douloureux myofasciaux spécifiques peuvent survenir au niveau de n'importe lequel des muscles de la motricité volontaire avec une douleur projetée, une hypersensibilité locale et projetée, et un muscle tendu raccourci. La douleur a les mêmes caractéristiques que les syndromes diffus (fibromyalgie). [...] Le diagnostic repose sur la mise en évidence d'un point gachette (point douloureux) et sur la reproduction de la douleur par des manœuvres cliniques.

Syndrome régional complexe ou **algodystrophie** (anglais : *complex regional pain syndrome, Type I (Reflex sympathetic dystrophy)*) : le syndrome régional complexe est un syndrome qui se développe habituellement après un événement délétère. Il n'est pas limité au territoire d'un nerf périphérique unique, et est apparemment disproportionné par rapport à l'événement initial. Il est associé à un degré variable à un œdème, des troubles vasomoteurs cutanés, une activité sudorale anormale dans la région de la douleur, ou à une allodynie ou à une hyperalgésie.

2. ORIGINE PSYCHOGÈNE

L'origine psychogène de la douleur est toujours difficile à reconnaître et nécessite une attention particulière à la rechercher. Comme il est précisé dans la CIM 10 de l'OMS (20) : « *Il peut être difficile d'affirmer l'origine psychologique de ces troubles même quand elle paraît très probable. (...) En l'absence d'arguments en faveur d'une cause psychologique, le diagnostic doit rester provisoire, et on doit poursuivre les explorations somatiques et psychologiques.* » De plus, il est important de réaliser précocément le diagnostic d'une pathologie psychiatrique à l'origine de la douleur chronique. En effet les états conversifs* (désignés dissociatifs* dans la CIM 10) (20) « *ayant déjà évolué depuis plus d'un ou deux ans (...) sont souvent résistants à tout traitement* ».

Une douleur peut se rencontrer dans des pathologies psychiatriques bien définies qu'elles soient du registre de la névrose ou de la psychose. La référence aux critères diagnostiques de la classification CIM 10 peut être d'une aide précieuse (*annexe 3*). Il peut y être associé des symptômes du registre de l'anxiété ou de la dépression. L'aide d'un spécialiste dans l'évaluation des troubles psychiatriques sera nécessaire dans le cas où aucune entité psychopathologique n'émerge après l'évaluation initiale et où le praticien reste convaincu d'une origine psychogène à la plainte douloureuse chronique.

3. ORIGINE IDIOPATHIQUE

Quand le clinicien ne retrouve pas de lésion organique ou de cause psychogène, la douleur peut être définie comme idiopathique*. C'est parfois dans ce cadre que rentrent certaines douleurs dites « fonctionnelles », terme ne correspondant pas à une définition nosographique, même si ces douleurs sont caractérisées sur le plan symptomatique (comme les glossodynies, par exemple). Leurs mécanismes sont actuellement inconnus. On regroupe également ici les plaintes inclassables ailleurs.

Toutefois comme on l'a vu au chapitre précédent, « *en l'absence d'arguments en faveur d'une cause psychologique, le diagnostic doit rester provisoire, et on doit poursuivre les explorations somatiques et psychologiques* » (20). En effet, il se peut que l'on arrive à rattacher une origine à ces douleurs au cours de leur évolution.

DOULEUR : PERCEPTION ET COMPORTEMENT

Quel que soit son mécanisme initiateur somatique, neurologique ou psychologique, la douleur proprement dite constitue dans tous les cas une expérience subjective, un phénomène neuropsychologique, central. La classique dichotomie somatique/psychologique concerne donc le mécanisme générateur (l'étiologie) mais non le phénomène douleur lui-même.

Il s'agit d'un phénomène complexe et l'on distingue **quatre composantes interactives** dans la perception de la douleur : sensori-discriminative*, affective et émotionnelle, cognitive et enfin comportementale (61). L'ensemble de ces dimensions est lui-même sous l'influence de facteurs environnementaux, professionnels, familiaux, sociaux et culturels, passés ou présents. Un autre facteur peut jouer un rôle important : il s'agit de la durée de la douleur en fonction de laquelle on oppose la douleur aiguë à la douleur chronique.

1. COMPOSANTE SENSORI-DISCRIMINATIVE

La composante sensori-discriminative correspond aux mécanismes neurophysiologiques qui permettent le décodage de la qualité (brûlure, décharges électriques, torsion, etc.), de la durée (brève, continue, etc.), de l'intensité et de la localisation des messages nociceptifs. En comparaison avec d'autres systèmes sensoriels, les performances du décodage des messages nociceptifs ne sont pas parfaites. On sait que la douleur peut manquer dans de nombreux cas ou n'apparaître qu'à un stade trop avancé, dans le cancer par exemple. On connaît la localisation imprécise des douleurs profondes, en particulier viscérales, et le phénomène de douleur projetée. Du fait de ces caractéristiques sensorielles, certains auteurs considèrent que la douleur se rapproche plus de la perception d'un état de besoin comme la faim ou la soif plutôt que d'un système sensoriel comme la vision ou l'audition (62).

Pour le clinicien l'écoute attentive de la description de la sensation douloureuse (qualité, topographie, variation des niveaux de douleur selon certains facteurs, évolution dans le temps, recherche de douleur provoquée, examen de la sensibilité) est une étape indispensable de l'évaluation de tout malade. Lorsque ces éléments de base manquent, il peut être impossible de décider une stratégie appropriée pour un malade, même si l'on connaît par ailleurs le diagnostic somatique.

2. COMPOSANTE AFFECTIVO-ÉMOTIONNELLE

Si la douleur occupe une place particulière parmi les perceptions, c'est du fait de sa composante affective particulière qui fait partie intégrante de l'expérience douloureuse et lui confère sa tonalité désagréable, agressive, pénible, difficilement supportable. Si la douleur intense impose un traitement symptomatique, c'est à cause de ce retentissement sur l'individu.

Elle est déterminée, non seulement par la cause de la douleur elle-même, mais également par son contexte. La signification de la maladie, l'incertitude sur son évolution sont autant de facteurs qui vont venir moduler le vécu douloureux.

Cette composante affective peut se prolonger vers des états émotionnels voisins comme l'anxiété ou la dépression (63). Cette proximité explique une règle d'approche de tout malade douloureux qui est d'évaluer systématiquement les niveaux d'anxiété et de dépression ainsi que les facteurs en cause.

3. COMPOSANTE COGNITIVE

Le terme cognitif désigne un ensemble de processus mentaux susceptibles d'influencer une perception (ici la douleur) et les réactions comportementales qu'elle détermine : processus d'attention et de diversion de l'attention, interprétations et valeurs attribuées à la douleur, anticipations, références à des expériences douloureuses antérieures personnelles ou observées, décisions sur le comportement à adopter.

On connaît l'influence de la signification accordée à la maladie sur le niveau d'une douleur. En étudiant comparativement deux groupes de blessés, militaires et civils, qui présentaient des lésions en apparence identiques, les militaires réclamaient moins d'analgésiques (64). L'explication de cette différence serait que, dans les deux groupes, le traumatisme et son contexte revêtent des significations tout à fait différentes : comparativement positives pour les militaires (vie sauve, fin des risques du combat, bonne considération du milieu social, etc.), comparativement négatives pour les civils (perte d'emploi, pertes financières, désinsertion sociale, etc.).

4. COMPOSANTE COMPORTEMENTALE

La composante comportementale englobe l'ensemble des manifestations verbales et non verbales observables chez la personne qui souffre (plaintes, mimiques, postures antalgiques, impossibilité de maintenir un comportement normal, etc.). Ces manifestations peuvent apparaître comme réactionnelles à une douleur perçue. Elles constituent des indices reflétant l'importance du

problème de douleur. Elles assurent aussi une fonction de communication avec l'entourage. Les apprentissages antérieurs, fonction de l'environnement familial et ethnoculturel, de standards sociaux liés à l'âge et même au sexe, sont susceptibles de modifier la réaction actuelle d'un individu. Les réactions de l'entourage (familial, professionnel, soignant) peuvent interférer avec le comportement du malade douloureux et contribuer à son entretien.

L'IMPORTANCE DU FACTEUR TEMPS

La notion de chronicité de la douleur renvoie à une dimension temporelle puisqu'elle est définie habituellement par les auteurs anglo-saxons comme durant plus de 3 à 6 mois (5). Elle renvoie également à une dimension comportementale signant sa gravité, avec un retentissement négatif sur l'individu (21). On peut alors la considérer comme une maladie à part entière mettant en difficulté les capacités d'adaptation des patients. Le syndrome douloureux chronique (ou « douleur-maladie » selon Lérique) (65) est différent de la douleur chronique au sens strict du terme (définie simplement comme durant plus de 3 à 6 mois) et ne concerne pas les patients pouvant vivre « normalement » avec elle, s'adaptant à elle. Toutefois, il faut pouvoir détecter assez tôt parmi ces patients, comme parmi ceux présentant une douleur aiguë, ceux qui pourraient présenter des troubles directement liés à cette douleur qui deviendrait alors un syndrome douloureux chronique. La frontière entre ces deux entités est parfois difficile à établir. Cette démarche doit permettre de prendre en charge ces patients de façon optimale le plus précocément possible.

Les facteurs responsables de l'évolution d'une douleur vers la chronicité sont multiples et imparfaitement connus. Les hypothèses disponibles concernent les niveaux neurophysiologique (plasticité neuronale) et psychologique (phénomène d'apprentissage, conditionnement). Il est généralement admis que la persistance contribue par elle-même à transformer les mécanismes initiaux de la douleur. Une douleur due à une cause physique initiale, un traumatisme par exemple, peut être perpétuée par des facteurs secondaires (66) : neurophysiologiques (plasticité), neuropsychologiques (trace mnésique) et comportementaux (troubles du sommeil, dépression...). On retrouve ici la classique théorie des cercles vicieux qui en pratique courante reste très utile pour expliquer aux patients les mécanismes d'amplification et de persistance d'une douleur.

Le groupe a repris la définition classique qui fixe la limite entre douleur aiguë et chronique entre 3 et 6 mois (*tableau 1*). Ce repère temporel arbitraire implique surtout que, du fait même de sa persistance, une douleur « rebelle », c'est-à-dire résistante au traitement, doit faire suspecter l'évolution vers un syndrome douloureux chronique.

PATHOLOGIE SÉQUELLAIRE OU ÉVOLUTIVE

La douleur est habituellement un signal d'alarme physiologique, c'est-à-dire un symptôme, un signe d'une maladie sous-jacente qu'il faut traiter. C'est le cas tout au moins pour une douleur aiguë, ou de plus ou moins courte durée (appendicite aiguë, infarctus du myocarde par exemple). Lorsque la douleur est chronique ou de longue durée (pathologies rhumatismales chroniques par exemple) on ne peut plus la considérer uniquement comme un signe d'alarme. Par sa persistance, elle va au-delà du symptôme, de l'avertissement et devient un problème en soi car elle a des retentissements péjoratifs importants sur l'individu.

Les douleurs chroniques ne constituent pas un groupe homogène et il faut considérer au moins deux grandes catégories distinctes : les douleurs liées à une pathologie évolutive maligne (par exemple cancer ou SIDA) et les douleurs chroniques non malignes, parfois improprement dénommées « bénignes », liées à une pathologie séquellaire, peu (ou pas) évolutive (lésion post-traumatique, lombalgie, lésion nerveuse par exemple). La douleur liée à la progression de la tumeur cancéreuse se rapproche plus d'une douleur aiguë persistante. Cette notion est confirmée par la place de la morphine comme pièce maîtresse de la prise en charge tant de la douleur cancéreuse que postopératoire (1).

Les douleurs chroniques cancéreuses et non cancéreuses ont en commun d'être des symptômes inutiles et agressifs pour l'individu, devant être pris en charge pour eux-mêmes. Dans les deux cas, il est recommandé de procéder à une évaluation globale, à la fois somatique et psychologique. Si les niveaux d'analyse restent similaires (affectif, cognitif, comportemental), en revanche les problématiques identifiées ne seront pas les mêmes. Les objectifs et l'esprit de la prise en charge seront également différents.

ANNEXE 2. GLOSSAIRE

Affectif¹ (*angl. affective*) : qui concerne les états de plaisir ou de douleur (simples : affects, sensations ; ou complexes : émotions, passions, sentiments).

Allodynie² (*angl. allodynia*) : douleur due à un stimulus qui ne provoque pas de douleur habituellement.

Analgsie² (*angl. analgesia*) : absence de douleur en réponse à un stimulus normalement douloureux.

Anesthésie douloureuse² (*angl. anesthesia dolorosa*) : douleur ressentie dans une aire qui est anesthésiée, totalement privée de sensibilité.

Causalgie² (*angl. causalgia*) : syndrome comprenant une douleur continue à type de brûlure, une allodynie et une hyperpathie survenant après une lésion nerveuse traumatique, souvent associée à un dysfonctionnement de la vasomotricité et de la sudation et plus tardivement de troubles trophiques.

Chronique (douleur) (*angl. chronic pain*) : voir paragraphe II de l'Argumentaire.

Cognitif³ (*angl. cognitive*) : qualifie les processus par lesquels un organisme acquiert des informations sur l'environnement et les élabore pour régler son comportement : perception, formation de concepts, raisonnement, langage, décision, pensée.

Comportement¹ (*angl. behaviour*) : ensemble des réactions objectivement observables.

Conversion⁴ (*angl. conversion*) : mécanisme de défense, dans le cadre des névroses selon la conception freudienne, utilisant l'expression corporelle pour concilier à la fois la manifestation du désir interdit et l'interdiction elle-même.

Déficiences⁵ (*angl. deficiency*) : toute perte de substance ou altération d'une structure ou fonction psychologique, physiologique ou anatomique.

Désavantage social⁵ (*angl. social disadvantage*) : il résulte pour un individu donné d'une déficience ou d'une incapacité qui limite ou interdit l'accomplissement d'un rôle normal (en rapport avec l'âge, le sexe, les facteurs sociaux et culturels).

Dissociatif³ (*angl. dissociative*) : voir «F44 troubles dissociatifs [de conversion]» de la CIM 10 en annexe 3.

Douleur² (*angl. pain*) : expérience sensorielle et émotionnelle désagréable, liée à une lésion tissulaire existante ou potentielle, ou décrite en termes évoquant une telle lésion.

