

Clinique de la Douleur Chronique Rebelle(CDCR), Dr Lemarié Jean

Tel secrétariat : 06 33 18 96 30

48, Bd Dautel, ZA du VISSOIR, 49800 Trélazé.

L'entrée se fait par la rue CROIZAT,

au niveau du parking et du bâtiment de « Polaris Conseils »

cela se situe à 5mn en voiture du Village Santé Loire en direction de Trélazé, parking à disposition

Depuis la sortie N°19 de l'A87 ou le VILLAGE SANTE LOIRE

1er rond-point (rond-point des Perreyeux) : sortie Quantinière/Arena

2ème rond-point: 4ème sortie à gauche, direction ZA Quantinière/Arena

3ème rond-point: 1ère sortie, à droite, direction Arena/Parc du Vissoir

4ème rond-point: 2ème sortie, **Bd Dautel**, dir P1 ARENA,

puis 1^{ère} à gauche après la boulangerie(direction ZA du Vissoir)

Entrée à 200m sur la gauche, sur le Parking "Polaris Conseils" (bâtiment gris foncé)

Madame, Monsieur,

Vous avez rendez-vous prochainement pour une consultation de prise en charge de la douleur chronique à la clinique Saint Léonard à Trélazé.

Merci de prendre le temps de remplir le questionnaire ci-dessous, tranquillement chez vous, et de l'amener lors de votre consultation.

Merci également d'amener tous les autres documents utiles à votre consultation : radio, IRM, scanner, examens biologiques, avis d'autres médecins, mais aussi carte vitale, attestations (ALD, AT/MP), et courrier de votre médecin.

Au cas où vous ne pourriez pas vous rendre à ce rendez-vous, veuillez l'annuler en appelant au **06 33 18 96 30**.

Dans le cas d'une absence non justifiée - sauf cas de force majeure - et du fait d'une longue liste d'attente de patients qui auraient pu bénéficier de votre rendez-vous non annulé, vous ne pourrez plus prétendre à être suivi(e) au CDCR, nous vous encourageons alors à contacter une autre structure de traitement de la douleur chronique : au CHRU d'Angers, ou à la Clinique de l'Anjou à Angers.

Veuillez noter également que l'adresse mail du secrétariat ne peut servir qu'à transférer des documents, mais en aucun cas :

- à gérer les rendez-vous, ceux-ci se gérant par téléphone au **06 33 18 96 30**
- ou à gérer les questions médicales, celles-ci ne se traitant que sur rendez-vous.

Veuillez noter également que le Dr Lemarié est médecin spécialiste secteur 1 adhérent à l'OPTAM, et dans ce cadre est **susceptible d'appliquer des dépassements d'honoraires pour certaines consultations** appliqués avec tact et mesure en fonction de la complexité de la consultation(sauf en cas de CMU ou ACS, le signaler et le justifier par l'attestation dans ce cas).

DOCUMENT POUR L'EVALUATION DE LA DOULEUR CHRONIQUE = OUTILS D'AUTO-EVALUATION DE LA DOULEUR CHRONIQUE CHEZ L'ADULTE

Afin de préciser avec justesse l'intensité et les qualités de votre douleur, depuis les 8 derniers jours, nous vous demandons de répondre au questionnaire suivant :

Date : / /

. **Informations patient :**

Nom : Prénom
Date de naissance : / / Age : ans
Adresse :
Téléphone :
Adresse Mail :
Médecin Traitant : Docteur
 Adresse :

Poids : kg

Taille :cm

. **Ancienneté de la douleur :**

. **Début :** progressif / brutal (entourer la réponse)

Circonstances de survenue :

- | | |
|--------------------------------|------------------|
| - traumatisme | - post chirurgie |
| - accident de travail (date) : | - maladie : |
| - autres | |

Description de la douleur initiale (étau, brûlure...)=

.....

.....

