

L'entretien avec le patient douloureux chronique : une prise en charge globale de l'individu

Autor(en): **Trudelle, Pierre**

Objektyp: **Article**

Zeitschrift: **Fisio active**

Band (Jahr): **41 (2005)**

Heft 6

PDF erstellt am: **17.08.2024**

Persistenter Link: <https://doi.org/10.5169/seals-929584>

Nutzungsbedingungen

Die ETH-Bibliothek ist Anbieterin der digitalisierten Zeitschriften. Sie besitzt keine Urheberrechte an den Inhalten der Zeitschriften. Die Rechte liegen in der Regel bei den Herausgebern.

Die auf der Plattform e-periodica veröffentlichten Dokumente stehen für nicht-kommerzielle Zwecke in Lehre und Forschung sowie für die private Nutzung frei zur Verfügung. Einzelne Dateien oder Ausdrucke aus diesem Angebot können zusammen mit diesen Nutzungsbedingungen und den korrekten Herkunftsbezeichnungen weitergegeben werden.

Das Veröffentlichen von Bildern in Print- und Online-Publikationen ist nur mit vorheriger Genehmigung der Rechteinhaber erlaubt. Die systematische Speicherung von Teilen des elektronischen Angebots auf anderen Servern bedarf ebenfalls des schriftlichen Einverständnisses der Rechteinhaber.

Haftungsausschluss

Alle Angaben erfolgen ohne Gewähr für Vollständigkeit oder Richtigkeit. Es wird keine Haftung übernommen für Schäden durch die Verwendung von Informationen aus diesem Online-Angebot oder durch das Fehlen von Informationen. Dies gilt auch für Inhalte Dritter, die über dieses Angebot zugänglich sind.

L'entretien avec le patient douloureux chronique

Une prise en charge globale de l'individu

Pierre Trudelle, Kinésithérapeute libéral, 54, rue du Ranelagh, 75016 Paris, E-mail: p.trudelle@wanadoo.fr

ABSTRACT

Pain is a common complaint of patients and it is easy to overlook major elements in routine consultation. One way of avoiding missing something important is to conduct the interview with a standard plan including elements covering all the different domains of chronic pain. Summarizing the guidelines on this topic proposed by the French national health evaluation agency (ANAES), we retained four domains – sensory discrimination, affective and emotional effects, cognition, behavior – which should be explored. A 10-item semi-structured interview grid can serve as a consultation guide: duration of the pain, mode of onset, changing pattern(s), current or past treatments, past history and associated conditions, description of the current pain, context (familial/psychosocial/medico-legal/impact), cognitive factors, behavioral factors, analysis of the patient's request. This approach can help professionals undertake well oriented treatment in response to the patient's request.

Mots-clés:

Interrogatoire, Entretien, Douleur, Communication, Relation thérapeutique

L'abord du patient douloureux chronique devient parfois routinier et des éléments majeurs peuvent être oubliés. La manière d'effectuer le bilan peut être facilitée si l'on utilise un plan de questions ciblant tous les domaines de la douleur chronique. En résumant les recommandations de l'ANAES sur ce thème, nous avons dégagé les points marquants de cet entretien. Quatre composantes sont abordées: sensori-discriminative, affectivo-émotionnelle et cognitive, comportementale. Une grille d'entretien semi structuré permet de guider tous les professionnels de santé en déclinant 10 points: ancienneté de la douleur, mode de début, le profil évolutif du syndrome douloureux, les traitements effectués et actuels, antécédents et pathologies associées, description de la douleur actuelle, contexte familial/psychosocial/médico-légal/incidences, facteurs cognitifs, facteurs comportementaux et analyse de la demande. Ce travail permet d'aider les professionnels à prendre les bonnes orientations thérapeutiques en fonction des réponses du patient.

INTRODUCTION

Écouter son patient c'est aussi l'entendre. La relation thérapeutique avec le patient est une compétence acquise avec l'expérience. Certains thérapeutes ressentent plus de facilité que d'autres pour interroger leur patient. Une démarche structurée permet de mieux explorer les différentes dimensions de la douleur chronique.

