

*COLLÈGE NATIONAL
DES GYNÉCOLOGUES ET OBSTÉTRICIEUS FRANÇAIS
Président : Professeur J. Lansac*

**Extrait des
Mises à jour
en Gynécologie
Médicale**

—
**volume 2005
publié le 30.11.2005**



*VINGT-NEUVIÈMES JOURNÉES NATIONALES
Paris, 2005*

Scores et échelles de la douleur

Revue bibliographique

F. RENOUEV, P. PANEL*
(Versailles)

INTRODUCTION

La prise en charge de la douleur chronique est aujourd'hui un problème de santé publique. C'est une des priorités du ministère de la Santé : après son rapport sur la douleur chronique de l'adulte en 1999, il a été mis en place un programme de lutte contre la douleur orienté spécifiquement sur les douleurs chroniques rebelles (programme de lutte contre la douleur 2002-2005).

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

* Service de Gynécologie-Obstétrique – Centre Hospitalier de Versailles – 177 rue de Versailles – 78157 LE CHESNAY CEDEX

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). L'état chronique se définit après 3 à 6 mois d'évolution. 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).

La définition proposée par l'ANAES 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** ». 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 ».

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.

L'évaluation des douleurs chroniques, et en particulier des douleurs pelviennes, est particulièrement complexe de par la diversité des symptômes, leur caractère potentiellement cyclique, volontiers intermittent et leur forte intrication psychique, sociale et culturelle.

L'estimation précise qualitative et quantitative de la douleur est pourtant indispensable pour une prise en charge optimale de la patiente douloureuse chronique.

Comment mesurer un phénomène si subjectif, complexe et multidimensionnel ?

L'hétéroévaluation de la douleur chronique est l'évaluation par un tiers du comportement observable de la douleur. Elle a longtemps été la mesure de référence. La comparaison des échelles d'autoévaluation aux échelles d'hétéroévaluation a montré que ces dernières sous-estimaient largement l'importance de la douleur, en particulier les douleurs fortes (68). Le médecin a tendance à sous-évaluer l'intensité

SCORES ET ÉCHELLES DE LA DOULEUR

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 postopératoire (35), la douleur est régulièrement sous-estimée par les médecins.

Aujourd'hui, on a recours aux méthodes d'autoévaluation qui ont été validées contrairement aux méthodes d'hétéroévaluation.

Les principales méthodes utilisées aujourd'hui pour évaluer la douleur chronique peuvent être divisées en trois catégories :

- les échelles unidimensionnelles : EVA, EN, EVS ;
- les échelles multidimensionnelles : MPQ, QDSA ;
- les échelles explorant les dimensions psychologiques et comportementales : BDI, HAD, échelle qualité de vie, échelle de motivation...

Concernant plus spécifiquement les douleurs pelviennes chroniques, les travaux sont plus rares. Il existe néanmoins des échelles spécifiques qui ont été bien évaluées.

I. LES ÉCHELLES UNIDIMENSIONNELLES

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. 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). 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).

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. Les échelles de mesure

2.1. Échelle visuelle analogique

La présentation classique de l'EVA a été validée selon les principales étapes habituellement retenues (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 (8, 13, 14, 22, 24, 26-30).

2.2. Échelles numériques

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. 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).

2.3. Échelles verbales simples

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. 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.

SCORES ET ÉCHELLES DE LA DOULEUR

3. Utilisation de ces échelles

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*, *Multidimensional Pain Inventory*).

- *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.

ÉCHELLES D'INTENSITÉ EN PRATIQUE

INTÉRÊTS :

SUIVI INTRA-INDIVIDUEL

INDICATION D'UN TRAITEMENT ANTALGIQUE

LIMITES :

PAS DE COMPARAISON INTER-INDIVIDUELLE

PAS DE DONNÉES ÉTIOLOGIQUES

PAS DE RELATION SCORE/POSOLOGIE

II. LES ÉCHELLES MULTIDIMENSIONNELLES

Elles évaluent de nombreuses dimensions de la douleur, notamment les composantes physiques, psychologiques, sociales, comportementales et cognitives.