Traitement(s) effectué(s) avec efficacité =

- → Efficacité =

- → Efficacité =

- → efficacité =

- → efficacité =

. **Evolutivité :** (entourer la réponse) :

Continue / discontinue

Continue + accès

Discontinue avec accès

Autre :

Nuit = oui/non

Jour = oui/non

Accès aigus = oui/non

. **Retentissement** (ressenti émotionnel=entourer la réponse) :

Anxiété = oui/non

Dépression = oui/non

Troubles du sommeil = oui/non

Incapacité professionnelle = oui/non

Incapacité fonctionnelle (troubles de la marche...) = oui/non

Intensité initiale : minime/ moyenne/ forte/ très intense

. **Antécédents chirurgicaux** :

-
-

. **Antécédent médicaux** :

-

-

. **Allergies** (médicaments, latex, pollens...) :

. **Antécédent familiaux** :

. **Antécédents gynéco obstétricaux** : -

-
-

. **Situation familiale** (en couple:O/N ;.... Nbre enfants)

Situation socioprofessionnelle : =

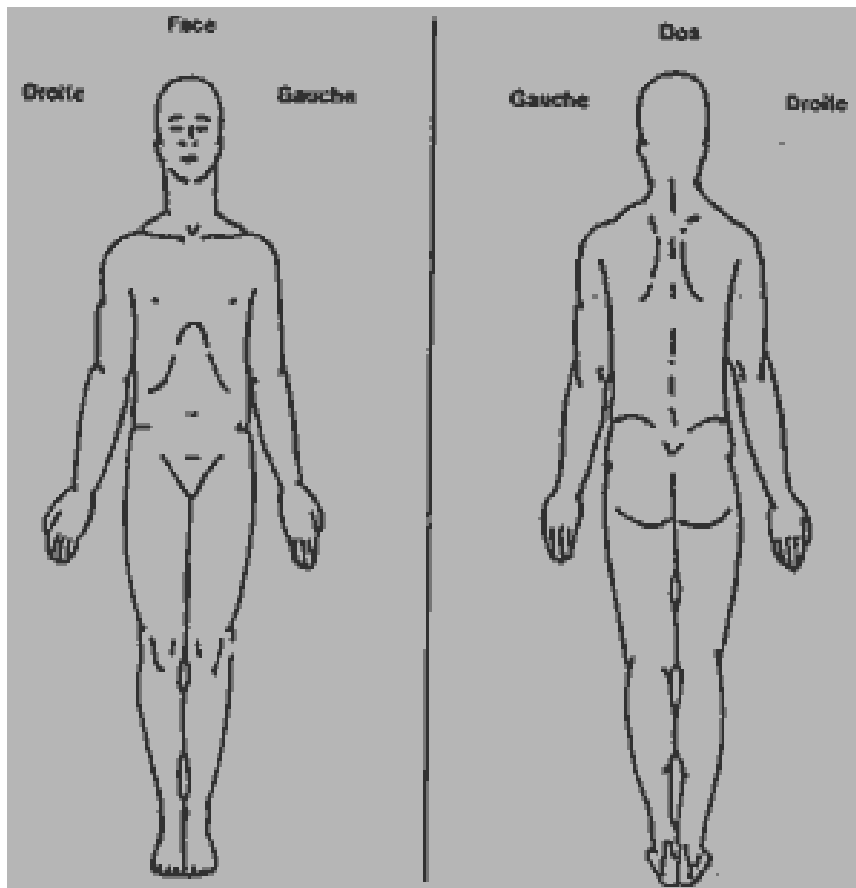
- travail =
- Arrêt de travail (maladie, AT...) =
- implications financières de l'arrêt =

. **Antécédents de douleur** (postopératoire, lumbago...) :

-
-

. **Schéma des zones douloureuses** :

- indiquer sur le schéma ci-dessous où se trouve la douleur habituelle (depuis les 8 derniers jours) en hachurant la zone.
- Mettre sur le schéma un « **S** » pour une douleur en surface de votre corps et un « **P** » pour une douleur plus profonde.
- Mettre sur le schéma un « **I** » à l'endroit où la douleur est la plus intense.
- Indiquer les irradiations intenses/projections de la douleur (ex : sciatique) par une ligne



où est la douleur : -

-

Où irradie la douleur :

-

-

Facteurs déclenchants (toux,mouvements...) :

Facteurs aggravants (efforts...) :

Facteurs de soulagements (repos...) :

Signes associés :

Perte de poids : oui / non

Fièvre : oui / non

Sueurs : oui / non

Autres :

Mesures de l'intensité de votre douleur :

1. Répondre en utilisant l'Echelle Visuelle Analogique (EVA)= « thermomètre » de votre douleur, permettant de mesurer l'intensité de votre douleur.