L'entretien, «l'interrogatoire» ou l'anamnèse est un élément clé de la prise en charge des patients douloureux chroniques. L'Agence Nationale d'Accréditation et d'Évaluation en Santé (ANAES) a édité un rapport intitulé «Évaluation et suivi de la douleur chronique chez l'adulte en médecine ambulatoire» [1]. Ce rapport décrit les outils disponibles pour évaluer la douleur du patient et les éléments à explorer au cours de «l'interrogatoire». Nous reprenons ici la partie concernant cette «rencontre» avec le patient douloureux chronique.

LE PATIENT EST SA PROPRE RÉFÉRENCE

Souvent on entend dire d'un patient «c'est dans la tête», «elle est complètement psy», «il est en arrêt de travail...», «c'est pas grave mamie!». Mais, sommes-nous réellement pertinent et objectif lorsque nous cataloguons ainsi un patient? La réponse est non. Notre propre comportement va induire chez le patient une réaction (il va amplifier ses sensations, les négliger consciemment ou pas), et ensuite nous allons filtrer les données recueillies et les comparer aux autres patients que nous rencontrons. Cette comparaison entraîne un jugement de valeur erroné sur la sensation exprimée par le patient. Un kinésithérapeute, travaillant chez des grands brûlés, aura du mal à croire qu'une personne opérée d'un hallux valgus souffre autant, voire plus, qu'un patient brûlé au deuxième degré. Et pourtant un patient âgé opéré sur cette petite articulation, vivant seul et ayant l'impression que l'opération ne s'est pas bien déroulée, peut «vivre» la sensation avec plus d'anxiété qu'une personne brûlée qui vient d'échapper à la mort. La douleur est une expérience personnelle. Le thérapeute doit essayer de l'interpréter comme telle sans référence standard (le patient est sa propre référence). Cette écoute du patient permet d'établir une relation thérapeutique neutre qui correspond au premier temps de sa prise en charge.

Définition

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 trois à six mois et/ou susceptible d'affecter de façon péjorative le comportement ou le bien-être du patient, attribuable à toute cause non maligne» [1]. En cas de pathologie maligne, il est préférable de préciser qu'il s'agit de «douleur d'origine cancéreuse».

MÉTHODE

UN ENTRETIEN GLOBAL

Un des points forts du traitement kinésithérapique est la fréquence des rencontres avec son patient et le temps qu'il peut consacrer à son écoute. Ces multiples contacts lui permettent de mieux connaître la personne et d'appréhender toutes les dimensions influençant la perception de la douleur. La douleur est un phénomène complexe. Elle est liée à «une lésion tissulaire existante ou potentielle», mais cette expérience sensorielle et émotionnelle est interprétée par le patient. L'ANAES présente, dans son rapport [1], une description des quatre composantes interactives influençant la perception de la douleur: – la composante sensori-discriminative; – la composante affective et émotionnelle; – la composante cognitive; – la composante comportementale. Ces quatre composantes vont augmenter ou minorer la perception et l'interprétation de la douleur par le patient. L'environnement professionnel, familial, social ou culturel, passé ou présent, joue également un rôle important. Nous avons tenté de faire apparaître l'ensemble de ces notions sur la figure 1. Pour un même stimuli appliqué à différents patients l'intervention de ces composantes va modifier le vécu et le message exprimé.

La composante sensori-discriminative

La composante sensori-discriminative correspond aux mécanismes neurophysiologiques qui permettent de décoder la douleur:

- le type de douleur (brûlure, élancements...);
- la durée (3 jours en continu, 1 fois par semaine...);
- l'intensité (tolérable, insupportable...);
- la localisation (autour de la cheville...).

En pratique, nous savons que ce décodage (exprimé par le patient) est souvent imprécis. Wall considère même 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 sensorial comme la vision ou l'audition [2]. L'écoute du patient est donc une étape indispensable pour analyser le message du patient douloureux. Le recueil des données présentées par le patient permet d'explicitier la représentation de «sa» douleur (l'utilisation du dessin où le patient trace les territoires douloureux a montré tout son intérêt, de même que le vocabulaire utilisé).

La composante affectivo-émotionnelle

La douleur peut-être perçue comme «pénible», «désagréable», «difficilement supportable». Le contexte comme l'évolution des symptômes, la similitude avec des douleurs de personnes proches ayant des maladies graves, va modifier le vécu douloureux du patient. Cette composante affective peut se prolonger vers des états émotionnels comme l'anxiété ou la dépression. Il existe des outils de mesure qui permettent d'explorer ces états (questionnaire abrégé de Beck – BDI; Hospital Anxiety and Depression scale – HAD) [1].

