



RÉVOLUTION DES PRATIQUES ÉVALUATIVES

DÉFINITIONS

Chez les animaux de compagnie, l'expression clinique de la douleur est parfois traduite par des plaintes (c'est notamment le cas des intenses douleurs neuropathiques) mais le plus souvent, elle relève de signes fonctionnels et/ou de changements comportementaux en relation avec le mal-être des douleurs chroniques.

Les praticiens vétérinaires rompus à l'exercice de l'hétéro-évaluation (c'est-à-dire l'évaluation par un autre être que celui qui subit la douleur, par opposition à l'auto-évaluation faite par les êtres communiquant oralement) savent conjuguer **une triple approche fonctionnelle, qualitative et émotionnelle de la douleur**.

Le bien-fondé de cette démarche repose sur la nature multidimensionnelle de la douleur dont les quatre composantes sont associées à différentes régions cérébrales interconnectées²⁷.

Ce modèle multidimensionnel confère un rôle dynamique à une matrice cérébrale qui se substitue à un centre unique de la douleur et qui module la perception de la douleur *via* les émotions et la cognition :

- la composante sensori-discriminative renseigne sur la localisation, la durée, la qualité et l'intensité de la douleur (décodage du message sensoriel) ;
- la composante émotionnelle confère à la douleur un caractère plus ou moins désagréable, pénible et supportable, variable d'un individu à l'autre (lors de chronicisation, l'évolution vers l'anxiété ou la dépression est de règle) ;
- la composante comportementale est représentée par l'expression orale (vocalises, gémissements), motrice (jeux, sauts, dynamisme), relationnelle (dont l'agressivité) et par le retentissement végétatif ;
- la composante cognitive, apanage du cortex préfrontal des mammifères supérieurs, participe à la construction de l'image de la douleur (parfois éloignée de la réalité fidèle des lésions tissulaires), projette l'individu douloureux dans l'avenir et l'interroge sur ses rapports avec sa souffrance.

Le lien entre douleur et handicap fonctionnel est facilement observable par le propriétaire mais doit être exploré avec minutie par le vétérinaire au cours de son examen clinique.

Le lien entre douleur et émotions est avéré mais il doit être expliqué simplement aux propriétaires pour améliorer la pertinence de leur évaluation.

La première étape est de choisir une définition compréhensible des émotions. Les émotions sont des états affectifs intenses et fugaces, à valence positive ou négative, en réponse à la perception par les cinq sens d'un événement déclencheur appétitif ou aversif.

- Un événement appétitif procure de la **joie** ou parfois de la **surprise**.

- La suppression de cet événement appétitif entraîne de la **colère** ou de la **tristesse**.

- Un événement aversif procure de la **peur** ou du **dégoût**.

Ces six émotions primaires et universelles de Darwin²⁸ sont instinctives et innées : elles apportent une réponse adaptative favorisant la survie de l'individu et de l'espèce ; elles décernent une qualité hédonique à valeur positive (agréable, non menaçante) ou négative (désagréable, menaçante), à l'origine de quatre réponses :

- **réponse physiologique** traduite par l'augmentation des taux de noradrénaline (médullo-surrénales) et des minéralo et glucocorticoïdes (corticosurrénales) ;
- **réponse musculaire et motrice** objectivée par les expressions faciales, les postures, les mouvements ... ;
- **réponse comportementale menant à des actions d'évitement (peur), de repli (tristesse) ou d'agression (colère) ;**
- **réponse subjective mentale** exprimée par ce que l'individu ressent (sentiment) et donc moins accessible à l'évaluateur ; la réalité de cette réponse subjective chez les animaux ne rencontre pas de consensus mais plusieurs études suggèrent l'existence de certaines formes moins complexes que chez l'humain²⁹.

ÉMOTIONS ET CHANGEMENTS COMPORTEMENTAUX INDUITS PAR LA DOULEUR

La deuxième étape est de s'interroger sur les émotions et changements comportementaux induits par la douleur au sein d'une relation réciproque : les émotions négatives tendent à augmenter la sensation de douleur alors que les émotions positives la diminuent^{30,31}.

Au risque d'une simplification excessive, **toutes stimulations nociceptives sont à l'origine de trois émotions négatives : la peur, la tristesse et la colère**^{32,33}.

Cette coloration émotionnelle est mémorisée dans le proche hippocampe et conduit à des motivations comportementales fondées sur l'apprentissage.