Poser un trait vertical ou une croix correspondant au positionnement de votre douleur sur l'échelle horizontale, comme dans l'exemple ci-dessous.

|_____X_____|
pas de douleur pire douleur imaginable

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

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

importante

importante

Douleur au moment présent =

| _____ |
pas de douleur pire douleur imaginable

Douleur habituelle moyenne dans les 8 derniers jours =

| _____ |
pas de douleur pire douleur imaginable

Douleur la plus intense dans les 8 derniers jours =

| _____ |
pas de douleur pire douleur imaginable

2. Entourer ci-dessous la note de 0 à 10 décrivant le mieux l'importance de votre douleur, à l'aide de l'Echelle Numérique, selon :
0 correspond à « pas de douleur »
10 correspond à la « pire douleur imaginable »

- Douleur au moment présent :

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

- Douleur habituelle dans les 8 derniers jours :

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

- Douleur la plus intense dans les 8 derniers jours :

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

3. Préciser l'importance de votre douleur en entourant le qualificatif correspondant à votre douleur (Echelle Verbale Simple :EVS) :

- Douleur au moment présent :

0 absente	1 faible	2 modérée	3 intense	4 extrêmement intense
--------------	-------------	--------------	--------------	-----------------------------

- Douleur habituelle dans les 8 derniers jours :

0 absente	1 faible	2 modérée	3 intense	4 extrêmement intense
--------------	-------------	--------------	--------------	-----------------------------

- Douleur la plus intense dans les 8 derniers jours :

0 absente	1 faible	2 modérée	3 intense	4 extrêmement intense
--------------	-------------	--------------	--------------	-----------------------------

. Qualificatifs de votre douleur :

-Vous trouverez ci-dessous une liste de mots pour décrire votre douleur. Répondez en mettant une croix pour qualifier la douleur que vous ressentez habituellement depuis les 8 derniers jours :

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

- répondre au questionnaire suivant, en entourant la réponse exacte :

Votre douleur a les caractéristiques suivantes :

- | | |
|----------------------------------|---------|
| 1. brûlures | oui/non |
| 2. sensation de froid douloureux | oui/non |
| 3. décharges électriques | oui/non |

Votre douleur est-elle associée aux symptômes suivants :

- | | |
|---------------------|---------|
| 4. fourmillements | oui/non |
| 5. picotements | oui/non |
| 6. engourdissements | oui/non |
| 7. démangeaisons | oui/non |

Votre douleur est-elle localisée dans un territoire où on peut mettre en évidence :

- | | |
|---|-----------|
| 8. diminution des sensations fines : | oui / non |
| 9. diminution de sensation à la pique : | oui / non |
| 10. votre douleur est-elle provoquée ou augmentée par le frottement : | oui/non |

. Echelles du retentissement émotionnel :

Les médecins savent que les émotions jouent un rôle important chez les patients notamment ceux souffrant de douleur persistante. Il est fondamental d'apprécier les émotions que vous éprouvez, afin de vous aider au mieux. Ce questionnaire est conçu de façon à permettre à votre médecin de se familiariser avec ce que vous éprouvez vous-même sur le plan émotif et émotionnel.

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 faites pas attention aux chiffres et lettres exprimés à gauche du questionnaire :

	3 2 1 0		Je me sens tendu ou énervé : la plupart du temps souvent de temps en temps jamais
0 1 2 3			Je prends plaisir aux mêmes choses qu'autrefois : oui, tout autant pas autant un peu seulement presque plus
			J'ai une sensation de peur comme si quelque chose d'horrible allait