Il existe de nombreuses échelles. Les plus utilisées sont le *MacGill Pain Questionnaire* (MPQ) (39) et sa forme courte: MPQ-SF (42) et le Questionnaire de la Douleur de Saint-Antoine (QDSA) (40, 41) qui est l'adaptation française du MPQ et sa forme courte: QDSA abrégé (41).

Ce sont des échelles principalement qualitatives avec une description verbale de la douleur. Elles sont toutes les deux recommandées par l'ANAES.

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).

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. Les versions longues des questionnaires d'adjectifs sont validées. Leur longueur les rend difficilement applicables en médecine ambulatoire. Les

SCORES ET ÉCHELLES DE LA DOULEUR

versions courtes ne sont pas actuellement validées. En l'absence de validation disponible, seule la présence de tel ou tel item est à retenir.

3. Les formes courtes

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

QDSA abrégé :

- *Cotation*: le score des 15 critères est à considérer comme une information séparée sans permettre d'établir un 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 (les scores ne peuvent être additionnés pour effectuer un score global).

ÉCHELLES MULTIDIMENSIONNELLES EN PRATIQUE :

ÉCHELLES QUALITATIVES

PRICIPAUX TESTS : – *MacGill Pain Questionnaire*
– Questionnaire de la douleur de Saint-Antoine

INTÉRÊTS : Évaluation de plusieurs dimensions de la douleur :

- physique
- psychologique
- sociale
- comportementale
- cognitive

III. LES ÉCHELLES PSYCHOLOGIQUES ET COMPORTEMENTALES

Il existe de nombreuses échelles qui tentent de cerner plus spécifiquement certains caractères de la douleur : la détresse psychologique, le retentissement sur le comportement, l'incapacité fonctionnelle, la qualité de vie... Toutes ces échelles ont des points communs et certains items se retrouvent dans différents questionnaires.

1. La 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 être leur conséquence. Comme pour les capacités fonctionnelles, une évaluation psychologique dans la douleur chronique est souvent incluse dans les questionnaires d'évaluation multidimensionnelle.

Deux échelles permettent d'explorer spécifiquement la dimension psychologique de la douleur : le *Beck Depressive Inventory* (BDI) et le *Hospital Anxiety and Depressive scale* (HAD)

1.1. BDI (55)

Il évalue surtout la dimension dépressive de la douleur. Il a été traduit en français et validé chez les malades psychiatriques (56).

- *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.
- *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.
- *Intérêt et limites* : il permet d'alerter le clinicien qui utilise les différents seuils de gravité retenus par Beck et Beamesderfer :

SCORES ET ÉCHELLES DE LA DOULEUR

- 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.

1.2. **HAD** (57)

Également traduit en français (58), ce test explore les 2 composantes : anxiété et dépression par 7 items pour chacun. 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).

- *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.

2. Échelles comportementales

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.

La classification en échelle comportementale est arbitraire. Les deux tests proposés sont des tests multidimensionnels mais chacun a une orientation spécifique. Le BPI renseigne surtout sur le retentissement de la douleur sur le comportement quotidien, le MPI sur l'adaptation comportementale face à la douleur.

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'auto-estimation 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 et de bonne qualité métrologique (c'est-à-dire validité contre critère, fidélité test-retest, sensibilité au changement).

- Le *Multidimensional Pain Inventory* (MPI ou WHYMPI) (11) traduit en français par Turk.

- Le *Brief Pain Inventory* (BPI) (47) traduit en français : questionnaire concis sur la douleur (QCD) (48).

2.1 MPI

Il explore la plupart des dimensions de la douleur (51). Cette échelle 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*).

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).

SCORES ET ÉCHELLES DE LA DOULEUR

2.2. BPI et QCD

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 explore les principales dimensions de la douleur : l'intensité, le soulagement, l'incapacité fonctionnelle, le retentissement social, la vie de relation, la détresse psychologique. Il a été traduit en français sous le nom de Questionnaire Concis sur la Douleur (QCD). La sous-échelle 23 est recommandée par l'ANAES car courte et simple d'utilisation.