Lorsque ces émotions négatives sont ignorées ou prolongées, elles se transforment en émotions secondaires ou évoluent vers des perturbations comportementales³⁴.

1° LA PEUR

La **peur** (état émotionnel fugace d'alarme et d'agitation déclenché par un danger spécifique et identifié, présent ou menaçant) provoque la **fuite** (flight), parfois l'**immobilité** (freeze) et a pour fonction la **protection**.



Photos 1 : Signes cliniques d'états anxieux chez le chien et le chat. (Crédit : Thierry Poitte)

La peur liée à la douleur aiguë est adaptative puisqu'elle focalise l'attention sur la lésion et suspend les activités habituelles afin de faciliter le processus de guérison. Chez l'humain, au cours d'une douleur prolongée, la peur se manifeste par de l'hypervigilance et des attitudes d'évitement exagérées, à l'origine de comportements inadaptés teintés de pessimisme ou de catastrophisme.

La peur peut évoluer vers des **états d'anxiété** qui sont des **états émotionnels généralisés déclenchés par une menace non spécifique, non identifiée, souvent imaginaire et attendue** (cf. **photos 1**).

L'anticipation appréhensive d'un danger s'accompagne de sentiments d'inquiétude, de détresse et de mécanismes psychophysiologiques simples tels l'hypertonie marquée de certains muscles, source de symptômes somatiques de tension et de cercle vicieux « émotion – contracture – douleur ».

L'anxiété abaisse les seuils de la douleur et participe ainsi à sa chronicisation ³⁵.

2° LA TRISTESSE

La **tristesse** peut évoluer vers des **états dépressifs** qui sont des troubles émotionnels durables en relation avec un **dérèglement de l'humeur** et sources de conséquences délétères sur les activités quotidiennes.

Chez les animaux de compagnie, les états dépressifs se traduisent par une asthénie, un regard triste, des refus de jeu ou de promenade, la recherche d'isolement, la perte d'interactions avec le propriétaire, etc.

Les états dépressifs sont souvent accompagnés par des activités répétitives (plaies de léchage), puis des comportements stéréotypés : « hallucinations », polydyspsie, mâchonnements, ingestion de denrées non alimentaires, mordillements, succion des flancs, tournis, aboiements compulsifs, etc. (cf. **photos 2**).

Douleurs chroniques et états dépressifs partagent les mêmes neurotransmetteurs, des voies de communication et des struc-

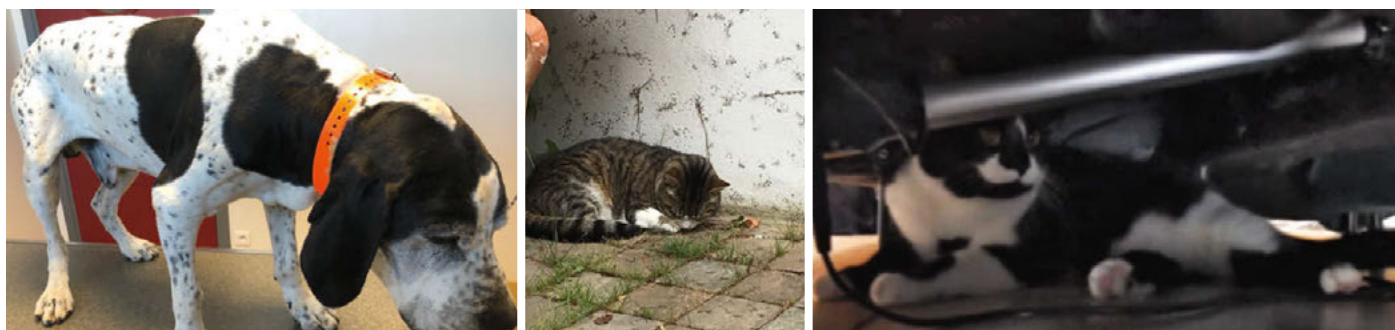
tures cérébrales communes : les unes entraînant les autres dans un cercle vicieux auto-aggravant ³⁵.

3° LA COLÈRE

La colère est une émotion aversive graduelle, entre irritation et fureur. La colère peut évoluer vers l'irritabilité puis l'agressivité (fight). Ici les comportements d'agression sont relationnels et fondamentalement réactionnels en réponse à des situations aversives provoquées par les accès paroxystiques des douleurs neuropathiques ou inflammatoires ou par le bruit de fond constant des douleurs chroniques (cf. **photos 3**).