Douleur centrale² (*angl. central pain*) : douleur provenant ou causée par une lésion ou un dysfonctionnement situés au niveau du système nerveux central.

Douleur de neuropathie² (*angl. neuropathic pain*) : douleur provenant ou causée par une lésion ou un dysfonctionnement situés au niveau du système nerveux.

Douleur neurogène² (*angl. neurogenic pain*) : douleur provenant ou causée par une lésion, un dysfonctionnement ou une perturbation transitoire situés au niveau du système nerveux périphérique ou central.

¹ Dictionnaire alphabétique et analogique de la langue française. Paris: Éd. Robert; 1972.

² Merskey H, Bogduk N. Classification of chronic pain. Descriptions of chronic pain syndromes and definitions of pain terms. Seattle (VA): IASP Press; 1994.

³ Piéron H. Vocabulaire de la psychologie. Paris: PUF; 1990.

⁴ Duguay R, Ellenberger HF. Précis pratique de psychiatrie. Paris: Maloine; 1981.

⁵ Organisation Mondiale de la Santé. Traitement de la douleur cancéreuse et soins palliatifs. Genève: OMS; 1990.

Dyesthésie² (*angl. dyesthesia*) : sensation désagréable anormale, spontanée ou provoquée.

Émotion¹ (*angl. emotion*) : état affectif intense, caractérisé par une brusque perturbation physique et mentale où sont abolies, en présence de certaines excitations ou représentation très vives, les réactions appropriées d'adaptation à l'événement.

Fidélité⁶ (*angl. reliability*) ou reproductibilité : il en existe différentes variétés. Les deux principales sont la fidélité inter-juges (voir ce terme) et la fidélité test-retest (voir ce terme)

Fidélité inter-juges⁶ (*angl. inter-raterreliability*) : qualité d'un instrument qui donne des scores identiques ou très proches lorsque plusieurs observateurs cotent les mêmes sujets. Elle s'apprécie par un coefficient de concordance inter-cotateurs.

Fidélité test-retest⁶ (*angl. test-retest reliability*) : le test fournit des résultats à peu près identiques lorsqu'il est répété dans le temps à un même sujet dont l'état ne s'est pas modifié entre les deux passations.

Handicap⁷ (*angl. handicap*) : désavantage résultant d'une déficience ou d'une incapacité, qui gêne ou limite le sujet dans l'accomplissement de son rôle social.

Hyperalgésie² (*angl. hyperalgesia*) : réponse douloureuse exagérée à un stimulus normalement douloureux.

Hyperesthésie² (*angl. hyperesthesia*) : sensibilité exagérée à une stimulation somesthésique (tactile, thermique, douloureuse), à l'exception des stimulations sensorielles spécifiques.

Hyperpathie² (*angl. hyperpathia*) : syndrome douloureux caractérisé par une réaction anormalement douloureuse à un stimulus (en particulier un stimulus répétitif) et dont le seuil est augmenté.

Hypoalgésie² (*angl. hypoalgesia*) : réponse douloureuse diminuée à un stimulus normalement douloureux.

Hypoesthésie² (*angl. hypoesthesia*) : sensibilité diminuée à une stimulation somesthésique, à l'exception des stimulations sensorielles spécifiques.

Idiopathique⁷ (*angl. idiopathic*) : 1. sens réel, mais rarement utilisé : qualifie une affection considérée comme autonome, indépendante, ne relevant pas d'une autre affection (par opposition aux troubles symptomatiques qui, eux, n'ont pas d'existence nosologique propre). 2. Par extension abusive, mais intelligible en raison du caractère arbitraire du sens précédent : qualifie une maladie d'origine inconnue.

Incapacité fonctionnelle⁵ (*angl. Functional disability*) : toute réduction (résultant d'une déficience), partielle ou totale, de la capacité d'accomplir une activité d'une façon ou dans les limites considérées comme normales pour un être humain.

Métrologie¹ (*angl. metrology*) : science des mesures.

Neuropathie² (*angl. neuropathy*) : perturbation de la fonction ou modification pathologique d'un nerf du système nerveux périphérique. Au niveau d'un seul nerf = mononeuropathie, au niveau de plusieurs nerfs = mononeuropathie multiple, en cas d'atteinte diffuse ou bilatérale = polyneuropathie.

Névralgie² (*angl. neuralgia*) : douleur survenant dans un ou plusieurs territoires nerveux.

Névrite² (*angl. neuritis*) : inflammation d'un ou plusieurs nerfs.

¹ Dictionnaire alphabétique et analogique de la langue française. Paris: Éd. Robert; 1972.

² Merskey H, Bogduk N. Classification of chronic pain. Descriptions of chronic pain syndromes and definitions of pain terms. Seattle (VA): IASP Press; 1994.

⁵ Organisation Mondiale de la Santé. Traitement de la douleur cancéreuse et soins palliatifs. Genève: OMS; 1990.

⁶ Fermanian J. Évaluer correctement la validité d'une échelle : les nombreux pièges à éviter. Rev Épidémiol Santé Publ 1996; 44: 278-86.

⁷ Dictionnaire de Médecine. Paris: Flammarion; 1982.

Nocicepteur² (*angl. nociceptor*) : récepteur préférentiellement sensible à un stimulus capable de produire une lésion tissulaire ou qui devient délétère s'il est prolongé.

Paresthésie² (*angl. paresthesia*) : sensation anormale, désagréable ou non, spontanée ou provoquée.

Récurrence⁷ (*angl. recurrence*) : reprise évolutive d'une maladie apparemment guérie, sans nouveau contact pathogène.

Sensibilité au changement⁶ (*angl. sensibility to change ou responsiveness*) : qualité d'un instrument d'évaluation dont le score, chez un sujet donné, varie nettement lorsque le phénomène mesuré change.

Sensori-discriminatif⁸ (*angl. sensori discriminative*) : correspond au caractère qualitatif de la douleur (piqûre, brûlure, torsion, ...) mais aussi à sa durée, son intensité et sa localisation.

Seuil douloureux² (*angl. pain threshold*) : expérience douloureuse la plus faible qu'un sujet puisse identifier comme telle.

Validation⁶ (*angl. validation*) : processus général d'étude des différentes qualités métrologiques d'un instrument : validité, fidélité, sensibilité au changement. Le processus de validation aboutit à décréter qu'un instrument est validé.

Validé (instrument)⁶ (*angl. valid*) : se dit d'un instrument dont on a vérifié les trois qualités métrologiques (validité, fidélité, sensibilité au changement).

Validité⁶ (*angl. validity*) : aptitude d'un instrument à mesurer exactement ce qu'il est censé mesurer. On dit alors qu'il est valide.

Validité contre critère (sur critère)⁶ (*angl. criterion validity*) : le phénomène mesuré est évalué à la fois par l'échelle étudiée et un critère extérieur à celle-ci pris comme référence. Un nombre suffisant de sujets étant évalué de manière indépendante par les deux instruments, on mesure l'intensité du lien statistique existant entre les deux évaluations.

Validité du construit⁶ (*angl. construct validity*) : la conception théorique que nous avons du phénomène mesuré par l'échelle nous permet de faire un certain nombre d'hypothèses. Celles-ci seront ensuite testées expérimentalement.

Validité de contenu⁶ (*angl. content validity*) : on évalue dans quelle mesure les items composant l'échelle sont pertinents et constituent un échantillon représentatif de l'univers de tous les items possibles pouvant décrire le phénomène mesuré.

⁶ Fermanian J. Évaluer correctement la validité d'une échelle : les nombreux pièges à éviter. Rev Épidémiol Santé Publ 1996; 44: 278-86.

⁸ Melzack R, Wall PD. Pain assessment. A new theory. Science 1965: 971-5.

ANNEXE 3. EXTRAITS DE LA CIM 10

Les items suivants ont été extraits de la dixième classification internationale des maladies (CIM 10) de 1992 (20).

F 44 TROUBLES DISSOCIATIFS (DE CONVERSION)

Les divers troubles dissociatifs (ou de conversion) ont en commun une perte partielle ou complète des fonctions normales d'intégration des souvenirs, de la conscience de l'identité ou des sensations immédiates et du contrôle des mouvements corporels. Toutes les variétés de troubles dissociatifs ont tendance à disparaître après quelques semaines ou mois, en particulier quand leur survenue est associée à un événement traumatique. L'évolution peut également se faire vers des troubles plus chroniques, en particulier des paralysies et des anesthésies, quand la survenue du trouble est liée à des problèmes ou des difficultés interpersonnelles insolubles. Dans le passé, ces troubles ont été classés comme divers types « d'hystéries de conversion ». On admet qu'ils soient psychogènes, dans la mesure où ils surviennent en relation temporelle étroite avec des événements traumatiques, des problèmes insolubles et insupportables, ou des relations interpersonnelles difficiles. Les symptômes traduisent souvent l'idée que se fait le sujet du tableau clinique d'une maladie physique. L'examen médical et les examens complémentaires ne permettent pas de mettre en évidence un trouble physique (en particulier neurologique) connu. Par ailleurs, on dispose d'arguments pour penser que la perte d'une fonction est, dans ce trouble, l'expression d'un conflit ou d'un besoin psychique. Les symptômes peuvent se développer en relation étroite avec un facteur de stress psychologique et ils surviennent souvent brusquement. Seuls les troubles impliquant soit une perturbation des fonctions physiques normalement sous le contrôle de la volonté, soit une perte des sensations sont inclus ici. Les troubles impliquant des manifestations douloureuses ou d'autres sensations physiques complexes faisant intervenir le système nerveux autonome, sont classés parmi les troubles somatoformes (F45.0). La possibilité de survenue, à une date ultérieure, d'un trouble physique ou psychiatrique grave doit toujours être gardée à l'esprit.

Comprend :

- hystérie (de conversion) ;
- psychose hystérique ;
- réaction de conversion.

À l'exclusion de :

Simulateur (Z76.5)

F44.8 Autres troubles dissociatifs (de conversion)

Confusion }
État second } psychogène
Personnalité multiple
Syndrome de Ganser

F44.9 Trouble dissociatif (de conversion), sans précision.

F45 TROUBLES SOMATOFORMES

La caractéristique essentielle est l'apparition de symptômes physiques associés à une quête médicale insistante, persistant en dépit de bilans négatifs répétés et de déclarations faites par les médecins selon lesquelles les symptômes n'ont aucune base organique. S'il existe un trouble physique authentique, ce dernier ne permet de rendre compte ni de la nature ou de la gravité des symptômes, ni de la détresse ou des préoccupations du sujet.

À l'exclusion de :

dysfonctionnement sexuel non induit par un trouble ou une maladie organique (F52.-)
facteurs psychologiques ou comportementaux associés à des maladies ou des troubles classés ailleurs (F54)
habitude de se ronger les ongles (F98.8)
lallation (F80.0)
onychophagie (F98.8)
s'arracher les cheveux (F98.4)
succion du pouce (F98.8)
syndrome de Gilles de la Tourette (F95.2)
tics de l'enfance et de l'adolescence (F95.-)
trichotillomanie (F63.3)
troubles dissociatifs (F44.-)
zézaiement (F80.8)

F45.0 Somatisation

Les principales caractéristiques sont des symptômes physiques multiples, récurrents et variables

dans le temps, persistant au moins deux ans. Dans la plupart des cas, les sujets entretiennent, depuis longtemps, des relations complexes avec les services médicaux, spécialisés et non spécialisés, et ont subi de nombreuses investigations ou interventions exploratrices négatives. Les symptômes peuvent renvoyer à n'importe quel système ou partie du corps. Le trouble a une évolution chronique et fluctuante, et s'accompagne souvent d'une altération du comportement social, interpersonnel et familial. Quand le trouble est de durée plus brève (moins de deux ans) ou quand il se caractérise par des symptômes moins évidents, on doit faire un diagnostic de trouble somatoforme indifférencié (F45.1).

Trouble psychosomatique multiple.

À l'exclusion de :

Simulateur (Z76.5).

F45.1 Trouble somatoforme indifférencié

Le diagnostic d'un trouble somatoforme indifférencié doit être envisagé devant des plaintes somatoformes multiples, variables dans le temps, persistantes, mais ne répondant pas au tableau clinique complet et typique d'une somatisation.

Trouble psychosomatique indifférencié

F45.2 Trouble hypocondriaque

La caractéristique essentielle de ce trouble est une préoccupation persistante concernant la présence éventuelle d'un ou de plusieurs troubles somatiques graves et évolutifs, se traduisant par des plaintes somatiques persistantes ou par une préoccupation durable concernant l'apparence physique. Des sensations et des signes physiques normaux ou anodins sont souvent interprétés par le sujet comme étant anormaux ou pénibles. L'attention du sujet se concentre habituellement sur un ou deux organes ou systèmes. Il existe souvent une dépression et une anxiété importantes, pouvant justifier un diagnostic supplémentaire.

Dysmorphophobie (non délirante)

Hypocondrie

Névrose hypocondriaque

Nosophobie

Peur d'une dysmorphie corporelle

À l'exclusion de :

dysmorphophobie délirante (F22.8)

idées délirantes stables concernant le fonctionnement ou la forme du corps (F22.-)

F45.3 Dysfonctionnement neurovégétatif somatoforme

Le patient attribue ses symptômes au trouble d'un système ou d'un organe innervé et contrôlé, en grande partie ou entièrement, par le système neurovégétatif : système cardio-vasculaire, gastro-intestinal, respiratoire, et urogénital. Les symptômes sont habituellement de deux types, aucun des deux n'évoquant un trouble somatique de l'organe ou du système concerné. Le premier type concerne des plaintes en rapport avec des signes objectifs d'un hyperfonctionnement neurovégétatif, par exemple des palpitations, une transpiration, des bouffées de chaleur ou de froid, des tremblements, ainsi que des manifestations traduisant une crainte et un sentiment de détresse quant à la présence possible d'un trouble somatique. Le deuxième type concerne des plaintes subjectives non spécifiques et variables, par exemple des douleurs vagues, des sensations de brûlure, de lourdeur, d'oppression, de gonflement ou d'étirement, attribuées par le patient à un organe ou à un système spécifique.