- *Intérêt*: le retentissement d'une douleur sur le comportement quotidien est important à prendre en compte pour en apprécier l'ampleur.
- *Limites*: en absence de validation, chaque item doit être coté et considéré comme une information séparée (les scores ne pouvant pas être additionnés pour effectuer un score global).

**ÉCHELLES PSYCHOLOGIQUES
ET COMPORTEMENTALES EN PRATIQUE**

ÉCHELLES PSYCHOLOGIQUES :

- BDI : Évaluation de la dépression
- HAD : Évaluation de la dépression et de l'anxiété

ÉCHELLES COMPORTEMENTALES :

- BPI : Retentissement de la douleur sur le comportement quotidien
- MPI : Adaptation comportementale face à la douleur

IV. LES ÉCHELLES FONCTIONNELLES ET DE MOTIVATION

1. Les échelles fonctionnelles

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.

1.1 Échelles multidimensionnelles

Plusieurs types d'échelles multidimensionnelles existent. Les instruments traduits sont des documents relativement longs, ce qui rend leur utilisation difficile et peu adaptée en consultation. Le MPI et le BPI comportent aussi une évaluation de l'incapacité fonctionnelle.

1.1.1 Le Medical Outcome Study Short Form-36 (MOS SF-36)

C'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 ont été vérifiées sauf la fidélité test-retest (53).

1.1.2 Le Dallas Pain Questionnaire (DPQ) (49) traduit en français (13)

Il est destiné à évaluer la douleur mais plus précisément dans les lombalgies et évalue l'incapacité fonctionnelle dans ce domaine (13).

Il s'agit d'une série de questions explorant préférentiellement le retentissement sur le plan fonctionnel : 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. La version française du DPQ a eu un début de validation chez des patients souffrant de lombalgie chronique (13).

1.2 Les échelles spécifiques 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*.

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/phy-

SCORES ET ÉCHELLES DE LA DOULEUR

sique 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) mais certains sont trop longs (comme le *Sickness Impact Profil*: SIP). De plus, ils ont été étudiés essentiellement dans les lombalgies chroniques.

2. Les échelles de motivation

Enfin, l'évaluation de la motivation est une approche simple et pragmatique de la sévérité du symptôme douloureux. En effet, sans que ce soit une quantification de la douleur chronique, la motivation de la patiente reflète d'une façon générale son degré de souffrance. Cette motivation peut s'évaluer selon plusieurs niveaux :

- La patiente verbalise spontanément sa douleur ;
- La douleur est motif à consultation ;
- La patiente accepte une chirurgie pour ce motif ;
- La patiente demande une chirurgie du fait de ses douleurs (69).

Cette méthode tient compte qu'en matière de chirurgie fonctionnelle, c'est à la personne qui souffre du symptôme de décider de l'ampleur de la prise en charge. L'inconvénient de cette approche est qu'elle dépend aussi beaucoup de l'état psychologique de la patiente et n'est pas applicable aux patientes avec une personnalité pathologique.

ÉCHELLES FONCTIONNELLES ET DE MOTIVATION EN PRATIQUE

ÉCHELLES FONCTIONNELLES :

- TESTS MULTIDIMENSIONNELS : MOS SF-36, DPQ, MPI, BPI
- TESTS SPÉCIFIQUES : utilisés surtout en rhumatologie

ÉCHELLES DE MOTIVATION :

- APPROCHE SIMPLE ET PRAGMATIQUE DU DEGRÉ DE LA DOULEUR
- IMPORTANCE POUR LA CHIRURGIE FONCTIONNELLE

V. LES ÉCHELLES EN GYNÉCOLOGIE

Les échelles classiques uni et multidimensionnelles sont utilisées depuis longtemps en gynécologie. Depuis quelques années se sont développées des échelles spécifiques permettant d'évaluer de façon plus précise les algies pelviennes chroniques.