Photos 3 : Signes cliniques d'irritabilité et d'agressivité chez le chien et le chat. (Crédit : Thierry Poitte)



Photos 2 : Signes cliniques d'états dépressifs chez le chien et le chat. (Crédit : Thierry Poitte)

États anxieux et/ou dépressifs, irritabilité et agressivité diminuent les seuils nociceptifs et participent à l'aggravation de la douleur (modèle circulaire).

Des troubles du sommeil (dyssomnies) surviennent et la perturbation de la continuité du sommeil (et non la restriction) viennent altérer les contrôles inhibiteurs descendants ³⁶.

L'ensemble de ces changements comportementaux **altère les relations sociales**, les liens affectifs avec les propriétaires et nuisent ainsi particulièrement à la qualité de vie.

ÉVALUATION DE LA DOULEUR

La **troisième étape** est de proposer une méthode évaluative inspirée par une **triple approche fonctionnelle, qualitative et émotionnelle de la douleur**.

MÉDECINE NARRATIVE

Née aux États-Unis au début des années 2000, la médecine narrative est une nouvelle approche s'inscrivant dans les soins de santé centrés sur le patient. Elle se définit comme une compétence qui permet de " reconnaître, absorber, interpréter et être ému ³⁷ " par les histoires de personnes malades. Appliquée à la médecine vétérinaire, la médecine narrative devient une compétence acquise par le praticien qui sait interpréter les récits de l'histoire douloureuse de l'animal de compagnie ainsi que les circonstances de survenue des douleurs.

Grâce à la métaphore narrative, elle valorise la subjectivité à la fois de l'expérience douloureuse du propriétaire mais aussi de sa sensibilité à traduire celle de son animal. La médecine narrative répond à la demande d'écoute du propriétaire, affiche l'empathie du praticien, amarre un premier ancrage relationnel de confiance et devient une source dynamique de collaboration et d'adhésion thérapeutique. Elle atteste de la pertinence du modèle de l'animal douloureux présentant des douleurs spécifiques, fonction d'un bagage génétique propre, d'un vécu particulier et d'un environnement émotionnel et cognitif influent.

LES CSOM : FORMULATION ÉCRITE DES ITEMS LES PLUS DOULOUREUX ³⁸

Les Client Specific Outcome Measures - CSOM - sont des grilles évaluatives de la douleur chronique, inspirées des Patient Reported Outcome (PRO), développées en rhumatologie humaine et qui se basent sur des symptômes ressentis et exprimés par les malades. Appliquées en médecine vétérinaire, les CSOM font appel aux capacités d'observation d'un propriétaire partageant le quotidien de son animal pour évaluer le mal-être associé aux douleurs chroniques : handicap fonctionnel, qualité de la douleur et perturbations émotionnelles à l'origine de changements comportementaux ³⁸.

La particularité réside notamment dans le fait que **chaque grille est unique à l'animal douloureux**. En effet, il ne s'agit pas d'un questionnaire standard mais plutôt d'un outil unique adapté à l'animal douloureux, avec son identité propre (patrimoine génétique et vécu douloureux) replacé dans son environnement émotionnel et cognitif.

Les CSOM renforcent la pertinence du projet thérapeutique multimodal, pluridisciplinaire et individualisé. Le vétérinaire

échange avec le propriétaire pour définir avec lui la liste des items les plus emblématiques de la douleur observée au cours de la dernière semaine. Une fois les critères de douleur définis d'un commun accord entre le vétérinaire et le propriétaire, ce dernier va pouvoir lui-même effectuer les évaluations à la maison, dans l'environnement familial de l'animal.

Pour cela, le vétérinaire :

1° discute de l'activité de l'animal avec le propriétaire, cherchant à lister « les activités que l'animal a des difficultés à faire ou qu'il a cessé de faire » ;

2° recherche des qualificatifs évocateurs de douleurs mécaniques (diminuant au repos, contemporaines de l'exercice), inflammatoires (nocturnes, diminuant à l'exercice, raideur matinale), neuropathiques (spontanées, de type décharges électriques, paresthésies, dysesthésies), nociplastiques (vulnérabilité, hyperalgésie, allodynie) ;

3° échange avec le propriétaire sur l'état émotionnel à l'origine de changements de comportement : anxiété, dépression, irritabilité, dyssomnies, altération des relations sociales, etc.