Asthénie neuro-circulatoire

Formes psychogènes de :

- aérophagie
- « côlon irritable »
- diarrhée
- dyspepsie
- dysurie
- flatulence
- hoquet
- hyperventilation
- mictions fréquentes
- spasme du pylore
- toux

Névrose :

- cardiaque
- gastrique

Syndrome de Da Costa

À l'exclusion de :

facteurs psychologiques et comportementaux associés à des maladies ou des troubles classés ailleurs (F54)

F45.4 Syndrome douloureux somatoforme persistant

La plainte essentielle concerne une douleur persistante, intense, s'accompagnant d'un sentiment de détresse, non expliquée entièrement par un processus physiologique ou un trouble physique et survenant dans un contexte de conflits émotionnels et de problèmes psychosociaux suffisamment importants pour constituer la cause essentielle du trouble selon le clinicien. Le trouble assure habituellement au patient une aide et une sollicitude accrues de la part de son entourage et des médecins. Une douleur considérée comme psychogène mais survenant au cours d'un trouble dépressif ou d'une schizophrénie ne doit pas être classée ici.

Céphalées	}	Psychogène(s)
Dorsalgie		
Douleur somatoforme		
Psychalgie		

À l'exclusion de :

céphalée de tension (G44.2)

douleur

- SAI (R52.9)
- aiguë (R52.0)
- chronique (R52.2)
 - irréductible (R52.1)

mal de dos SAI (M54.9)

F45.8 Autres troubles somatoformes

Tous les autres troubles des sensations, des fonctions et du comportement, non dus à un trouble physique, qui ne sont pas sous l'influence du système neurovégétatif, qui se rapportent à des systèmes ou à des parties du corps spécifiques et qui sont étroitement liés d'un point de vue chronologique avec des événements ou des problèmes stressants.

Dysménorrhée	}	psychogène
Dysphagie, y compris la « boule hystérique »		
Prurit		
Torticolis		
Grincement des dents (bruxisme)		

F45.9 Trouble somatoforme, sans précision

Trouble psychosomatique SAI

R51 CÉPHALÉE

Douleur faciale SAI

À l'exclusion de :

- algie faciale atypique (G50.1)
- migraine et autres syndromes d'algies céphaliques (G43-G44)
- névralgie du trijumeau (G50.0)

R52 DOULEUR NON CLASSÉE AILLEURS

Comprend :

douleur ne pouvant être rapportée à un seul organe ou une seule partie du corps

À l'exclusion de :

- céphalée (R51)
- colique néphrétique (N23)
- douleur (de) :
 - abdominale (R10.-)
 - articulaire (M25.5)
 - dent (K08.8)
 - dos (M54.9)
 - épaule (M75.8)
 - gorge (R07.0)
 - langue (K14.6)
 - mammaire (N64.4)
 - membre (M79.6)
 - oculaire (H57.1)
 - oreille (H92.0)
 - pelvienne et périnéale (R10.2)
 - psychogène (F45.4)
 - rachis (M54.-)
 - région lombaire (M54.5)
 - thoracique (R07.1-R07.4)

personnalité caractérisée par un syndrome algique chronique (F62.8)

R52.0 Douleur aiguë

R52.1 Douleur chronique irréductible

R52.2 Autres douleurs chroniques

R52.9 Douleur, sans précision

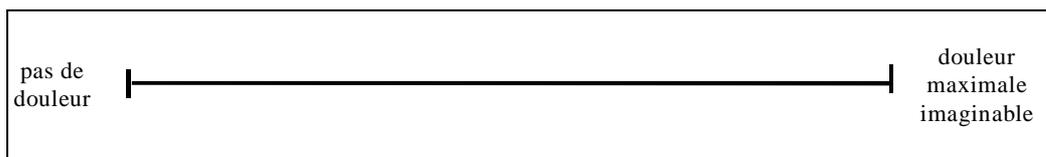
Douleurs généralisées SAI.

ANNEXE 4. ÉCHELLES DE MESURE D'INTENSITÉ DOULOUREUSE ET DE SOULAGEMENT

ÉCHELLE VISUELLE ANALOGIQUE (EVA)

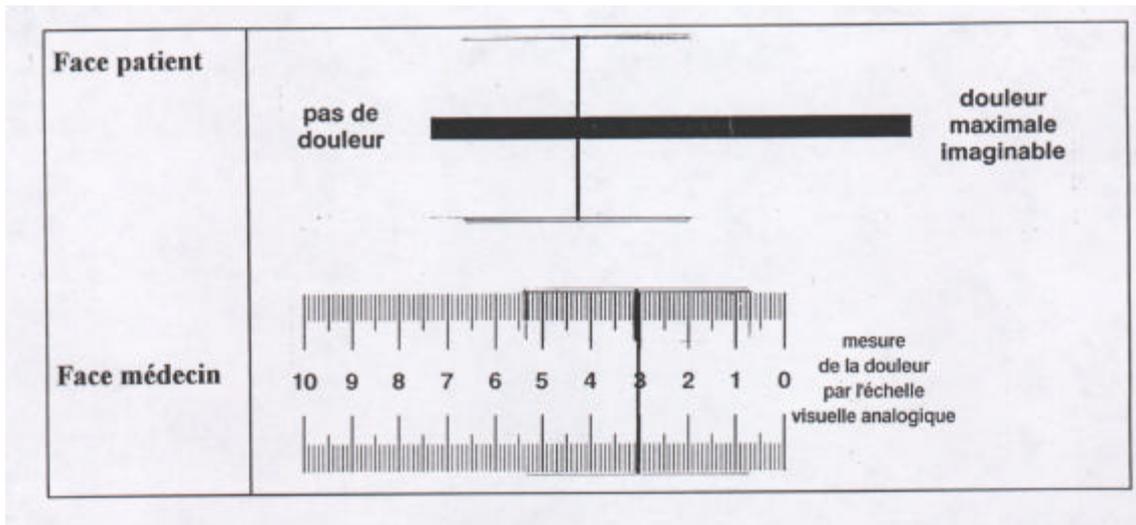
1. FORME PAPIER

Ligne horizontale ou verticale de 100 mm, orientée de gauche à droite ou de bas en haut. Les deux extrémités de la ligne sont définies respectivement par des termes tels que « pas de douleur » et « douleur maximale imaginable » (1). Le patient répond en traçant un trait sur la ligne. L'intensité de la douleur est mesurée par la distance entre la position du trait et l'extrémité « pas de douleur ».



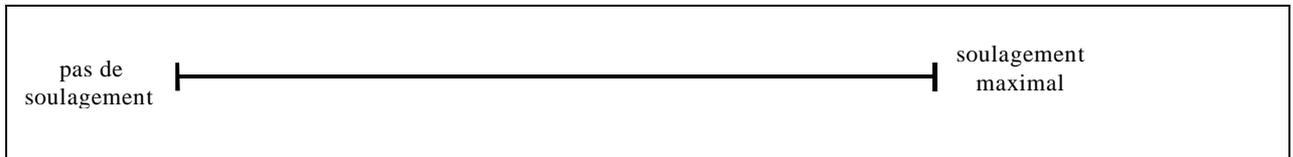
2. FORME « MÉCANIQUE »

Réglette sur laquelle est tracée une ligne horizontale ou verticale de 100 mm sur la « face patient », orientée de gauche à droite ou de bas en haut (1). Les deux extrémités de la ligne sont définies respectivement par des termes tels que « pas de douleur » et « douleur maximale imaginable ». Le patient répond en déplaçant le curseur de la réglette. L'intensité de la douleur est mesurée par la distance entre la position du curseur et l'extrémité « pas de douleur » sur la « face médecin ».



3. MESURE DE L'INTENSITÉ DU SOULAGEMENT - FORME PAPIER

Ligne horizontale ou verticale de 100 mm, orientée de gauche à droite ou de bas en haut. Les deux extrémités de la ligne sont définies respectivement par des termes tels que « pas de soulagement » et « soulagement maximal ». Le patient répond en traçant un trait sur la ligne. L'intensité du soulagement est mesurée par la distance entre la position du trait et l'extrémité « pas de soulagement ».



ÉCHELLE NUMÉRIQUE (EN)

1. MESURE DE L'INTENSITÉ DE LA DOULEUR - FORME PAPIER

Exemple de présentation écrite de l'échelle numérique (23) :

Indiquez ci-dessous la note de 0 à 10 qui décrit le mieux l'importance de votre douleur. La note 0 correspond à « pas de douleur ». La note 10 correspond à la « douleur maximale imaginable ».

Pas de douleur	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	Douleur maximale imaginable
----------------	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	----	-----------------------------

Donnez une note

2. MESURE DE L'INTENSITÉ DU SOULAGEMENT - FORME PAPIER

Indiquez ci-dessous le pourcentage qui correspond le mieux à l'importance du soulagement de votre douleur. 0 % correspond à « pas de soulagement », 100 % correspond au « soulagement maximal »

Pas de soulagement	0 %	10 %	20 %	30 %	40 %	50 %	60 %	70 %	80 %	90 %	100 %	Soulagement maximal
--------------------	-----	------	------	------	------	------	------	------	------	------	-------	---------------------

Donnez un pourcentage

ÉCHELLES VERBALES SIMPLES (EVS)

Elles sont constituées de 4 ou 5 catégories ordonnées de descripteurs. À chaque catégorie correspond un score.

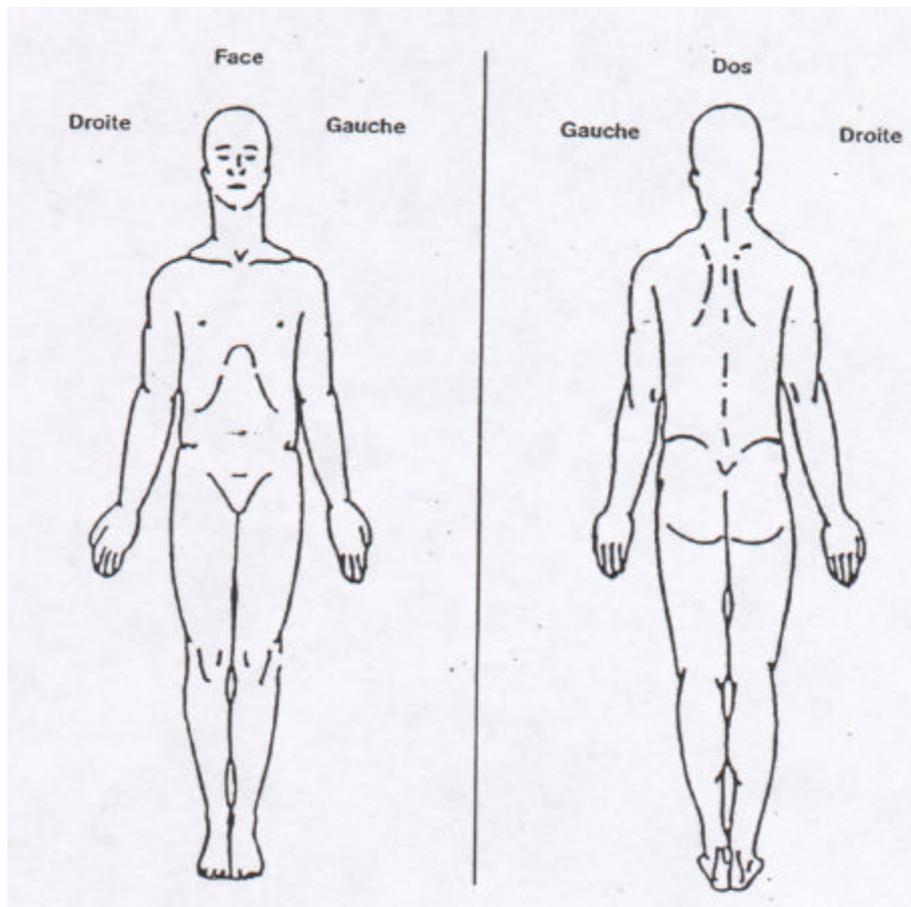
Douleur (1)	Scores
absente	0
faible	1
modérée	2
intense	3
extrêmement intense	4

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

ANNEXE 5. INSTRUMENTS À VISÉE TOPOGRAPHIQUE

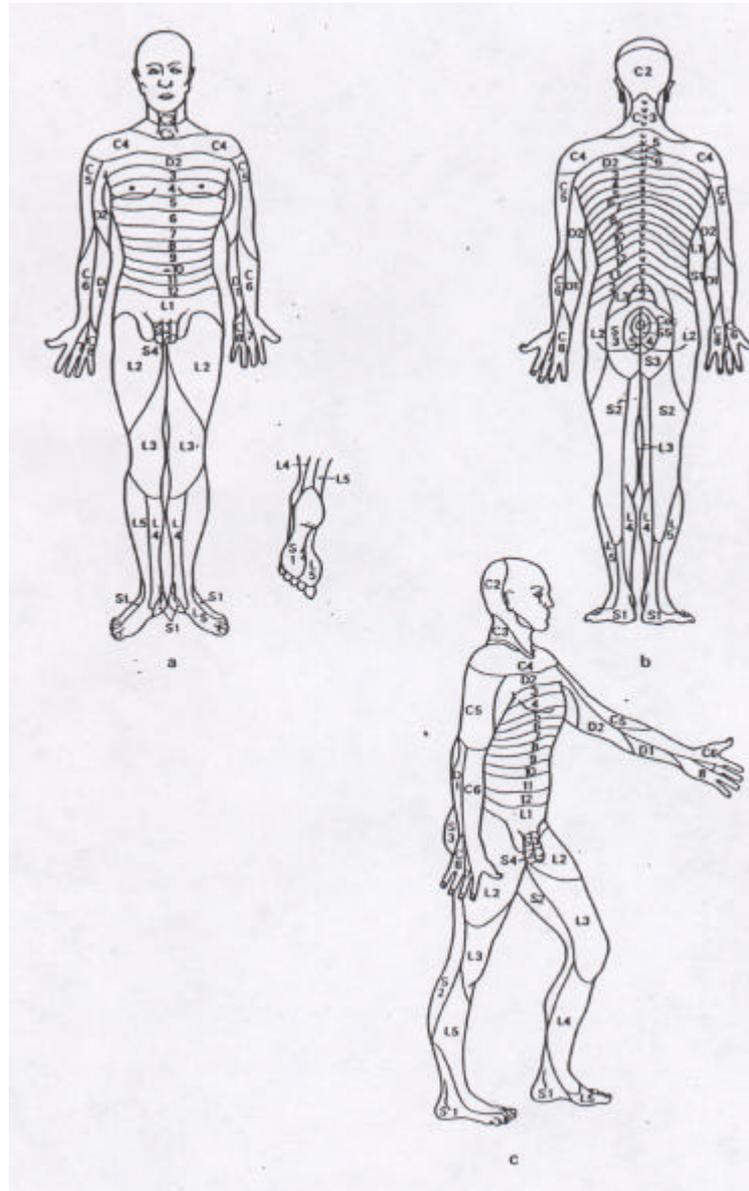
SCHÉMA DES ZONES DOULOUREUSES

Le schéma des zones douloureuses a été extrait d'une communication personnelle de F Larue. Indiquez sur ce schéma où se trouve votre douleur en hachurant la zone. Mettez sur le schéma un « S » pour une douleur près de la surface de votre corps ou un « P » pour une douleur plus profonde dans le corps. Mettez un « I » à l'endroit où vous ressentez la douleur la plus intense.