	3 2 1 0		m'arriver : oui, très nettement oui, mais ce n'est pas grave un peu, mais cela ne m'inquiète pas pas du tout
0 1 2 3			Je ris facilement et vois le bon côté des choses : autant que par le passé plus autant qu'avant vraiment moins qu'avant plus du tout
	3 2 1 0		Je me fais du souci : très souvent assez souvent occasionnellement très occasionnellement
3 2 1 0			Je suis de bonne humeur : jamais rarement assez souvent la plupart du temps
	0 1 2 3		Je peux rester tranquillement assis ne rien faire et me sentir décontracté : oui, quoi qu'il arrive oui, en général rarement jamais
3 2 1 0			J'ai l'impression de fonctionner au ralenti : presque toujours très souvent parfois jamais
	0 1 2 3		J'éprouve des sensations de peur et j'ai l'estomac noué : jamais parfois assez souvent très souvent
3 2 1 0			Je ne m'intéresse plus à mon apparence : plus du tout je n'y accorde pas autant d'attention que je le devrais il se peut que je n'y fasse plus autant attention j'y prête autant d'attention que par le passé
	3 2 1 0		J'ai la bougeotte et je n'arrive pas à tenir en place : oui, c'est tout à fait le cas un peu pas tellement pas du tout
0 1 2 3			Je me réjouis d'avance à l'idée de faire certaines choses : autant qu'auparavant un peu moins qu'auparavant bien moins qu'avant presque jamais
	3 2 1 0		J'éprouve des sensations soudaines de panique : vraiment très souvent assez souvent pas très souvent jamais
0 1 2 3			Je peux prendre plaisir à un bon livre ou à une bonne émission radio ou de télévision : souvent parfois rarement très rarement

D	A		
---	---	--	--

. Echelles du retentissement de la douleur sur le comportement quotidien :

Pour chacune des 6 questions suivantes, entourer le chiffre qui décrit le mieux comment, dans les 8 derniers jours, la douleur à 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

. Mesures de l'intensité du soulagement de la douleur :

Trois échelles de mesure de l'intensité du soulagement de votre douleur vous sont proposées :

EVA :	0		_____		10
	pas de				soulagement
	maximum				soulagement

EN :	0%	10	20	30	40	50	60	70	80	90	100%
	pas de										soulagement
	soulagement										maximal
EVS			Soulagement						Scores		
			Nul						0		
			Faible						1		
			Modéré						2		
			Important						3		
			complet						4		

Entourez le chiffre qui correspond le mieux à l'intensité de vos douleurs spontanées en moyenne au cours des 24 dernières heures. (0 correspond à pas de ressenti, 10 pire ressenti imaginable)

Q1 : Votre douleur est-elle comme une **brûlure** ?

Aucune brûlure 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 Brûlure maximale imaginable

Q2 : Votre douleur est-elle comme un **étau** ?

Aucun étau 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 Etau maximal imaginable

Q3 : Votre douleur est-elle comme une **compression** ?

Aucune compression 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 Compression maximale
Imaginable

Q4 : Au cours des 24 dernières heures, vos **douleurs spontanées** ont été présentes comment :

- Cocher la réponse correspondant le mieux à votre état :

- | | |
|-----------------------------|-----------------------|
| - En permanence | <input type="radio"/> |
| - Entre 8 et 12 heures/jour | <input type="radio"/> |
| - Entre 4 et 7 heures/jour | <input type="radio"/> |
| - Entre 1 et 3 heures/jour | <input type="radio"/> |
| - Moins de 1 heure/jour | <input type="radio"/> |

Si vous avez eu des crises douloureuses brèves, pour chacune des questions suivantes, entourez le chiffre qui correspond le mieux à l'intensité de ces crises douloureuses en moyenne au cours des 24 dernières heures.

Q5 : Avez-vous eu des crises douloureuses comme des **décharges électriques** ?

Aucune décharge 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 Décharge électrique
électrique maximale imaginable

Q6 : Avez-vous eu des crises douloureuses comme des **coups de couteau** ?

Aucun coup de couteau 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 Coup de couteau
Maximal imaginable

Q7 : Au cours des dernières 24 heures, combien de **crises douloureuses** avez-vous présenté ?

- | | |
|----------------------------|-----------------------|
| - Plus de 20 | <input type="radio"/> |
| - Entre 11 et 20 | <input type="radio"/> |
| - Entre 6 et 10 | <input type="radio"/> |
| - Entre 1 et 5 | <input type="radio"/> |
| - Pas de crise douloureuse | <input type="radio"/> |

Evaluation des douleurs provoquées ou augmentées par le frottement, la pression, le contact d'objets froids sur la zone douloureuse.

Entourez le chiffre qui correspond le mieux à l'intensité de vos douleurs provoquées en moyenne au cours des 24, dernières heures.

Q8 : Avez-vous eu des douleurs provoquées ou augmentées par le **frottement** sur la zone douloureuse ?

Aucune douleur provoquée 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 Douleur provoquée
Maximale imaginable

Q9 : Avez-vous eu des douleurs provoquées ou augmentées par **la pression** sur la zone douloureuse ?