Une fois cette première liste établie, le vétérinaire demande au propriétaire de classer ces items par ordre d'importance pour déterminer les trois principaux à suivre. Le choix doit se porter sur des activités ou comportements clairement altérés, susceptibles de s'améliorer grâce à la thérapie analgésique qui sera mise en place.

L'ensemble des items choisis doit refléter si possible la variété des composantes douloureuses présentes.

Une fois les items sélectionnés et précisés, les propriétaires sont invités à évaluer, avec une note de 0 à 4, le degré de difficulté à effectuer ces activités ou la fréquence des modifications de comportement au cours de la dernière semaine (cf. **encadré 2**).

Le score CSOM est l'addition des scores pour les trois items.

Encadré 2 : CALCUL DES CSOM* Source : Thierry Poitte * Client-Specific Outcome Measures

0 : Aucune difficulté ou jamais.

1 : Légère difficulté (détectée uniquement par le propriétaire) ou rarement (par exemple une ou deux fois par mois).

2 : Difficulté modérée (observée aussi par les visiteurs) ou parfois (par exemple une ou deux fois par semaine).

3 : Difficulté sévère (évidente) ou souvent (par exemple une ou deux fois par jour).

4 : Difficulté très sévère ou activité impossible ou très souvent (par exemple plus de trois fois par jour).

Le score CSOM est calculé à chaque nouvelle étape du parcours de soins de l'animal douloureux. Il permet ainsi de contrôler l'efficacité du projet thérapeutique et de suivre sur le long terme les ajustements nécessaires à la dégradation de l'affection chronique douloureuse.

Par rapport au format papier, les versions digitales facilitent le remplissage des données, transmettent immédiatement les résultats au praticien, autorisent l'archivage, visualisent graphiquement l'évolution de la douleur, participent à l'alliance thérapeutique et renforcent l'expertise douleur du praticien.



LA GRILLE CBPI : CANINE BRIEF PAIN INVENTORY

Il est essentiel de disposer de mesures quantitatives de la douleur chronique validées et fiables chez les patients afin de permettre le développement et l'évaluation d'approches thérapeutiques (telles que médicaments ou procédures chirurgicales) conçues pour réduire cette douleur. Historiquement, les études évaluant la douleur chronique chez les chiens souffrant d'arthrose se sont fortement appuyées sur l'évaluation de la boiterie, soit par une évaluation vétérinaire, soit par diverses méthodes d'analyse de la démarche. L'évaluation du vétérinaire reste cependant tout aussi subjective et est souvent affectée par la présence du chien à la clinique qui ne va pas se comporter comme dans son environnement naturel. Cela impacte aussi l'analyse de la démarche.

Bien qu'elle soit utilisée régulièrement dans la pratique clinique pour aider à orienter les décisions thérapeutiques, ce n'est que relativement récemment que l'évaluation par le propriétaire de la douleur chronique chez le chien a été systématiquement incluse dans l'évaluation des résultats des études cliniques.

Au cours de la dernière décennie, plusieurs programmes ont pris l'initiative d'élaborer et de valider des questionnaires remplis par le propriétaire qui peuvent collecter de manière fiable des données sur la gravité de la douleur chronique et son impact sur les activités de routine de leur chien dans son environnement domestique. Ces approches ont aussi été développées chez le chat (cf. encadré 3).

Encadré 3 : LE FELINE MUSCULOSKELETAL PAIN INDEX : FMPI

Le FMPI est un instrument de métrologie clinique conçu pour évaluer les douleurs musculo-squelettiques félines dont l'arthrose⁴³.

Parmi les 21 questions, 18 évaluent les changements de comportement relatifs à l'activité du chat, 2 s'intéressent à la douleur et 1 à la qualité de vie.

Depuis l'article original, une check-list FMPI a été proposée en raison des très grandes sensibilité et spécificité des items suivants⁴⁴ :

- 1° Votre chat saute-t-il normalement en hauteur ?
- 2° Votre chat saute-t-il normalement pour descendre ?
- 3° Votre chat monte-t-il normalement les escaliers ou les marches ?
- 4° Votre chat descend-t-il normalement les escaliers ou les marches ?
- 5° Votre chat court-t-il normalement ?
- 6° Votre chat chasse-t-il normalement des proies ou des objets en mouvements (jouets) ?