RÉPARTITION DES DERMATOMES

La figure de répartition des dermatomes a été extraite de l'ouvrage de Cambier (67).



ANNEXE 6. DESCRIPTION VERBALE DE LA DOULEUR

QUESTIONNAIRE DOULEUR DE SAINT-ANTOINE (QDSA), FORME ABRÉGÉE

La présentation du QDSA forme abrégée a été extraite de l'article de F Boureau (41).

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

	0 absent non	1 faible un peu	2 modéré modérément	3 fort beaucoup	4 extrêmement fort extrêmement
Élancements					
Pénétrante					
Décharges électriques					
Coups de poignard					
En étau					
Tiraillement					
Brûlure					
Fourmillements					
Lourdeur					
Épuisante					
Angoissante					
Obsédante					
Insupportable					
Énervante					
Exaspérante					
Déprimante					

VÉRIFIEZ QUE VOUS AVEZ RÉPONDU À TOUTES LES QUESTIONS !

ANNEXE 7. QUESTIONNAIRES MULTIDIMENSIONNELS

QUESTIONNAIRE CONCIS SUR LES DOULEURS (QCD), VERSION COURTE

Le QCD est la traduction française du *Brief Pain Inventory* (BPI). La présentation de ce questionnaire a été extraite de l'ouvrage de L Brasseur (48).

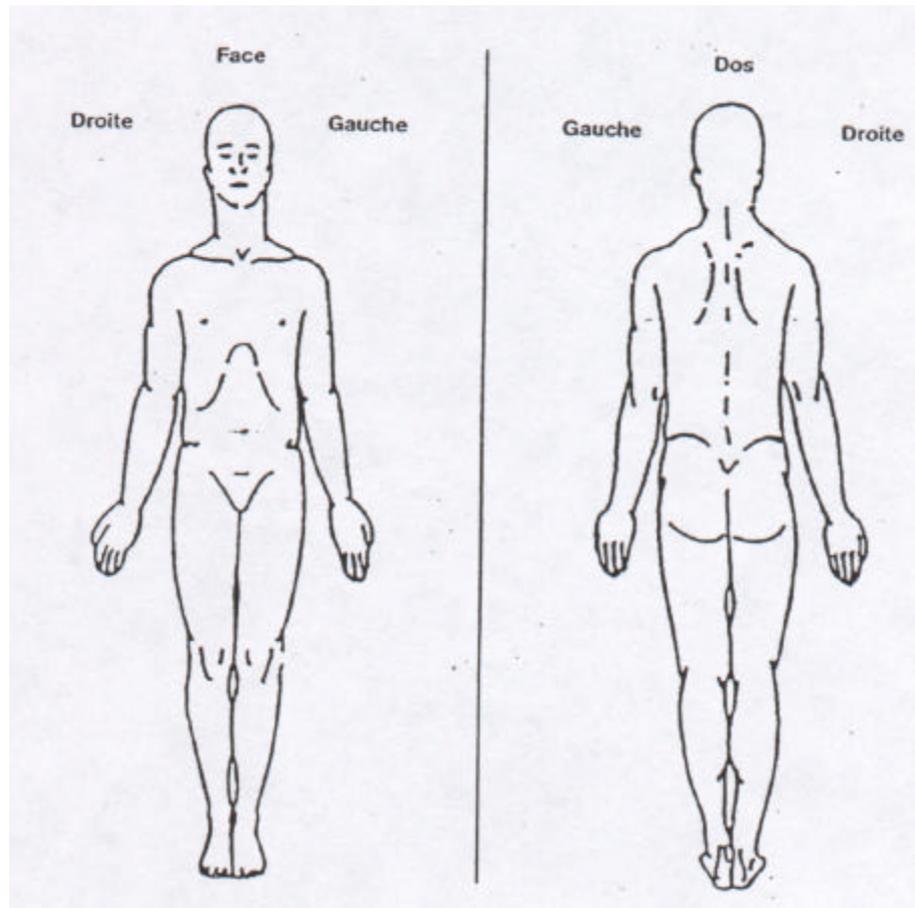
1. Au cours de notre vie, la plupart d'entre nous ressentent des douleurs un jour ou l'autre (maux de tête, rage de dents) : **au cours des huit derniers jours** avez-vous ressenti **d'autres** douleurs que ce type de douleurs « familières » ?

1. oui

2. non

Si vous avez répondu « non » à la dernière question, il n'est pas utile de répondre aux questions suivantes. Merci de votre participation.

2. Indiquez sur ce schéma où se trouve votre douleur en noircissant la zone. Mettez sur le dessin un « S » pour une douleur près de la surface de votre corps ou un « P » pour une douleur plus profonde dans le corps. Mettez aussi un « I » à l'endroit où vous ressentez la douleur la plus intense.



3. SVP, entourez d'un cercle le chiffre qui décrit le mieux la douleur la plus **intense** que vous avez ressentie la semaine dernière.

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10		
Pas de douleur											Douleur la + horrible que vous puissiez imaginer	

4. SVP, entourez d'un cercle le chiffre qui décrit le mieux la douleur la plus **faible** que vous avez ressentie la semaine dernière.

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10		
Pas de douleur											Douleur la + horrible que vous puissiez imaginer	

5. SVP, entourez d'un cercle le chiffre qui décrit le mieux votre douleur **en général**.

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Pas de douleur								Douleur la + horrible que vous puissiez imaginer		

6. SVP, entourez d'un cercle le chiffre qui décrit le mieux votre douleur **en ce moment**.

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Pas de douleur								Douleur la + horrible que vous puissiez imaginer		

7. Quels traitements suivez-vous ou quels médicaments prenez-vous contre la douleur ?

8. La semaine dernière, quel soulagement les traitements ou les médicaments que vous prenez vous ont-ils apporté : pouvez-vous indiquer le pourcentage d'amélioration obtenue ?

0 %	10 %	20 %	30 %	40 %	50 %	60 %	70 %	80 %	90 %	100 %
Aucune amélioration									Amélioration complète	

9. Entourez le chiffre qui décrit le mieux comment, la semaine dernière, la douleur a gêné votre :

A) Activité générale

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Ne gêne pas								Gêne complètement		

B) Humeur

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Ne gêne pas								Gêne complètement		

C) Capacité à marcher

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Ne gêne pas								Gêne complètement		

D) Travail habituel (y compris à l'extérieur de la maison et les travaux domestiques)

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Ne gêne pas								Gêne complètement		

E) Relations avec les autres

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Ne gêne pas								Gêne complètement		

F) Sommeil

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Ne gêne pas								Gêne complètement		

G) Goût de vivre

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Ne gêne pas								Gêne complètement		

Présentement inscrit/e à un programme de recyclage

À la retraite

INSTRUCTIONS :

Une partie importante de notre évaluation comporte l'examen de la douleur de votre point de vue parce que vous connaissez votre douleur mieux que n'importe qui. Nous aimerions en apprendre davantage sur votre douleur et la façon dont elle affecte votre vie. Sous chaque question se trouve une échelle de réponses. Lisez attentivement chaque question et **encerclez le chiffre** qui indique à quel point cela s'applique à vous. L'exemple suivant vous aidera à mieux comprendre comment répondre aux questions.

Exemple :

À quel point êtes-vous nerveux en voiture lorsque la circulation est dense ?

0	1	2	3	4	5	6
Pas du tout nerveux						Extrêmement nerveux

Si vous n'êtes pas nerveux du tout en voiture lorsque la circulation est dense, vous **encerlez** le chiffre 0. Au contraire, si vous êtes nerveux vous encerlez le chiffre 6. Ainsi plus le chiffre est bas, moins vous êtes nerveux, et, plus il est élevé et plus vous êtes nerveux.

SECTION 1 :

1. Évaluez le niveau de votre douleur **en ce moment**

0	1	2	3	4	5	6
Aucune douleur						Douleur très intense

2. En général, à quel point la douleur nuit-t-elle à vos activités quotidiennes ?

0	1	2	3	4	5	6
Ne nuit pas du tout						Nuit énormément

3. Depuis que vous avez commencé à ressentir de la douleur, jusqu'à quel point a-t-elle changé votre capacité à travailler ?

Cochez ici si vous avez pris votre retraite pour une raison autre que la douleur)

0	1	2	3	4	5	6
---	---	---	---	---	---	---

Aucun
changement

Énormément de
changement

4. À quel point la douleur a-t-elle changé le niveau de satisfaction ou de plaisir que vous retirez de vos activités sociales ou de vos loisirs ?

5.

0 1 2 3 4 5 6

Aucun
changement

Énormément
de changement

5. Dans quelle mesure votre conjoint/e vous soutient-il/elle ou vous aide-t-il/elle relativement à votre douleur ?

0 1 2 3 4 5 6

Aucun
soutien

Très grand
soutien

6. Évaluez votre humeur globale pendant la **semaine qui vient de s'écouler**

0 1 2 3 4 5 6

Très mauvaise
humeur

Très bonne
humeur

7. Dans quelle mesure la douleur nuit-elle à votre sommeil ?

0 1 2 3 4 5 6

Ne nuit pas
du tout

Nuit
énormément

8. En général, quelle était l'intensité de votre douleur pendant **la semaine qui vient de s'écouler** ?

0 1 2 3 4 5 6

Aucunement
intense

Extrêmement
intense

9. À quel point pouvez-vous prédire le moment où votre douleur commencera, diminuera ou

augmentera ?

0	1	2	3	4	5	6
Incapable de prédire						Très capable de prédire

10. À quel point la douleur a-t-elle changé votre capacité à participer à des activités sociales ou de loisirs ?

0	1	2	3	4	5	6
Aucun changement						Énormément de changement

11. Dans quelle mesure limitez-vous vos activités afin d'éviter que la douleur s'aggrave ?

0	1	2	3	4	5	6
Ne limite pas du tout						Limite énormément

12. À quel point votre douleur a-t-elle changé le niveau de satisfaction ou de plaisir que vous retirez des activités familiales ?

0	1	2	3	4	5	6
Aucun changement						Énormément de changement

13. Dans quelle mesure votre conjoint/e s'inquiète-t-il/elle de vous à cause de votre douleur ?

0	1	2	3	4	5	6
Ne s'inquiète pas du tout						S'inquiète énormément

14. Pendant la **semaine qui vient de s'écouler**, avez-vous l'impression d'avoir eu la maîtrise de ce qui s'est passé dans votre vie et jusqu'à quel point ?

0	1	2	3	4	5	6
Aucune maîtrise						Excellente maîtrise

15. Au cours d'une journée, à quel point votre douleur varie-t-elle (augmente ou diminue) ?

0	1	2	3	4	5	6
Ne varie pas du tout						Varie énormément

16. Quel est le degré de souffrance que vous ressentez à cause de votre douleur ?

0	1	2	3	4	5	6
Aucune souffrance						Énormément de souffrance

17. À quelle fréquence pouvez-vous faire quelque chose qui aide à diminuer la douleur ?

0	1	2	3	4	5	6
Jamais						Très souvent

18. À quel point votre douleur a-t-elle changé vos relations avec votre conjoint/e ou votre famille ?

0	1	2	3	4	5	6
Aucun changement						Énormément de changement

19. Dans quelle mesure la douleur a-t-elle changé le niveau de satisfaction ou de plaisir que vous procure votre travail ? (*Cocher ici si vous ne travaillez pas actuellement*)

0	1	2	3	4	5	6
Aucun changement						Énormément de changement

20. À quel point votre conjoint/e vous donne -t-il/elle de l'attention à cause de votre douleur ?

0	1	2	3	4	5	6
N'est pas attentif/ve						Extrêmement attentif/ve

21. Pendant **la semaine qui vient de s'écouler**, dans quelle mesure avez-vous l'impression d'avoir pu faire face à vos problèmes ?

0	1	2	3	4	5	6
Pas du tout						Énormément

22. À quel point croyez-vous maîtriser votre douleur ?

0	1	2	3	4	5	6
---	---	---	---	---	---	---

Aucune
maîtrise

Grande
maîtrise

23. À quel point votre douleur a-t-elle changé votre capacité d'accomplir les tâches domestiques ?

0 1 2 3 4 5 6

Aucun
changement

Énormément
de changement

24. Pendant **la semaine qui vient de s'écouler**, à quel point avez-vous réussi à faire face aux situations stressantes dans votre vie ?

0 1 2 3 4 5 6

Pas du tout
réussi

Extrêmement
bien réussi

25. Dans quelle mesure la douleur vous a-t-elle empêché de planifier des activités ?

0 1 2 3 4 5 6

Pas du tout
empêché

Beaucoup
empêché

26. Pendant **la semaine qui vient de s'écouler**, à quel point avez-vous été irritable ?

0 1 2 3 4 5 6

Pas du tout
irritable

Extrêmement
irritable

27. Dans quelle mesure la douleur a-t-elle changé vos relations amicales avec les gens autres que votre famille ?

0 1 2 3 4 5 6

Aucun
changement

Énormément
de changement

28. Pendant **la semaine qui vient de s'écouler**, à quel point avez-vous été tendu/e ou anxieux/se ?

0 1 2 3 4 5 6

Pas du tout
tendu/e ou
anxieux/se

Extrêmement
tendu/e ou
anxieux/se

DALLAS PAIN QUESTIONNAIRE (DPQ)

La présentation de ce questionnaire a été extraite de l'article de Marty (13).

DRAD (DOULEUR DU RACHIS : AUTOQUESTIONNAIRE DE DALLAS)

Les 16 échelles visuelles du DRAD peuvent être remplies en 3 à 5 minutes et le résultat chiffré obtenu en 50 à 60 secondes ou moins. Chaque échelle visuelle a été segmentée pour mieux graduer la douleur. En attribuant un nombre de segments à chacune, on simplifie l'évaluation chiffrée en évitant de multiplier chaque valeur par un certain coefficient avant de faire la somme des valeurs.