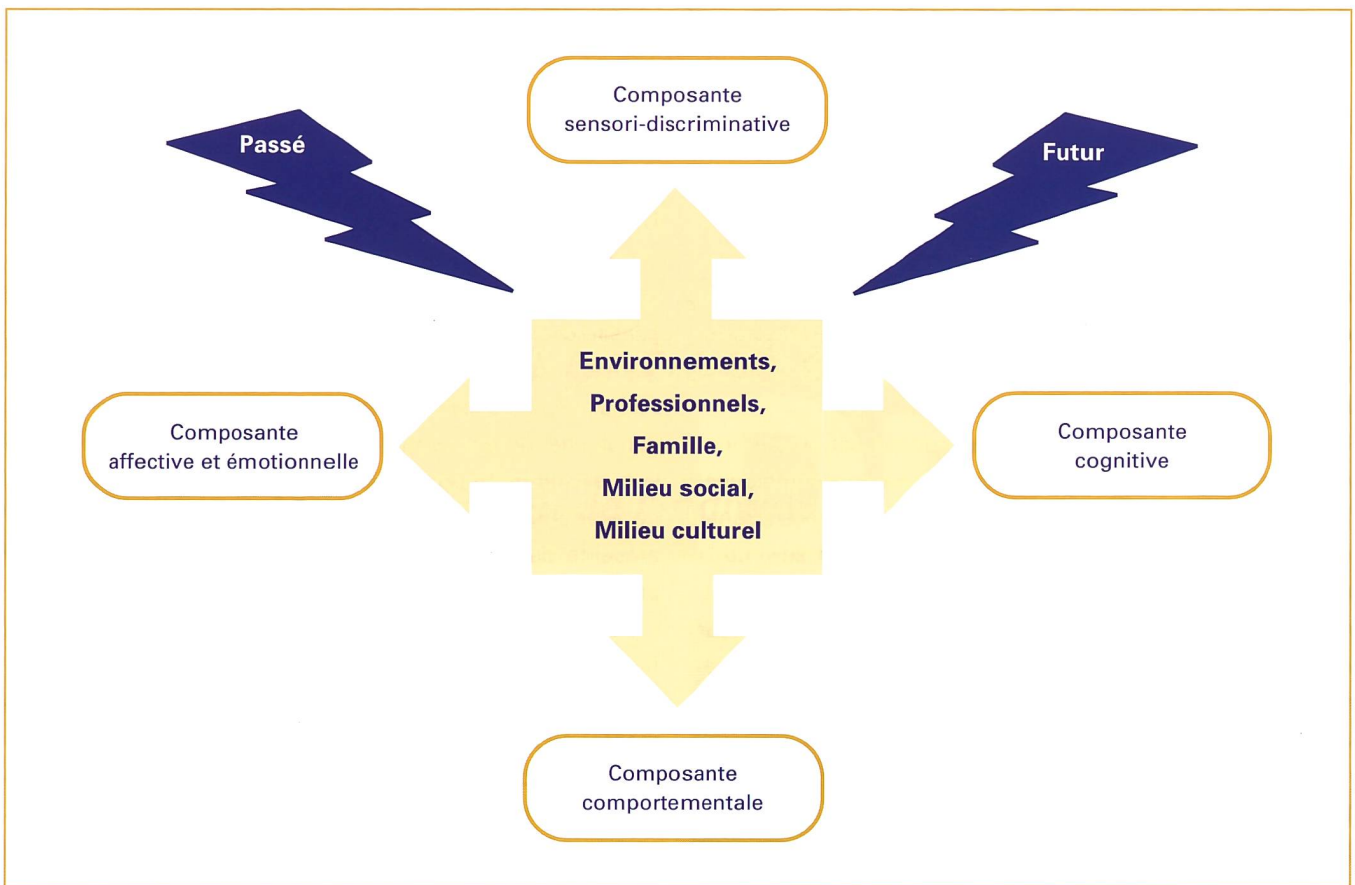


Fig. 1: Les quatre composantes de la douleur et ses facteurs dépendants.

La composante cognitive

La composante cognitive constitue «l'ensemble des processus mentaux susceptibles d'influencer une perception (ici la douleur) et les réactions comportementales qu'elle détermine» [1]. L'interprétation des conséquences de la douleur par le patient est liée au contexte dans lequel se trouve le patient. À lésions identiques, si l'on compare un groupe de civils à un groupe militaire, le groupe militaire réclamera moins d'antalgiques [3]. La signification de la douleur pour les militaires (vie sauve, fin des risques du combat...) sera différente des civils (perte d'emploi, pertes financières...).