Ces six critères permettent d'évaluer l'handicap fonctionnel (qui se traduit rarement par des boiteries*) mais aussi d'appréhender les perturbations émotionnelles et changements comportementaux induits : perte d'accès à la troisième dimension, anxiété, états dépressifs, altération des relations sociales et du lien affectif avec le propriétaire, etc.

*16,7 % des chats arthrosiques présentent une boiterie⁴⁵.



Canine Brief Pain Inventory Score

Canine BPI : www.canineBPI.com : traduit et validé par G. Ragetly

Date :

Nom du chien :

Sexe :

Poids :

Description de la douleur

NOTER LA DOULEUR DE VOTRE CHIEN

Marquez la case du score qui correspond le mieux à la douleur la plus importante depuis les 7 derniers jours

Pas de douleur ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ Douleur extrême

Marquez la case du score qui correspond le mieux à la douleur la moins importante depuis les 7 derniers jours

Pas de douleur ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ Douleur extrême

Marquez la case du score qui correspond le mieux à la douleur moyenne des derniers 7 jours

Pas de douleur ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ Douleur extrême

Marquez la case du score qui correspond le mieux à la douleur actuelle

Pas de douleur ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ Douleur extrême

SCORE DOULEUR /40

Description de la locomotion

MARQUER LA CASE DU SCORE QUI DÉCRIT LE MIEUX COMMENT LA DOULEUR OU LA GÊNE A INTERFÉRÉ DEPUIS 7 JOURS AVEC :

L'activité globale de votre chien

Pas d'interférence ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ Interfère totalement

Sa joie de vie

Pas d'interférence ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ Interfère totalement

Sa capacité à se lever d'une position couchée

Pas d'interférence ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ Interfère totalement

Sa capacité à marcher

Pas d'interférence ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ Interfère totalement

Sa capacité à courir

Pas d'interférence ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ Interfère totalement

Sa capacité à monter les escaliers ou passer de petites marches

Pas d'interférence ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ Interfère totalement

SCORE LOCOMOTION /60

Impression globale

Marquez la case ovale du score qui correspond le mieux à la qualité de vie de votre chien depuis les 7 derniers jours

☐ Faible ☐ Moyenne ☐ Bonne ☐ Très bonne ☐ Excellente

Figure 4 : Grille CBPI traduite en français (source : Guillaume Ragetly).



Photos 4 : Seulement 16,7 % des chats arthrosiques présentent une boiterie. Les difficultés à monter les escaliers ou à sauter sont des handicaps fonctionnels beaucoup plus fréquents. (Crédit : Thierry Poitte)

Le Canine Brief Pain Inventory (CBPI) est un court questionnaire qui peut être rempli par un propriétaire en moins de cinq minutes, rassemblant des informations sur la gravité de la douleur et comment cette douleur interfère avec les activités d'un chien au quotidien.

Les réponses à quatre questions sont compilées pour obtenir un score de gravité de la douleur (Pain Severity Score - PSS) et les réponses à six questions supplémentaires sont utilisées pour obtenir un score d'interférence de la douleur (Pain Interference Score - PIS). Une dernière question interroge sur la qualité de vie selon les qualificatifs suivants : faible, moyenne, bonne, très bonne, excellente.

Le CBPI a été développé en anglais et, grâce à de nombreuses études³⁹, s'est avéré être un outil valide et fiable pour collecter des données sur les chiens souffrant d'arthrose et de cancer des os. Le CBPI est souvent utilisé pour évaluer l'efficacité des interventions contre la douleur chronique chez les chiens souffrant d'arthrose. Pour cette utilisation, il est important d'avoir un questionnaire capable de détecter des changements cliniquement importants chez les chiens au fil du temps. Cet aspect est connu sous le nom de réactivité. Il a permis ensuite l'évaluation de nombreuses approches thérapeutiques et facilite les études multi-sites, souvent nécessaires pour obtenir un nombre de cas suffisant pour permettre d'établir des conclusions fiables⁴⁰.

La traduction du CBPI en français a été une étape importante dans la poursuite de l'adoption généralisée de ces évaluations propriétaires pour une utilisation dans la recherche et la pratique clinique. Cela a aussi permis des collaborations multinationales (cf. fig. 4, page précédente).