L'évaluation chiffrée se fait en attribuant, pour chaque question, la valeur 0 au segment le plus à gauche, 1 au segment voisin, 2 au segment voisin, etc. jusqu'au dernier segment.

Ces valeurs élémentaires sont additionnées et multipliées par un facteur constant pour évaluer le retentissement de la douleur sur chaque domaine de la qualité de vie.

1. La somme des **questions 1 à 7** est multipliée par 3 pour évaluer le retentissement de la douleur sur les activités **quotidiennes**.
2. La somme des questions **8 à 10, 11 à 13, et 14 à 16** est multipliée par 5 pour évaluer le retentissement de la douleur dans chacun des **domaines travail / loisirs, anxiété / dépression, et comportement social**.

On obtient ainsi, pour chaque domaine, une estimation en pourcentage du retentissement de la douleur chronique.

DOULEUR DU RACHIS : AUTOQUESTIONNAIRES DE DALLAS (DRAD)

VERSION FRANÇAISE ÉLABORÉE PAR LA SECTION RACHIS DE LA SFR

Nom : Prénom : Sexe F M Date :

À lire attentivement :

Ce questionnaire a été conçu pour permettre à votre médecin de savoir dans quelle mesure votre vie est perturbée par votre douleur. Veuillez répondre personnellement à toutes les questions en cochant vous-même les réponses.

Pour chaque question, cochez en mettant une croix (X) à l'endroit qui correspond le mieux à votre état sur la ligne continue (de 0 % à 100 % ; chaque extrémité correspondant à une situation extrême).

1. La douleur et son intensité :

Dans quelle mesure avez-vous besoin de traitements contre la douleur pour vous sentir bien ?

Pas du tout	Parfois				Tout le temps
0 %					100 %

2. Les gestes de la vie quotidienne :

Dans quelle mesure votre douleur perturbe-t-elle les gestes de votre vie quotidienne (sortir du lit, se brosser les dents, s'habiller, etc.) ?

Pas du tout (pas de douleur)	Moyennement			Je ne peux pas sortir du lit	
0 %					100 %

3. La possibilité de soulever quelque chose :

Dans quelle mesure êtes-vous limité(e) pour soulever quelque chose ?

Pas du tout (comme avant)	Moyennement			Je ne peux rien soulever	
0 %					100 %

4. La marche :

Dans quelle mesure votre douleur limite-t-elle maintenant votre distance de marche par rapport à celle que vous pouviez parcourir avant votre problème de dos ?

Je marche comme avant	Presque comme avant	Presque plus		Plus du tout
0 %				100 %

5. La position assise :

Dans quelle mesure votre douleur vous gêne-t-elle pour rester assis(e) ?

Pas du tout (pas d'aggravation de la douleur)	Moyennement	Je ne peux pas rester assis(e)
0 %		100 %

6. La position debout :

Dans quelle mesure votre douleur vous gêne-t-elle pour rester debout de façon prolongée ?

Pas du tout (je reste debout comme avant)	Moyennement	Je ne peux pas rester debout
0 %		100 %

7. Le sommeil :

Dans quelle mesure votre douleur gêne-t-elle votre sommeil ?

Pas du tout (je dors comme avant)	Moyennement	Je ne peux pas dormir du tout
0 %		100 %

Total X 3 =% de répercussion sur les activités quotidiennes

8. Activité sociale :

Dans quelle mesure votre douleur perturbe-t-elle votre vie sociale (danser, jeux et divertissements, repas ou soirées entre amis, sorties, etc.) ?

Pas du tout (ma vie sociale est comme avant)	Moyennement	Je n'ai plus aucune activité sociale
0 %		100 %

9. Les déplacements en voiture :

Dans quelle mesure votre douleur gêne-t-elle vos déplacements en voiture ?

Pas du tout (je me déplace comme avant)	Moyennement	Je ne peux pas me déplacer en voiture
0 %		100 %

10. Les activités professionnelles :

Dans quelle mesure votre douleur perturbe-t-elle votre travail ?

Pas du tout (elle ne me gêne pas)		Moyennement		Je ne peux pas travailler	
0 %					100 %

Total X 5 =% de répercussion sur le rapport activités professionnelles / loisirs

11. L'anxiété / le moral :

Dans quelle mesure estimez-vous que vous parvenez à faire face à ce que l'on exige de vous ?

Je fais entièrement face (pas de changement)		Moyennement		Je ne fais pas face	
0 %					100 %

12. La maîtrise de soi :

Dans quelle mesure estimez-vous que vous arrivez à contrôler vos réactions émotionnelles ?

Je les contrôle entièrement (pas de changement)		Moyennement		Je ne les contrôle pas du tout	
0 %					100 %

13. La dépression :

Dans quelle mesure vous sentez-vous déprimé(e) depuis que vous avez mal ?

Je ne suis pas déprimé(e)				Je suis complètement déprimé(e)	
0 %					100 %

Total X 5 =% de répercussion sur le rapport anxiété / dépression

14. Les relations avec les autres :

Dans quelle mesure pensez-vous que votre douleur a changé vos relations avec les autres ?

Pas de changement				Changement radical	
0 %					100 %

15. Le soutien dans la vie de tous les jours :

Dans quelle mesure avez-vous besoin du soutien des autres depuis que vous avez mal (travaux domestiques, préparation des repas, etc.) ?

Aucun soutien nécessaire				Soutien permanent	
0 %					100 %

16. Les réactions défavorables des proches :

Dans quelle mesure estimez-vous que votre douleur provoque, chez vos proches, de l'irritation, de l'agacement, de la colère à votre égard ?

Pas du tout	Parfois			Tout le temps
0 %				100 %

Total X 5 =% de répercussion sur la sociabilité

ANNEXE 8. QUESTIONNAIRES EXPLORANT LA DIMENSION PSYCHOLOGIQUE

QUESTIONNAIRE ABRÉGÉ DE BECK (BDI)

- *Mode de passation* : il s'agit d'une échelle d'autoévaluation. Il est demandé au sujet de remplir le questionnaire en entourant le numéro qui correspond à la proposition choisie. Il peut entourer, dans une série, plusieurs numéros si plusieurs propositions conviennent (59).
- *Cotation* : chaque item est constitué de 4 phrases correspondant à 4 degrés d'intensité croissante d'un symptôme : de 0 à 3. Dans le dépouillement, il faut tenir compte de la cote la plus forte choisie pour une même série. La note globale est obtenue en additionnant les scores des 13 items. L'étendue de l'échelle va de 0 à 39. Plus la note est élevée plus le sujet est déprimé (59).
- *Intérêt-Limites* : [...] il permet d'alerter le clinicien qui utilise les différents seuils de gravité retenus par Beck et Beamesderfer :
 - 0-4 : pas de dépression ;
 - 4-7 : dépression légère ;
 - 8-15 : dépression modérée ;
 - 16 et plus : dépression sévère.

Cependant son pouvoir de discrimination de l'intensité de la dépression est discuté (59).

La présentation de ce questionnaire a été extraite de l'ouvrage de JD Guelfi (46).

QUESTIONNAIRE ABRÉGÉ DE BECK

Traduction française : P. Pichot

Nom : Prénom : Date :

Sexe : Âge :

Instructions :

Ce questionnaire comporte plusieurs séries de quatre propositions. Pour chaque série, lisez les quatre propositions, puis choisissez celle qui décrit le mieux votre état actuel.

Entourez le numéro qui correspond à la proposition choisie. Si, dans une série, plusieurs propositions vous paraissent convenir, entourez les numéros correspondants.

A	Je ne me sens pas triste.	0
	Je me sens cafardeux ou triste.	1
	Je me sens tout le temps cafardeux ou triste, et je n'arrive pas en sortir.	2
	Je suis si triste et si malheureux, que je ne peux pas le supporter.	3
B	Je ne suis pas particulièrement découragé, ni pessimiste au sujet de l'avenir.	0
	J'ai un sentiment de découragement au sujet de l'avenir.	1
	Pour mon avenir, je n'ai aucun motif d'espérer.	2
	Je sens qu'il n'y a aucun espoir pour mon avenir, et que la situation ne peut s'améliorer.	3
C	Je n'ai aucun sentiment d'échec de ma vie.	0
	J'ai l'impression que j'ai échoué dans ma vie plus que la plupart des gens.	1
	Quand je regarde ma vie passée, tout ce que j'y découvre n'est qu'échecs.	2
	J'ai un sentiment d'échec complet dans toute ma vie personnelle (dans mes relations avec mes parents, mon mari, ma femme mes enfants).	3
D	Je ne me sens pas particulièrement insatisfait.	0
	Je ne sais pas profiter agréablement des circonstances.	1
	Je ne tire plus aucune satisfaction de quoi que ce soit.	2
	Je suis mécontent de tout.	3
E	Je ne me sens pas coupable.	0
	Je me sens mauvais ou indigne une bonne partie du temps.	1
	Je me sens coupable.	2
	Je me juge très mauvais, et j'ai l'impression que je ne vauds rien.	3
F	Je ne suis pas déçu par moi-même.	0
	Je suis déçu par moi-même.	1
	Je me dégoûte moi-même.	2
	Je me hais.	3
G	Je ne pense pas à me faire du mal.	0
	Je pense que la mort me libèrerait.	1
	J'ai des plans précis pour me suicider.	2
	Si je le pouvais, je me tuerais.	3
H	Je n'ai pas perdu l'intérêt pour les autres gens.	0
	Maintenant je m'intéresse moins aux autres gens qu'autrefois.	1
	J'ai perdu tout l'intérêt que je portais aux gens et j'ai peu de sentiments pour eux.	2
	J'ai perdu tout l'intérêt pour les autres, et ils m'indiffèrent totalement.	3
I	Je suis capable de me décider aussi facilement que de coutume.	0
	J'essaie de ne pas avoir à prendre de décision.	1
	J'ai de grandes difficultés à prendre des décisions.	2
	Je ne suis plus capable de prendre la moindre décision.	3
J	Je n'ai pas le sentiment d'être plus laid qu'avant.	0
	J'ai peur de paraître vieux ou disgracieux.	1
	J'ai l'impression qu'il y a un changement permanent dans mon apparence physique, qui me fait paraître disgracieux.	2
	J'ai l'impression d'être laid et repoussant.	3
K	Je travaille aussi facilement qu'auparavant.	0
	Il me faut faire un effort supplémentaire pour commencer à faire quelque chose.	1
	Il faut que je fasse un très grand effort pour faire quoi que ce soit.	2
	Je suis incapable de faire le moindre travail.	3
L	Je ne suis pas plus fatigué que d'habitude.	0
	Je suis fatigué plus facilement que d'habitude.	1
	Faire quoi que ce soit me fatigue.	2
	Je suis incapable de faire le moindre travail.	3
M	Mon appétit est toujours aussi bon.	0
	Mon appétit n'est pas aussi bon que d'habitude.	1
	Mon appétit est beaucoup moins bon maintenant.	2
	Je n'ai plus du tout d'appétit.	3

HOSPITAL ANXIETY AND DEPRESSION SCALE (HAD)

Elle est composée de deux sous-échelles, une évaluant l'anxiété, l'autre la dépression.

- *Mode de passation* : la passation de l'échelle est très aisée. Il est demandé au sujet de remplir ce questionnaire afin d'aider son médecin à mieux connaître les émotions ressenties au cours de la semaine écoulée et de souligner les réponses qui semblent le mieux correspondre à l'état éprouvé. Il est également recommandé de demander au patient de bien lire le préambule avant de remplir l'échelle, et, selon les auteurs, lors de l'utilisation en médecine interne, de lui signaler qu'en aucun cas ses réponses impliquent obligatoirement un examen psychiatrique, ceci afin de faciliter l'acceptation de cette échelle par des patients peu enclins à une telle approche (60).
- *Cotation* : chaque réponse est cotée de 0 à 3 sur une échelle [...] l'intensité du symptôme au cours de la semaine écoulée. Cette intensité est appréciée par un adjectif ou une courte phrase la qualifiant. [...] L'intervalle des notes possibles s'étend donc pour chaque sous-échelle de 0 à 21, les scores les plus élevés correspondant à la présence d'une symptomatologie plus sévère. Certains auteurs ont également proposé de calculer un score global correspondant à la somme des deux échelles. La présentation de l'échelle, avec dans la colonne de gauche les notes correspondant à chaque item, facilite grandement un calcul rapide des scores de chaque échelle (60).

Pour les deux scores (dépression et anxiété), des valeurs seuils ont été déterminées :

- un score inférieur ou égal à 7 = absence de cas ;
 - un score entre 8 et 10 = cas douteux ;
 - un score supérieur ou égal à 11 = cas certain.
- *Intérêt-Limites* : [...] plus qu'un indicateur des troubles dépressifs et anxieux, au sens des classifications actuelles [...], elle évalue un indice de sévérité symptomatique [...] (60). C'est-à-dire qu'elle ne permet pas d'effectuer le diagnostic de syndrome dépressif ou anxieux, mais qu'au-delà d'un certain seuil elle est considérée comme un signal d'alarme.

La présentation de cette échelle a été extraite de Guelfi (46).

Les médecins savent que les émotions jouent un rôle important dans la plupart des maladies. Si votre médecin est au courant des émotions que vous éprouvez, il pourra mieux vous aider. Ce questionnaire a été conçu de façon à permettre à votre médecin de se familiariser avec ce que vous éprouvez vous-même sur le plan émotif.

Ne faites pas attention aux chiffres et aux lettres imprimés à gauche du questionnaire.

Lisez chaque série de questions et soulignez la réponse qui exprime le mieux ce que vous avez éprouvé au cours de la semaine qui vient de s'écouler.

Ne vous attardez pas sur la réponse à faire, votre réaction immédiate à chaque question fournira probablement une meilleure indication de ce que vous éprouvez, qu'une réponse longuement méditée.