1. Les échelles généralistes

Il existe de nombreuses échelles généralistes, nous prendrons l'exemple de l'échelle développée par l'hôpital Cochin (73). Cette échelle évalue les algies pelviennes chroniques en préopératoire. C'est un auto-questionnaire long mais ciblé sur les antécédents gynécologiques de la patiente. Les différentes parties du questionnaire sont les suivantes :

- État civil et renseignements généraux ;
- Antécédents chirurgicaux (abdomen et appareil génital) ;
- Antécédents obstétricaux ;
- Fertilité ;
- Menstruations avant la survenue des algies pelviennes chroniques ;
- Menstruations actuelles ;
- Retentissement des douleurs sur la qualité de vie ;
- Localisation des douleurs ;
- Rapports sexuels ;
- Affections virales et maladies sexuellement transmissibles ;
- Antécédents gynécologiques familiaux (également dans la belle-famille).

C'est une approche descriptive, aucun score n'est calculé. Elle est donc difficile à exploiter dans le cadre de la pratique médicale.

2. Les échelles fonctionnelles

Les questionnaires fonctionnels utilisés en gynécologie sont des échelles à plusieurs items qui évaluent l'impact fonctionnel objectif de la douleur à partir du comportement spécifique des femmes.

Elles utilisent, par exemple, la fréquence des douleurs, leur retentissement sur la « fonction », l'existence de mesures d'évitement ou la prise d'antalgiques. Chaque question est assortie d'un système de

SCORES ET ÉCHELLES DE LA DOULEUR

réponse en deux, trois ou cinq modalités. Les modalités de réponse peuvent éventuellement être adaptées aux différents symptômes. Ainsi, pour les dyspareunies on questionnera sur la fréquence et le retentissement en se référant aux rapports sexuels, et pour les dysménorrhées en se référant aux cycles et à la période de règles.

L'échelle développée par Andersch et Milsom, intitulée « échelle verbale multidimensionnelle » (70) par ses auteurs, est une échelle comportementale utilisée pour grader la sévérité de la dysménorrhée en 4 classes de sévérité croissante :

- 0 : Les règles ne sont pas douloureuses, et l'activité quotidienne n'est pas affectée ;
- 1 : Les règles sont douloureuses mais inhibent rarement l'activité normale de la femme. Des antalgiques sont rarement nécessaires. La douleur est légère ;
- 2 : Les activités quotidiennes sont gênées. Des antalgiques sont nécessaires et soulagent la douleur, les absences à l'école ou au travail sont, de ce fait, rares. La douleur est moyenne ;
- 3 : Activité clairement inhibée. Faible effet des antalgiques. Symptômes somatiques, c'est-à-dire maux de tête, asthénie, nausées, vomissements et diarrhées. La douleur est sévère.

Cette échelle est largement utilisée bien que n'ayant pas fait l'objet d'une réelle méthodologie de développement et de validation. En outre, elle n'est pas réellement multidimensionnelle, contrairement à ce que sa dénomination laisse penser. Bien qu'elle intègre une dimension neurosensorielle de sévérité de la douleur, et deux dimensions fonctionnelles, chaque degré de ces différents items est classé, en parallèle, dans une même catégorie de sévérité. L'hypothèse sous-jacente à la constitution d'une telle échelle est l'unidimensionnalité des trois items, ce qui n'est pas démontré.

3. Les échelles de qualité de vie

Les échelles de qualité de vie sont des échelles multicritères dont le but est d'apprécier, d'une façon très générale, l'impact ressenti d'un symptôme. *The Endometriosis Health Profile-30* (71) est une échelle permettant d'évaluer la qualité de vie d'une patiente souffrant d'endométriose.

Le principe de ces échelles est d'évaluer globalement et de façon non spécifique la gêne occasionnée en explorant de façon exhaustive les événements de la vie quotidienne sur lesquels la douleur est susceptible de retentir :

RENOUVEL & PANEL

- Activité et tâches courantes (vie professionnelle, loisirs, sport, tâches ménagères);
- Relations avec les autres (conjoint, famille, amis, collègues);
- Altération psychologique (anxiété, colère, trouble du sommeil);
- Bien-être intérieur (se sentir en forme, plein d'énergie...).