La composante comportementale

La composante comportementale englobe l'ensemble des manifestations verbales et non verbales observables chez le patient. Les mimiques, les postures antalgiques ou les comportements de défense sont le reflet d'une communication non verbale. Elles dépendent de l'environnement et du milieu social, ethnique ou culturel du patient. L'âge, le sexe et les réactions de l'entourage sont susceptibles d'influencer le comportement. Dans la pratique, il faut noter ce qui peut interférer et modifier le comportement du patient. Éventuellement, vous pouvez demander à l'entourage d'être ou de ne pas être présent pendant les séances.

LES DIX ITEMS À EXPLORER AU COURS DE L'ENTRETIEN

Le groupe de travail de l'ANAES, en se fondant sur un accord professionnel fort, a élaboré une liste de dix items à explorer avec le patient douloureux chronique. Cette liste permet au thérapeute de vérifier si son «interrogatoire» a exploré toutes les dimensions de la douleur. Cette grille va de l'ancienneté de la douleur jusqu'à la reformulation de la demande du patient. Elle est facilement utilisable et, en pratique, une photocopie peut être placée dans le dossier du patient pour confirmer si l'entretien est exhaustif ou pas. Plusieurs séances peuvent être utiles pour réaliser cet entretien.

CONCLUSION

La douleur est un phénomène multifactoriel. Elle est maintenant explorée dans toutes ses dimensions. Par contre, le passage à la chronicité est mal expliqué. Les hypothèses avancées concernent les niveaux neurophysiologiques (plasticité neuronale) et psychologique (phénomène d'apprentissage, conditionnement). Un cercle vicieux entretient le phénomène et influence le comportement (trouble du sommeil, dépression...). Pour le kinésithérapeute, l'objectif prioritaire est d'éviter le passage à la chronicité ou de limiter la durée des symptômes, en adoptant un comportement adapté. L'écoute du patient et l'exploration de toutes les dimensions de la douleur, la neutralité dans l'interprétation des symptômes, la reformulation et un discours concordant entre les différents intervenants sont les moyens qui peuvent lui permettre d'atteindre cet objectif.

GRILLE D'ENTRETIEN SEMI STRUCTURÉ AVEC LE PATIENT DOULOUREUX CHRONIQUE ÉTABLIE PAR L'ANAES

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 fonctionnelles et professionnelles...)

Le 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, l'incapacité 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 associés

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

Description de la douleur actuelle

- topographie
- types de sensation (brûlures, décharges électriques...)
- intensité
- retentissement (anxiété, dépression, troubles du sommeil, incapacités fonctionnelle et professionnelle...)
- facteurs d'aggravation et de soulagement de la douleur

Contexte familial, psychosocial, médico-légal et incidences

- situation familiale
- situation sociale
- statut professionnel et satisfaction au travail
- indemnisation perçue, attendue; 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

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

RÉFÉRENCES

1. AGENCE NATIONALE D'ACCREDITATION ET D'EVALUATION EN SANTÉ (ANAES) (1999). Évaluation et suivi de la douleur chronique chez l'adulte en médecine ambulatoire. Paris: ANAES, février: 123.
Ce document peut être commandé à l'ANAES (service communication et diffusion. 159, rue Nationale, 75640 Paris Cedex 13 au prix de 150 FF). Il est aussi en libre téléchargement sur le site www.anaes.fr à la rubrique «Publication», et la section «Médecine générale».
2. WALL PD (1984). Neurophysiology of acute and chronic pain. In: Benedetti C, editor. Advances in pain research and therapy. Vol 7. New York: Raven Press: 13–25.
3. BEECHER HK (1957). The measurement of pain. Prototype for the quantitative study responses. Pharmacol Rev. 9: 60–189.

Publication princeps:

Article publié en Novembre-Décembre 2001 dans la revue «Kinésithérapie, les cahiers» que nous publions sous la référence: Trudelle P. L'entretien avec le patient douloureux chronique; une prise en charge globale de l'individu. Kinesithérapie 2001; (0): 55–7.
Copyright Masson, Paris, 2001. Tous droits réservés.