		Je me sens tendu ou énervé :
	3	la plupart du temps
	2	souvent
	1	de temps en temps
	0	jamais
		Je prends plaisir aux mêmes choses qu'autrefois :
0		oui, tout autant
1		pas autant
2		un peu seulement
3		presque plus
		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 grave
	1	un peu, mais cela ne m'inquiète pas
	0	pas du tout
		Je ris facilement 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
		Je me fais du souci :
	3	très souvent
	2	assez souvent
	1	occasionnellement
	0	très occasionnellement
		Je suis de bonne humeur :
3		jamais
2		rarement
1		assez souvent
0		la plupart du temps

		Je peux rester tranquillement assis à ne rien faire et me sentir décontracté :
	0	oui, quoi qu'il arrive
	1	oui, en général
	2	rarement
	3	jamais
		J'ai l'impression de fonctionner au ralenti :
3		presque toujours
2		très souvent
1		parfois
0		jamais
		J'éprouve des sensations de peur et j'ai l'estomac noué :
	0	jamais
	1	parfois
	2	assez souvent
	3	très souvent
		Je ne m'intéresse plus à mon apparence :
3		plus du tout
2		je n'y accorde pas autant d'attention que je le devrais
1		il se peut que je n'y fasse plus autant attention
0		j'y prête autant d'attention que par le passé
		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
		Je me réjouis d'avance à l'idée de faire certaines choses :
0		autant qu'auparavant
1		un peu moins qu'avant
2		bien moins qu'avant
3		presque jamais
		J'éprouve des sensations soudaines de panique :
	3	vraiment très souvent
	2	assez souvent
	1	pas très souvent
	0	jamais
		Je peux prendre plaisir à un bon livre ou à une bonne émission radio ou de télévision :
0		souvent
1		parfois
2		rarement
3		très rarement
D	A	

BIBLIOGRAPHIE SÉLECTIVE

1. Agence Nationale pour le Développement de l'Évaluation Médicale.

La prise en charge de la douleur du cancer chez l'adulte en médecine ambulatoire.

Paris: ANDEM; 1995.

2. American Psychological Association.

Standards for educational and psychological testing.

Washington (DC): APA; 1985.

3. Merskey H, Bogduk N.

Classification of chronic pain. Descriptions of chronic pain syndromes and definitions of pain terms. Prepared by the Task Force on Taxonomy of the International Association for the Study of Pain, 2nd ed.

Seattle (VA): IASP Press; 1994.

4. Organisation Mondiale de la Santé.

Nature de la douleur cancéreuse.

In: *Traitement de la douleur cancéreuse et soins palliatifs*. Genève: OMS; 1990. p. 22-3.

5. World Health Organization.

A new understanding chronic pain.

In: *Kaplun A, editor. Health promotion and chronic illness. Discovering a new quality of health*. Copenhagen: WHO Regional Publications; 1992. p. 141-226.

6. Jensen MP, McFarland CA.

Increasing the reliability and validity of pain intensity measurement in chronic pain patients.

Pain 1993; 55: 195-203.

7. Jensen MP, Turner LR, Turner JA, Romano JM.

The use of multiple-item scales for pain intensity measurement in chronic pain patients.

Pain 1996; 67: 35-40.

8. Choinière M, Amsel R.

A visual analogue thermometer for measuring pain intensity.

J Pain Symptom Manage 1996; 11: 299-311.

9. De Gagné TA, Mikail SF, d'Eon JL.

Confirmatory factor analysis of a 4-factor model of chronic pain evaluation.

Pain 1995; 60: 195-202.

10. Jensen MP, Turner JA, Romano JM.

What is the maximum number of levels needed in pain intensity measurement ?

Pain 1994; 58: 387-92.

11. Kerns RD, Turk DC, Rudy TE.

The West Haven-Yale Multidimensional Pain Inventory (WHYMPI).

Pain 1985; 23: 345-56.

12. Lousberg R, Schmidt AJM, Groenman NH, Vendrig L, Dijkman-Caes CIM.

Validating the MPI-DLV using experience sampling data.

J Behav Med 1997; 20: 195-206.

13. Marty M, Blotman F, Avouac B, Rozenberg S, Valat JP.

Validation de la version française de l'échelle de Dallas chez les patients lombalgiques chroniques.
Rev Rhum (Ed Fr) 1998; 65: 139-47.

14. Ogon M, Krismer M, Söllner W, Kantner-Rumplmair W, Lampe A.

Chronic low back pain measurement with visual analogue scales in different settings.
Pain 1996; 64: 425-8.

15. Parker H, Wood PLR, Main CJ.

The use of the pain drawing as a screening measure to predict psychological distress in chronic low back pain.
Spine 1995; 20: 236-43.

16. Rucker KS, Metzler HM, Kregel J.

Standardization of chronic pain assessment. A multiperspective approach.
Clin J Pain 1996; 12: 94-110.

17. Turk DC, Rudy TE, Salovey P.

The McGill Pain Questionnaire reconsidered : confirming the factor structure and examining appropriate uses.
Pain 1985; 21: 385-97.

18. Turk DC, Rudy TE.

Toward an empirically derived taxonomy of chronic pain patients : integration of psychological assessment data.
J Consult Clin Psychol 1988; 56: 233-8.

19. Walter L, Brannon L.

A cluster analysis of the Multidimensional Pain Inventory.
Headache 1991; 31: 476-9.

20. Organisation Mondiale de la Santé.

Douleur, non classée ailleurs. R52.
In: CIM 10. Classification statistique internationale des maladies et des problèmes de santé connexes. 10^e Révision. Genève: OMS; 1993. p. 934.

21. American Society of Anesthesiologists.

Practice guidelines for chronic pain management. A report by the American Society of Anesthesiologists Task Force on Pain Management, Chronic Pain Section.
Anesthesiology 1997; 86: 995-1004.

22. Sanders SH, Rucker KS, Anderson KO, Harden RN, Jackson KW, Vicente PJ, et al.

Guidelines for program evaluation in chronic non-malignant pain management.
J Back Musculoskeletal Rehabil 1996; 7: 19-25.

23. Boureau F.

Méthodes d'évaluation des analgésiques chez l'homme.
In: Giroud JP, Mathé G, Meyniel G, éditeurs. Pharmacologie clinique, bases de la thérapeutique. Paris: Expansion Scientifique Française; 1988. p. 801-12.

24. Price DD, Bush FM, Long S, Harkins SW.

A comparison of pain measurement characteristics of mechanical visual analogue and simple numerical rating scales.
Pain 1994; 56: 217-26.

25. Jensen MP, Karoly P.

Self-report scales and procedures for assessing pain in adults.
In: Turk DC, Melzack R, editors. Handbook of pain assessment. New York: The Guilford Press; 1992. p. 135-51.

26. Association Canadienne de Psychothérapie, Ministère de la Santé et Bien-Être Social.

Instruments de mesure de la douleur et des problèmes vertébraux.

In: Cole B, Finch E, Gowland C, Mayo N, editors. Instruments de mesure des résultats en réadaptation physique. Rapport d'un groupe de travail mis sur pied par la Direction des systèmes pour la santé, Direction générale de la promotion et des programmes de santé, Santé Canada. Toronto (ON): ACP, MSBS; 1995. p. 80-199.

27. Main CJ, Wood PLR, Hollis S, Spanswick CC, Waddell G.

The distress and risk assessment method. A simple patient classification to identify distress and evaluate the risk of poor outcome.

Spine 1992; 17: 42-52.

28. Beurskens AJ, de Vet HC, Köke AJ, van der Heijden GJ, Knipschild PG.

Measuring the functional status of patients with low back pain. Assessment of the quality of four disease-specific questionnaires.

Spine 1995; 20: 1017-28.

29. Dropsy R, Marty M.

Utilisation des échelles de qualité de vie dans les lombalgies chroniques.

Rev Rhum (Éd Fr) 1995; 62: 65S-72S.

30. Williams DA, Urban B, Keefe FJ, Shutty MS, France R.

Cluster analyses of pain patients' responses to the SCL-90R.

Pain 1995; 61: 81-91.

31. von Baeyer CL.

Reactive effects of measurement of pain.

Clin J Pain 1994; 10: 18-21.

32. Tait RC, Chibnall JT.

Physician judgments of chronic pain patients.

Soc Sci Med 1997; 45: 1199-205.

33. Larue F, Colleau SM, Brasseur L, Cleland CS.

Multicentre study of cancer pain and its treatment in France.

BMJ 1995; 310: 1034-7.

34. Larue F, Fontaine A, Colleau SM.

Underestimation and undertreatment of pain in HIV disease : multicentre study.

BMJ 1997; 314: 23-8.

35. Poisson-Salomon AS, Brasseur L, Lory C, Chauvin M, Durieux P.

Audit de la prise en charge de la douleur postopératoire.

Presse Méd 1996; 25: 1013-7.

36. Chan CW, Goldman S, Ilstrup DM, Kunselman AR, O'Neill PI.

The pain drawing and Waddell's nonorganic physical signs in chronic low-back pain.

Spine 1993; 18: 1717-22.

37. Takata K, Hirotsu H.

Pain drawing in the evaluation of low back pain.

Int Orthop(SICOT) 1995; 19: 361-6.

38. Margolis RB, Chibnall JT, Tait RC.

Test-retest reliability of the pain drawing instrument.
Pain 1988; 33: 49-51.

39. Melzack R.

The McGill Pain Questionnaire : major properties and scoring methods.
Pain 1975; 1: 277-99.

40. Boureau F, Luu M, Doubrère JF, Gay C.

Élaboration d'un questionnaire d'autoévaluation de la douleur par liste de qualificatifs. Comparaison avec le Mc Gill Pain Questionnaire de Melzack.
Thérapie 1984; 39: 119-29.

41. Boureau F, Luu M, Doubrère JF.

Comparative study of the validity of four French McGill Pain Questionnaire (MPQ) versions.
Pain 1992; 50: 59-65.

42. Melzack R.

The short-form McGill Pain Questionnaire.
Pain 1987; 30: 191-7.

43. Melzack R, Katz J.

The McGill Pain Questionnaire : appraisal and current status.
In: Turk DC, Melzack R, editors. Handbook of pain assessment. New York: The Guilford Press; 1992. p. 152-68.

44. Bowling A.

Broader measures of health status.
In: Measuring health. A review of quality of life measurement scales. 2nd ed. Buckingham (UK): Open University Press; 1997. p. 38-70.

45. Boureau F, Doubrère JF, Luu M.

Study of verbal description in neuropathic pain.
Pain 1990; 42: 145-52.

46. Guelfi JD.

L'évaluation clinique standardisée en psychiatrie. Tome 1. Psychopathologie générale, dépression, anxiété et anxiété-dépression.
Boulogne: Éditions Médicales Pierre Fabre; 1996.

47. Daut RL, Cleeland CS, Flanery RC.

Development of the Wisconsin Brief Pain Questionnaire to assess pain in cancer and other diseases.
Pain 1983; 17: 197-210.

48. Brasseur L.

Traitement de la douleur.
Paris: Doin Éditeurs; 1997.

49. Lawlis GF, Cuencas R, Selby D, Mc Coy CE.

The development of the Dallas Pain Questionnaire. An assessment of the impact of spinal pain on behavior.
Spine 1989; 14: 511-6.

50. Cleeland CS, Syrjala KL.

How to assess cancer pain.
In: Turk DC, Melzack R, editors. Handbook of pain assessment. New York: The Guilford Press; 1992. p. 360-84.

51. Bradley LA, McDonald Haile J, Jaworski TM.

Assessment of psychological status using interviews and self-report instruments.

In: Turk DC, Melzack R, editors. Handbook of pain assessment. New York: The Guilford Press; 1992. p. 193-213.

52. Brazier JE, Harper R, Jones NMB, Oathain A, Thomas KJ, Usherwood T, et al.

Validating the SF-36 health survey questionnaire : new outcome measure for primary care.

BMJ 1992; 305: 160-4.

53. Leplège A, Mesbah M, Marquis P.

Analyse préliminaire des propriétés psychométriques de la version française d'un questionnaire international de mesure de qualité de vie : le MOS SF-36 (version 1.1).

Rev Épidémiol Santé Publ 1995; 43: 371-9.

54. Kerns RD, Jacob MC.

Assessment of the psychosocial context in the experience of chronic pain.

In: Turk DC, Melzack R, editors. Handbook of pain assessment. New York: The Guilford Press; 1992. p. 235-53.

55. Beck AT, Steer RA, Garbin MG.

Psychometric properties of the Beck Depression Inventory : twenty-five years of evaluation.

Clin Psychol Rev 1988; 8: 77-100.

56. Collet L, Cottraux J.

Inventaire abrégé de la dépression de Beck (13 items). Étude de la validité concurrente avec les échelles de Hamilton et de ralentissement de Wildlöcher.

Encéphale 1986; 12: 77-9.

57. Zigmond AS, Snaith RP.

The Hospital Anxiety and Depression scale.

Acta Psychiatr Scand 1983; 67: 361-70.

58. Lépine JP, Godchau M, Brun P, Lempérière TH.

Évaluation de l'anxiété et de la dépression chez des patients hospitalisés dans un service de médecine interne.

Ann Méd Psychol 1985; 143: 175-89.

59. Cottraux J.

Inventaire abrégé de dépression de Beck (13 items).

In: Guelfi JD, éditeur. L'évaluation clinique standardisée en psychiatrie. Tome 1. Boulogne: Éditions Médicales Pierre Fabre; 1996. p. 291-5.

60. Lépine JP.

L'échelle HAD (Hospital Anxiety and Depression Scale).

In: Guelfi JD, éditeur. L'évaluation clinique standardisée en psychiatrie. Tome 1. Boulogne: Éditions Médicales Pierre Fabre; 1996. p. 367-74.

61. Melzack R, Wall PD.

Pain assessment, a new theory.

Science 1965; 150: 971-5.

62. Wall PD.

On the relation of injury to pain.

Pain 1979; 6: 253-64.

63. Tyrer SP, Capon M, Peterson DM, Charlton JE, Thompson JW.

The detection of psychiatric illness and psychological handicaps in a British pain clinic population.

Pain 1989; 36: 63-74.

64. Beecher HK.

The measurement of pain. Prototype for the quantitative study responses.
Pharmacol Rev 1957; 9: 60-189.

65. Lérique R.

Des conditions physiologiques de la douleur-maladie. Des règles générales de la chirurgie de la douleur.
In: La chirurgie de la douleur. Paris: Masson; 1940. p. 57-88.

66. Wall PD.

Neurophysiology of acute and chronic pain.

In: Benedetti C, editor. Advances in pain research and therapy. Vol. 7. New York: Raven Press; 1984. p. 13-25.

67. Cambier J, Masson M, Dehen H.

Sémiologie de la sensibilité. Organisation de la sensibilité du corps ou somesthésie.