Ces différents items sont sélectionnés de façon à permettre une mesure unique : le score de qualité de vie. Il s'agit d'une échelle généraliste (dont les questions sont indépendantes de la nature du symptôme). Le défaut de ce type de questionnaire est son nombre important d'items, ce qui impose son développement sous forme d'autoquestionnaire. Elle a été adaptée et validée dans le cadre de l'endométriose (71, 72). De plus, elle est bien corrélée à la sévérité des douleurs pelviennes chroniques mesurée par hétéroévaluation subjective, objective et comportementale.

CONCLUSION

Les douleurs pelviennes chroniques sont des motifs récurrents de consultation en gynécologie. Elles nécessitent une approche particulière du fait de leur caractère volontiers cyclique et de leur forte connotation sociale et culturelle.

Leur prise en charge diagnostique et thérapeutique est souvent partielle, empirique ou orientée en fonction des connaissances plus spécifiques du praticien.

Toutefois, celles-ci sont de moins en moins ignorées et des travaux de recherche récents permettent de mieux les cerner. Les échelles d'évaluation sont ici essentielles pour mieux appréhender les progrès diagnostiques et thérapeutiques.

Résumé

Les algies pelviennes chroniques sont une situation très fréquente en gynécologie. Mis à part le problème de leur diagnostic étiologique, leur prise en charge thérapeutique est essentielle. Cette prise en charge ne peut être optimale qu'avec une bonne évaluation de ces douleurs.

Plusieurs échelles sont couramment utilisées. Elles sont soit unidimensionnelles : Échelles Visuelles Analogiques, Échelles Numériques ou Échelles Verbales Simples, soit multidimensionnelles comme le MacGill Pain Questionnaire, le Questionnaire de la

SCORES ET ÉCHELLES DE LA DOULEUR

Douleur de Saint Antoine. Se sont également développées des échelles plus ciblées notamment sur le comportement face à la douleur, le vécu psychologique, les conséquences fonctionnelles des douleurs chroniques. Ce sont des méthodes fiables mais pas toujours adaptées aux douleurs gynécologiques.

Quelques auteurs rapportent des moyens d'évaluation plus spécifiques pour mieux cerner les douleurs des pathologies pelviennes. Certaines de ces échelles sont aujourd'hui bien évaluées.

La multiplication des travaux permet d'espérer une harmonisation des pratiques dans ce domaine.

Bibliographie

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

SCORES ET ÉCHELLES DE LA DOULEUR

- 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, Kôke 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. Drosy 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, Cleeland 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, Hirofuchi 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 anxi-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

RENOUVEL & PANEL

- 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, Ocathain 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. Lérèche 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.
68. Benhamou D. Evaluation de la douleur postopératoire. *Ann Fr Anesth* 1998; 17(6): 555-72.
69. Fred M, Howard. The role of laparoscopy in chronic pelvic pain: promise and pitfalls. *Obstetrical and gynecological survey* 1993; 48(6): 357-83.
70. Andersch B, Milsom I. An epidemiologic study of young women with dysmenorrhea. *Am J Obstet Gynecol* 1982; 144(6): 655-60.
71. Jones G, Kennedy S, Barnard A, Wong J, Jenkinson C. Development of an endometriosis quality-of-life instrument: The endometriosis health profile-30. *Am Coll Obstet Gynecol* 2001; 98(2): 258-64.
72. Colwell HH, Mathias SD, Pasta DJ, Henning JM, Steege JF. A health-related quality-of-life instrument for symptomatic patients with endometriosis: a validation study. *Am J Obstet Gynecol* 1998; 179(1): 47-55.
73. Fauconnier A. Diagnostic et physiopathologie des algies pelviennes chroniques dans l'endométriose. [Thèse] Paris: Université Paris XI; 2004. p. 1-172.