Aucune douleur provoquée 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 Douleur provoquée
Maximale imaginable

Q10 : Avez-vous eu des douleurs provoquées par le **contact avec un objet froid** sur la zone douloureuse :

Aucune douleur 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 douleur maximale imaginable

Ressenti des sensations anormales dans la zone douloureuse :

Entourez le chiffre qui correspond le mieux à l'intensité de vos sensations anormales au cours des 24 dernières heures

Q11 : Avez-vous eu des **picotements** ?

Aucun picotement 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 picotement maximal imaginable

Q12 : Avez-vous eu des **fourmillements** ?

Aucun fourmillement 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 fourmillement maximal
Imaginable

Echelle d'Evaluation du moral : **Questionnaire abrégé de Beck**

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 correspondant.

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 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 décisions	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

Questionnaire de qualité de vie :

Voici une liste d'activité que vous pouvez avoir à faire dans votre vie de tous les jours. Pour chacune d'entre elles indiquez si vous êtes limité(e) en raison de votre état de santé actuel (*entourer la bonne réponse*).

1. Dans l'ensemble, pensez vous que votre santé est : entourez la bonne réponse

- ☐ Excellente (1)
- ☐ Très bonne (2)
- ☐ Bonne (3)
- ☐ Médiocre (4)
- ☐ Mauvaise (5)

2. voici une liste d'activité que vous pouvez avoir à faire dans votre vie de tous les jours : entourez la bonne réponse

- efforts physiques tels que déplacer une table, passer l'aspirateur, jouer aux boules :
 - oui, beaucoup limité(e) (1)
 - oui, un peu limité(e) (2)
 - non, pas du tout limité(e) (3)

- montez plusieurs étages par l'escalier :
 - oui, beaucoup limité(e) (1)
 - oui, un peu limité(e) (2)
 - non, pas du tout limité(e) (3)

3. au cours de cette dernière semaine, et en raison de votre état physique, (entourez la bonne réponse)

- avez-vous accompli moins de choses que vous auriez souhaitées ?
 - en permanence (1)
 - très souvent (2)
 - quelques fois (3)
 - rarement (4)
 - jamais (5)

- avez-vous du arrêter de faire certaines choses ?
 - en permanence (1)
 - très souvent (2)
 - quelques fois (3)
 - rarement (4)
 - jamais (5)

4. au cours de cette dernière semaine, et en raison de votre état émotionnel (comme vous sentir triste, nerveux ou déprimé) entourez la bonne réponse

- avez-vous accompli moins de chose que vous auriez souhaitée ?
 - en permanence (1)
 - très souvent (2)
 - quelques fois (3)
 - rarement (4)
 - jamais (5)

- avez-vous fait ce que vous aviez à faire avec moins de soins et d'attention que d'habitude ?
 - en permanence (1)
 - très souvent (2)
 - quelques fois (3)
 - rarement (4)
 - jamais (5)

5. au cours de cette dernière semaine, dans quelle mesure vos douleurs physiques vous ont-elles limitées dans votre travail ou vos activités domestiques ?

- pas du tout (1)
- un petit peu (2)
- moyennement (3)
- beaucoup (4)
- énormément (5)

6. les questions qui suivent portent sur comment vous vous êtes senti(e) au cour de cette dernière semaine. Pour chacune de ces questions, veuillez indiquer la réponse qui vous semble la plus appropriée. Au cours de cette dernière semaine, y'a-t-il eu des moments où : entourez la bonne réponse

- vous vous êtes senti(e) calme et détendu(e) ?
 - en permanence (1)

- très souvent (2)
- quelques fois (3)
- rarement (4)
- jamais (5)

- vous vous êtes senti(e) débordant(e) d'énergie ?

- en permanence (1)
- très souvent (2)
- quelques fois (3)
- rarement (4)
- jamais (5)

- vous vous êtes senti(e) triste ou déprimé(e) ?

- en permanence (1)
- très souvent (2)
- quelques fois (3)
- rarement (4)
- jamais (5)

7. au cours de cette dernière semaine y'a-t-il eu des moments où votre état de santé, physique ou émotionnel, vous a gêné(e) dans votre vie sociale et vos relations avec les autres, votre famille, vos amis, vos connaissances ? Entourez la bonne réponse

- en permanence (1)
- très souvent (2)
- quelques fois (3)
- rarement (4)
- jamais (5)