In: Cambier J, Masson M, Dehen H, éditeurs. Neurologie. Paris: Masson; 1989. p. 15-28.

BIBLIOGRAPHIE COMPLÉMENTAIRE

Pain terms : a list with definitions and notes on usage. Recommended by the IASP Subcommittee on Taxonomy.
Pain 1979; 6: 249-52.

Abrams BM.

Current radiological imaging studies for pain evaluation and treatment.
Pain Digest 1997; 7: 71-84.

Alla MA.

Méthodes d'évaluation de la douleur.
Soins 1997; 614: 16-21.

American College of Obstetricians and Gynecologists.

ACOG technical bulletin. Chronic pelvic pain. Number 223-May 1996 (replaces no. 129, June 1989).
Int J Gynecol Obstet 1996; 54: 59-68.

American Medical Association.

Guides to the evaluation of permanent impairment.
Chicago (IL): AMA; 1993.

Anderson KO, Dowds BN, Pelletz RE, Edwards WT, Peeters-Asdourian C.

Development and initial validation of a scale to measure self-efficacy beliefs in patients with chronic pain.
Pain 1995; 63: 77-84.

Andersson HI, Ejlertsson G, Leden I, Rosenberg C.

Chronic pain in a geographically defined general population : studies of differences in age, gender, social class, and pain localization.
Clin J Pain 1993; 9: 174-82.

Andersson HI, Ejlertsson G, Leden I, Rosenberg C.

Characteristics of subjects with chronic pain, in relation to local and widespread pain report. A prospective study of symptoms, clinical findings and blood tests in subgroups of a geographically defined population.
Scand J Rheumatol 1996; 25: 146-54.

Baillie L.

A review of pain assessment tools.
Nurs Stand 1993; 7: 25-9.

Becker N, Thomsen BA, Olsen AK, Sjogren P, Bech P, Eriksen J.

Pain epidemiology and health related quality of life in chronic non-malignant pain patients referred to a Danish multidisciplinary pain center.
Pain 1997; 73: 393-400.

Besson JM.

Peut-on mesurer la douleur ?
In: La douleur. Paris: Éditions Odile Jacob; 1992. p. 157-68.

Bolton JE, Christensen MNK.

Back pain distribution patterns: relationship to subjective measures of pain severity and disability.
J Manip Physiol Ther 1994; 17: 211-8.

Boureau F, Paquette C.

Translated versus reconstructed McGill Pain Questionnaire : a comparative study of two french forms.

In: Dubner R, Gebhart GF, Bond MR, editors. Proceedings of the Vth World Congress on Pain. Amsterdam: Elsevier Science Publishers; 1988. p. 395-402.

Bowsher D.

Neurogenic pain syndromes and their management.

Br Med Bull 1991; 47: 644-6.

Brown GK, Nicassio PM.

Development of a questionnaire for the assessment of active and passive coping strategies in chronic pain patients.

Pain 1987; 31: 53-64.

Burchiel KJ.

Pain medicine. State of the art, 1992.

Clin Neurosurg 1993; 40: 174-81.

Burton AK, Tillotson KM, Main CJ, Hollis S.

Psychosocial predictors of outcome in acute and subacute low-back trouble.

Spine 1995; 20: 722-8.

Carlsson AM.

Assessment of chronic pain. I. Aspects of the reliability and validity of the visual analogue scale.

Pain 1983; 16: 87-101.

Carter LW, Martz SA.

Developing pain management education using guidelines.

Oncol Nurs Forum 1995; 22: 1435.

Chaillet S, Pérignon F.

La prise en charge de la douleur dans les établissements de santé en France.

Paris : DGS, Bureau de l'organisation des soins, des pathologies et des urgences ; 1995.

Chapman SL, Jamison RN, Sanders SH.

Treatment helpfulness questionnaire: a measure of patient satisfaction with treatment modalities provided in chronic pain management programs.

Pain 1996; 68: 349-61.

Chibnall JT, Tait RC.

The short form of the Beck Depression Inventory: validity issues with chronic pain patients.

Clin J Pain 1994; 10: 261-6.

Ciccione DS, Just N, Bandilla EB.

Non-organic symptom reporting in patients with chronic non-malignant pain.

Pain 1996; 68: 329-41.

Co YY, Eaton S, Maxwell MW.

The relationship between the St. Thomas and Oswestry Disability Scores and the severity of low back pain.

J Manipulative Physiol Ther 1993; 16: 14-8.

Cohen M, Woodward CA, Ferrier B, Williams AP.

Interest in different types of patients. What factors influence new-to-practice family physicians?

Can Fam Physician 1996; 42: 2170-8.

Coste J, Paolaggi JB, Spira A.

Classification of nonspecific lowback pain. II. Clinical diversity of organic forms.
Spine 1992; 17: 1038-42.

Dalton JA, Feuerstein M, Carlson J, Roghman K.
Biobehavioral pain profile: development and psychometric properties.
Pain 1994; 57: 95-107.

De Jong RH.
Defining pain terms.
JAMA 1980; 244: 143.

Derogatis LR, Lipman RS, Rickels K, Uhlenhuth EH, Covi L.
The Hopkins Symptom Checklist (HSCL) : a self-report symptom inventory.
Behav Sci 1974; 19: 1-15.

Deshields TL, Tait RC, Gfeller JD, Chibnall JT.
Relationship between social desirability and self-report in chronic pain patients.
Clin J Pain 1995; 11: 189-93.

Deyo RA.
Comparative validity of the sickness impact profil and shorter scales for functional assessment in low-back pain.
Spine 1986; 11: 951-4.

Direction Générale de la Santé, Direction des Hôpitaux.
Circulaire DGS/DH n° 98-47 du 4 février 1998 relative à l'identification des structures de lutte contre la douleur chronique rebelle.
Bulletin Officiel 1998; 98/9: 151-89.

Donze C, Thevenon A, Dreiser RL, Lavoignat D.
La qualité de vie des patients atteints de fibromyalgie.
Rev Rhum [Éd Fr] 1995; 62: 76S-82S.

Duncan GH, Bushnell MC, Lavigne GJ, Duquette P.
Développement d'une échelle verbale française pour mesurer l'intensité sensorielle et l'aspect désagréable de la douleur.
Doul Analg 1988; 1: 121-6.

Dworkin RH, Siegfried RN.
Are all those pain ratings necessary? [letter].
Pain 1994; 58: 279-80.

Dworkin RH, Cooper EM, Siegfried RN.
Chronic pain and disease conviction.
Clin J Pain 1996; 12: 111-7.

Estlander AM, Takala EP, Verkasalo M.
Assessment of depression in chronic musculoskeletal pain patients.
Clin J Pain 1995; 11: 194-200.

Favre C.
Prise en charge de la douleur chronique. Exemple de son organisation dans le département des Landes [thèse].
Poitiers: Université de Poitiers 1996.

Fernandez E, Milburn TW.
Sensory and affective predictors of overall pain and emotions associated with affective pain.
Clin J Pain 1994; 10: 3-9.

Feuerstein M, Beattie P.

Biobehavioral factors affecting pain and disability in low back pain: mechanism and assessment.
Phys Ther 1995; 75: 267-80.

Fishbain DA, Cutler R, Rosomoff HL, Rosomoff RS.

Chronic pain-associated depression: antecedent or consequence of chronic pain? A review.
Clin J Pain 1997; 13: 116-37.

Flor H, Behle DJ, Birbaumer N.

Assessment of pain-related cognitions in chronic pain patients.
Behav Res Ther 1993; 31: 63-73.

Fordyce WE.

Pain and suffering: what is the unit?
Qual Life Res 1994; 3: S51-6.

Frank AJM, Moll JMH, Hort JF.

A comparison of three ways of measuring pain.
Rheumatol Rehabil 1982; 21: 211-7.

Frymoyer JW.

Predicting disability from low back pain.
Clin Orthop 1992; 279: 101-9.

Fuhrer R, Rouillon F.

La version française de l'échelle CES-D (Center for Epidemiological Studies-Depression Scale). Description et traduction de l'échelle d'autoévaluation.
Psychiatr Psychobiol 1989; 4: 163-6.

Galer BS, Jensen MP.

Development and preliminary validation of a pain measure specific to neuropathic pain: the Neuropathic Pain Scale.
Neurology 1997; 48: 332-8.

Gandini S.

The semeiology of autonomic pain : terminology and methods.
Funct Neurol 1989; 4: 39-41.

Gaston Johansson F.

Measurement of pain : the psychometric properties of the Pain-O-Meter, a simple, inexpensive pain assessment tool that could change health care practices.
J Pain Symptom Manage 1996; 12: 172-81.

Geisser ME, Roth RS, Bachman JE, Eckert TA.

The relationship between symptoms of post-traumatic stress disorder and pain, affective disturbance and disability among patients with accident and non-accident related pain.
Pain 1996; 66: 207-14.

Geisser ME, Roth RS, Robinson ME.

Assessing depression among persons with chronic pain using the Center for Epidemiological Studies-Depression Scale and the Beck Depression Inventory: a comparative analysis.
Clin J Pain 1997; 13: 163-70.

Geisser ME, Robinson ME, Henson CD.

The Coping Strategies Questionnaire and chronic pain adjustment: a conceptual and empirical reanalysis.
Clin J Pain 1994; 10: 98-106.

Glass R, Allan AT, Uhlenhuth EH, Kimball CP, Borinstein DI.

Psychiatric screening in a medical clinic. An evaluation of a self-report inventory.
Arch Gen Psychiatry 1978; 35: 1189-95.

Goldberg DP, Hillier VF.

A scaled version of the General Health Questionnaire.
Psychol Med 1979; 9: 139-45.

Gracely RH.

Subjective quantification of pain perception.

In: Bromm B, editor. *Pain measurement in man. Neurophysiological correlates of pain.* Amsterdam: Elsevier; 1984. p. 371-87.

Grönblad M, Hupli M, Wennerstrand P, Järvinen E, Lukinmaa A, Kouri JP, et al.

Intercorrelation and test-retest reliability of the Pain Disability Index (PDI) and the Oswestry Disability Questionnaire (ODQ) and their correlation with pain intensity in low back pain patients.
Clin J Pain 1993; 9: 189-95.

Guelfi JD, Barthelet G, Lancrenon S, Fermanian J.

Structure factorielle de la H.S.C.L. sur un échantillon de patients anxio-dépressifs français.
Ann Médico-Psychol 1984; 142: 889-96.

Gureje O, von Korff M, Simon GE, Gater R.

Persistent pain and well-being. A World Health Organization study in primary care.
JAMA 1998; 280: 147-51.

Harding VR, Williams ACDC, Richardson PH, Nicholas MK, Jackson JL, Richardson IH, et al.

The development of a battery of measures for assessing physical functioning of chronic pain patients.
Pain 1994; 58: 367-75.

Harper AC, Harper DA, Lambert LJ, de Klerk NH, Andrews HB, Ross FM, et al.

Development and validation of the Curtin Back Screening Questionnaire (CBSQ): a discriminative disability measure.
Pain 1995; 60: 73-81.

Harsha WN.

Medical-legal significance of outcomes data in pain management. Practice guides for management of chronic pain patients.
J Neurol Orthop Med Surg 1995; 16: 263-79.

Hitchcock LS, Ferrell BR, McCaffery M.

The experience of chronic nonmalignant pain.
J Pain Symptom Manage 1994; 9: 312-8.

Holzberg AD, Robinson ME, Geisser ME, Gremillion HA.

The effects of depression and chronic pain on psychosocial and physical functioning.
Clin J Pain 1996; 12: 118-25.

Hubbard JE, Tracy J, Morgan SF, McKinney RE.

Outcome measures of a chronic pain program: a prospective statistical study.
Clin J Pain 1996; 12: 330-7.

Izzo KL, Aravabhumi S, Nieves R.

An algorithmic approach to diagnosis and treatment of chronic benign lower extremity pain. Part I.
Lower Extremity 1996; 3: 107-29.

Jacobs JWG, Rasker JJ, van der Heide A, Boersma JW, de Blécourt ACE, Griep EN, et al.

Lack of correlation between the mean tender point score and self-reported pain in fibromyalgia.

Arthritis Care Res 1996; 9: 105-11.

Jamison RN.

Comprehensive pretreatment and outcome assessment for chronic opioid therapy in nonmalignant pain.

J Pain Symptom Manage 1996; 11: 231-241.

Jamison RN, Anderson KO, Slater MA.

Weather changes and pain: perceived influence of local climate on pain complaint in chronic pain patients.

Pain 1995; 61: 309-15.

Jamison RN, Rudy TE, Penzien DB, Mosley THJR.

Cognitive-behavioral classifications of chronic pain: replication and extension of empirically derived patient profiles.

Pain 1994; 57: 277-92.

Jenkinson C, Carroll D, Egerton M, Frankland T, McQuay H, Nagle C.

Comparison of the sensitivity to change of long and short form pain measures.

Qual Life Res 1995; 4: 353-7.

Jensen MP, Turner JA, Romano JM.

Chronic pain coping measures: individual vs. Composite scores.

Pain 1992; 51: 273-80.

Jensen MP, Turner JA, Romano JM, Karoly P.

Coping with chronic pain: a critical review of the literature.

Pain 1991; 47: 249-83.

Jensen MP, Karoly P, Braver S.

The measurement of clinical pain intensity : a comparison of six methods.

Pain 1986; 27: 117-26.

Justins DM.

Management strategies for chronic pain.

Ann Rheum Dis 1996; 55: 588-96.

Karoly P, Jensen MP.

Multimethod assessment of chronic pain.

Oxford: Pergamon Press 1987.

Kerns RD, Rosenberg R, Jamison RN, Caudill MA, Haythornthwaite J.

Readiness to adopt a self-management approach to chronic pain: the Pain Stages of Change Questionnaire (PSOCQ).

Pain 1997; 72: 227-34.

Kinney RK, Gatchel RJ, Mayer TG.

The SCL-90R evaluated as an alternative to the MMPI for psychological screening of chronic low-back pain patients.

Spine 1991; 16: 940-2.

Klapow JC, Slater MA, Patterson TL, Doctor JN, Atkinson JH, Garfin SR.

An empirical evaluation of multidimensional clinical outcome in chronic low back pain patients.

Pain 1993; 55: 107-18.

Kopec JA, Esdaile JM, Abrahamwicz M, Abenhaim L, Wood-Dauphinee S, Lamping DL, et al.

The Quebec back pain disability scale. Measurement properties.

Spine 1995; 20: 341-52.

Kouyanou K, Pither CE, Wessely S.

Iatrogenic factors and chronic pain.
Psychosom Med 1997; 59: 597-604.

Krause SJ, Wiener RL, Tait RC.

Depression and pain behavior in patients with chronic pain.
Clin J Pain 1994; 10: 122-7.

Kummel BM.

Nonorganic signs of significance in low back pain.
Spine 1996; 21: 1077-81.

Kuritzky L.

Steps in the management of low back pain.
Hosp Pract 1996; 31: 109-30.

Large RG.

Psychological aspects of pain.
Ann Rheum Dis 1996; 55: 340-5.

Larsen DK, Taylor S, Asmundson GJ.

Exploratory factor analysis of the Pain Anxiety Symptoms Scale in patients with chronic pain complaints.
Pain 1997; 69: 27-34.

Lassalle-Fontaine C, Logak E, Vingtrinier C, Valentini F, Cousin MT.

Utilisation de l'entretien semi-directif comme aide à l'orientation psychothérapeutique du douloureux chronique : étude préliminaire.
Doul Analg 1995; 8: 95-9.

Lawler K.

Pain assessment.
Prof Nurse Study 1997; 13 (Suppl): S5-8.

Lawson K, Reesor KA, Keefe FJ, Turner JA.

Dimensions of pain-related cognitive coping : cross-validation of the factor structure of the Coping Strategy Questionnaire.
Pain 1990; 43: 195-204.

Lépine JP, Lemperrière T.

Anxiété et dépression en médecine interne.
In: Darcourt G, Pringuey D, éditeurs. Anxiété, dépression, rupture ou continuité ? Paris: Édition Marketing; 1987. p. 136-44.

Lewis SA.

Chronic pain.
Curr Opin Psychiatry 1993; 6: 121-5.

Loch JL.

Clinical differentiation of the patient in pain: an introductory guideline for CRNAs.
CNRA: Clin Forum Nurse Anesth 1997; 8: 105-9.

Long SP.

Pain management.
Va Med Q 1997; 124: 222-3.

MacFarlane GJ, Croft PR, Schollum J, Silman AJ.

Widespread pain: is an improved classification possible?
J Rheum 1996; 23: 1628-32.

Main CJ, Spanswick CC.

Functional overlay, and illness behaviour in chronic pain : distress or malingering ? Conceptual difficulties in medico-legal assessment of personal injury claims.
J Psychosom Res 1995; 39: 737-53.

Margolis RB, Tait RC, Krause SJ.

A rating system for use with patient pain drawings.
Pain 1986; 24: 57-65.

Martin NJ, Holroyd KA, Penzien DB.

The headache-specific locus of control scale : adaptation to recurrent headaches.
Headache 1990; 30: 729-34.

McCracken LM, Gross RT, Aikens J, Carnrike CLM.

The assessment of anxiety and fear in persons with chronic pain: a comparison of instruments.
Behav Res Ther 1996; 34: 927-33.

McCracken LM.

'Attention' to pain in persons with chronic pain: a behavioral approach.
Behav Ther 1997; 28: 271-84.

McDermid AJ, Rollman GB, McCain GA.

Generalized hypervigilance in fibromyalgia: evidence of perceptual amplification.
Pain 1996; 66: 133-44.

McQuay H, Carroll D, Moore A.

Variation in the placebo effect in randomised controlled trials of analgesics: all is as blind as it seems.
Pain 1996; 64: 331-5.

Merskey H.

Pain specialists and pain terms [letter]
Pain 1996; 64: 205.

Meyerson BA.

Pharmacological tests in pain analysis and in prediction of treatment outcome.
Pain 1997; 72: 1-3.

Millard RW, Porzeli J.

Does invasive medical treatment confound the assessment of out-patient cognitive-behavioral therapy for chronic non-malignant pain? [letter].
Pain 1996; 64: 206-7.

Ministère de la Santé Nationale et du Bien-Être Social.

Programmes de traitement de la douleur chronique. Guide pour l'établissement de normes.
Ottawa (ON): MSBS; 1990.

Ministère des Affaires Sociales de la Santé et de la Ville, Direction Générale de la Santé, Direction des Hôpitaux.

Circulaire DGS/DH/93 n° relative à l'organisation des soins et la prise en charge des douleurs chroniques.
Paris: Ministère des Affaires Sociales, de la Santé et de la Ville; 1994.

Ministère des Affaires Sociales de la Santé et de la Ville, Direction Générale de la Santé, Direction des Hôpitaux.

Circulaire DGS/SR 2/DH n° 98-586 du 24 septembre 1998 relative à la mise en œuvre du plan d'action triennal de lutte

contre la douleur dans les établissements de santé publics et privés.
Paris: Ministère des Affaires Sociales, de la Santé et de la Ville; 1998.

Morley S, Pallin V.

Scaling the affective domain of pain: a study of the dimensionality of verbal descriptors.
Pain 1995; 62: 39-49.

Naylor VJ, Fozard JR, Nicholas DJ.

Validation of a questionnaire examining mood factors associated with chronic pain.
Pain Clin 1996; 9: 419-23.

Novy DM, Nelson DV, Berry LA, Averill PM.

What does the Beck Depression Inventory measure in chronic pain?: a reappraisal.
Pain 1995; 61: 261-70.

Osman A, Barrios FX, Kopper B, Osman JR, Grittmann L, Troutman JA, et al.

The Pain Behavior Check List (PBCL): psychometric properties in a college sample.
J Clin Psychology 1995; 51: 775-82.

Osman A, Barrios FX, Osman JR, Schneekloth R, Troutman JA.

The Pain Anxiety Symptoms Scale: psychometric properties in a community sample.
J Behav Med 1994; 17: 511-22.

Parris WCV.

Perspectives of chronic pain management: present and future.
Pain Digest 1996; 6: 67-70.

Penzien DB, Rains JC, Jamison RN.

Tutorial 14: interdisciplinary approach to management of chronic benign pain.
Pain Digest 1994; 4: 212-8.

Pilowsky I, Katsikitis M.

A classification of illness behaviour in pain clinic patients.
Pain 1994; 57: 91-4.

Pouchot J, Thevenon A.

Mesures de qualité de vie personnalisée.
Rev Rhum [Éd Fr] 1995; 62: 23S-6S.

Quintner J, Walpole B, Genova A, Hutchins MM, Cousins MJ, Ryann D.

A glossary of pain terms for medicolegal work [letters].
Med J Aust 1991; 155: 726-8.

Reilly PA, Littlejohn GO.

A glossary of pain terms for medicolegal work.
Med J Aust 1991; 155: 264-6.

Ren XS, Kazis L, Lee A, Miller DR, Clark JA, Skinner K, et al.

Comparing generic and disease-specific measures of physical and role functioning. Results from the Veterans Health Study.
Med Care 1998; 36: 155-66.

Riley JL, Robinson ME.

CSQ: five factors or fiction?
Clin J Pain 1997; 13: 156-62.

Robinson ME, Myers CD, Sadler IJ, Riley JL, Kvaal SA, Geisser ME.

Bias effects in three common self-report pain assessment measures.

Clin J Pain 1997; 13: 74-81.

Rohling ML, Binder LM, Langhinrichsen-Rohling J.

Money matters: A meta-analytic review of the association between financial compensation and the experience and treatment of chronic pain.

Health Psychol 1995; 14: 537-47.

Rudy TE, Turk DC, Brena SF.

Differential utility of medical procedures in the assessment of chronic pain patients.

Pain 1988; 34: 53-60.

Ruiz Moral R, Munoz Alamo M, Pérula de Torres L, Aguayo Galeote MA.

Biopsychosocial features of patients with widespread chronic musculoskeletal pain in family medicine clinics.

Fam Pract 1997; 14: 242-8.

Russo J, Trujillo CA, Wingerson D, Decker K, Ries R, Wetzler H, et al.

The MOS 36-item short form health survey. Reliability, validity and preliminary findings in schizophrenic outpatients.

Med Care 1998; 36: 752-6.

Simon JM, McTier CL.

Development of a chronic pain assessment tool.

Rehabil Nurs 1996; 21: 20-4.

Simons W, Malabar R.

Assessing pain in elderly patients who cannot respond verbally.

J Adv Nurs 1995; 22: 663-9.

Smith BH, Penny KI, Purves AM, Munro C, Wilson B, Grimshaw J, et al.

The Chronic Pain Grade Questionnaire: validation and reliability in postal research.

Pain 1997; 71: 141-7.

Smith GR.

The epidemiology and treatment of depression when it coexists with somatoform disorders, somatization, or pain.

Gen Hosp Psychiatry 1992; 14: 265-72.

Smythe HA, Gladman A, Mader R, Peloso P, Abu-Shakra M.

Strategies for assessing pain and pain exaggeration: controlled studies.

J Rheum 1997; 24: 1622-9.

Sofaer B, Walker J.

Mood assessment in chronic pain patients.

Disabil Rehabil 1994; 16: 35-8.

Sullivan MD, Loeser JD.

The diagnosis of disability. Treating and rating disability in a pain clinic.

Arch Intern Med 1992; 152: 1829-35.

Sullivan MD, Turner JA, Romano J.

Chronic pain in primary care. Identification and management of psychosocial factors.

J Fam Pract 1991; 32: 193-9.

Sullivan MJL, Reesor K, Mikail S, Fisher R.

The treatment of depression in chronic low back pain: review and recommendations.

Pain 1992; 50: 5-13.

Swatzman LC, Gwadry FG, Shapiro AP, Teasell RW.

The factor structure of the Coping Strategies Questionnaire.
Pain 1994; 57: 311-6.

Sweetman BJ, Heinrich I, Anderson JAD.

Measures of severity of low back pain.
J Orthop Rheum 1995; 8: 211-6.

Ter Kuile MM, Spinhoven P, Linssen ACG, Van Houwenlingen HC.

Cognitive coping and appraisal processes in the treatment of chronic headaches.
Pain 1995; 64: 257-64.

Ter Kuile MM, Linssen ACG, Spinhoven P.

The development of the multidimensional locus of Pain Control Questionnaire (MLPC): factor structure, reliability, and validity.
J Psychopathol Behav Assess 1993; 15: 387-404.

Tesio L, Granger CV, Fiedler RC.

A unidimensional pain/disability measure for low-back pain syndromes.
Pain 1997; 69: 269-78.

Thomas RJ, McEwen J, Asbury AJ.

The Glasgow Pain Questionnaire: a new generic measure of pain; development and testing.
Int J Epidemiol 1996; 25: 1060-7.

Toomey TC, Mann JD, Abashian SW, Carnrike CLM, Hernandez JT.

Pain locus of control scores in chronic pain patients and medical clinic patients with and without pain.
Clin J Pain 1993; 9: 242-7.

Toomey TC, Mann JD, Hernandez JT, Abashian SW.

Psychometric characteristics of a brief measure of pain-related functional impairment.
Arch Phys Med Rehabil 1993; 74: 1305-8.

Toomey TC, Seville JL, Finkel AG, Mann JD, Abashian SW, Klocek JW.

Circumstances of chronic pain onset: relationship to pain description, coping and psychological distress.
Pain Clin 1997; 10: 19-26.

Toomey TC, Seville JL, Mann JD.

The pain locus of control scale: relationship to pain description, self-control skills and psychological symptoms.
Pain Clin 1995; 8: 315-22.

Toomey TC, Seville JL, Mann JD, Abashian SW, Wingfield MS.

Relationship of learned resourcefulness to measures of pain description, psychopathology and health behavior in a sample of chronic pain patients.
Clin J Pain 1995; 11: 259-66.

Turk DC, Okifuji A, Starz TW, Sinclair JD.

Effects of type of symptom onset on psychological distress and disability in fibromyalgia syndrome patients.
Pain 1996; 68: 423-30.

Turk DC, Rudy TE.

Assessment of cognitive factors in chronic pain: worthwhile enterprise ?
J Consult Clin Psychol 1986; 54: 760-8.

Turk DC, Rudy TE.

The robustness of an empirically derived taxonomy of chronic pain patients.
Pain 1990; 43: 27-35.

Turk DC, Rudy TE.

Towards a comprehensive assessment of chronic pain patients.
Behav Res Ther 1987; 25: 237-49.

Turk DC, Melzack R.

Handbook of pain assessment.
New York: The Guilford Press; 1992.

Turk DC, Marcus DA.

Assessment of chronic pain patients.
Semin Neurol 1994; 14: 206-12.

Turk DC, Okifuji A.

Detecting depression in chronic pain patients: adequacy of self-reports.
Behav Res Ther 1994; 32: 9-16.

Wagner DL.

Options for the management of chronic pain.
IM - Intern Med 1997; 18: 57-71.

Wahlgren DR, Atkinson JH, Epping-Jordan JE, Williams RA, Pruitt SD, Klapow JC, et al.

One-year follow-up of first onset low back pain.
Pain 1997; 73: 213-21.

Wallenstein SL.

Scaling clinical pain and pain relief.
In: Bromm B, editor. *Pain measurement in man. Neurophysiological correlates of pain.* Amsterdam: Elsevier; 1984. p. 389-96.

Wallis BJ, Bogduk N.

Faking a profile: can naive subjects simulate whiplash responses?
Pain 1996; 66: 223-7.

Ware JE, Sherbourne CD.

The MOS 36-item Short-Form Health Survey (SF-36). I. Conceptual framework and item selection.
Med Care 1992; 30: 473-83.

Weir R, Browne G, Tunks E, Gafni A, Roberts J.

Gender differences in psychosocial adjustment to chronic pain and expenditures for health care services used.
Clin J Pain 1996; 12: 277-90.

Weir R, Browne G, Roberts J, Tunks E, Gafni A.

The Meaning of Illness Questionnaire: further evidence for its reliability and validity.
Pain 1994; 58: 377-86.

Wilkie D, Savedra MC, Holzemer WL, Tesler MD, Paul SM.

Use of the McGill Pain Questionnaire to measure pain : a meta-analysis.
Nursing Res 1990; 39: 36-41.

Williams AC de C.

Pain measurement in chronic pain management.
Pain Rev 1995; 2: 39-63.

Williams AC de C, Richardson PH.

What does the BDI measure in chronic pain?

Pain 1993; 55: 259-66.

Williams DA, Robinson ME, Geisser ME.

Pain beliefs : assessment and utility.

Pain 1994; 59: 71-8.