EXAMEN CLINIQUE ET ORTHOPÉDIQUE

EXAMEN CLINIQUE

Un examen clinique attentionné, soucieux d'éviter les douleurs procédurales, complète ces deux premières étapes : localisation de la douleur, intensité, qualité, répercussions anatomiques (amyotrophie, ankylose, etc.), fonctionnelles (boiterie, raideur, crépitations, etc.), hyperalgésie et allodynie.

L'examen clinique précède l'examen orthopédique pour rechercher les multimorbidités particulièrement fréquentes chez l'animal senior douloureux.

EXAMEN ORTHOPÉDIQUE

Avant même de voir le propriétaire et l'animal, le signalement peut nous guider car les maladies orthopédiques ont des prévalences assez constantes chez les chiens de race de grand format, chez les chiens de race de petit format ou chez les chats. De même, les ostéochondroses et les dysplasies vont plutôt toucher les chiens jeunes alors que les chiens âgés auront plus de risque d'avoir de l'arthrose, des lésions dégénératives ou des atteintes cancéreuses.

1° L'anamnèse

Elle est primordiale car elle permet de hiérarchiser les hypothèses diagnostiques dégagées par l'examen clinique. Les propriétaires ont souvent beaucoup d'informations à donner même si ces dernières sont parfois à interpréter avec précaution. Ils ont souvent mieux observé la démarche que ce que nous pouvons faire en clinique.

Les domaines dans lesquels on recherche une information la plus exacte possible sont :

- le mode de vie habituel du patient ;
- les circonstances d'apparition de la boiterie ;
- la description de la boiterie et des postures ;
- les traitements mis en œuvre et les résultats obtenus.

Les questionnaires semi quantitatifs constituent des outils utiles pour aider à objectiver la description que font les clients des signes cliniques de leur chien et de leur chat.

Les observations de signes cliniques par le vétérinaire sont limitées et moins riches que celles du maître de l'animal.

Il existe peu de démarche typique d'une affection précise à quelques exceptions près comme la contracture du muscle sous épineux qui provoque une circumduction caractéristique du membre thoracique du fait du « verrouillage » de l'épaule.

2° L'examen à distance

L'observation à distance est principalement utile pour localiser le membre atteint plutôt que l'articulation en particulier.

Le balancier cervico-céphalique développe une amplitude augmentée en cas de boiterie du membre thoracique. La tête s'élevant lors de l'appui côté atteint et s'abaissant lors de l'appui côté sain.

Pour une boiterie du membre postérieur, c'est parfois subtil, mais il est possible d'objectiver une « remontée de hanche » lorsque le membre douloureux est en appui.

Il est utile d'établir une gradation de la boiterie à laquelle se référer ultérieurement au cours du suivi du traitement. Une classification en cinq grades de boiterie est couramment utilisée et



est bien pratique pour suivre la réponse au traitement :

- grade 1 : boiterie intermittente, plutôt faible ;
- grade 2 : boiterie permanente, légère ;
- grade 3 : boiterie permanente, modérée ;
- grade 4 : boiterie permanente, sévère (du bout des doigts) ;
- grade 5 : boiterie sans appui.

Toujours au cours de l'examen à distance, il faut déterminer si l'anomalie de démarche comporte une part d'ataxie ou de parésie (faiblesse, déséquilibre et raclement des ongles notamment).

La posture est aussi importante. L'accroupissement est, par exemple, important à observer dans sa symétrie. Les patients atteints de maladie du ligament croisé, pour éviter de trop fléchir le genou, le gardent en extension et tout le membre en abduction.

En évaluant la qualité de l'appui et le positionnement des membres, on peut noter une asymétrie qui traduit souvent une anomalie.

La répartition de l'appui entre l'avant et l'arrière-main est également évaluée ; en effet, les reports de poids sont plus visibles sur l'animal à l'arrêt.

On note également la présence de reliefs osseux ou de déformations anormaux ainsi que la musculature du patient en comparant la symétrie des masses musculaires controlatérales.

Il est très fréquent de confondre l'origine neurologique de signes qui paraissent de cause orthopédique. C'est pour ces raisons qu'aucun examen orthopédique ne peut être conduit sans examen neurologique de base et examen général préalables. Une pratique rigoureuse des tests de la proprioception est essentielle (soutenir le plus possible le poids du corps pour un test fiable).

Si le résultat est normal, on peut raisonnablement supposer qu'il n'y a pas de problème neurologique.

3° L'examen orthopédique rapproché (cf. photos 5)

Il doit permettre la localisation de la zone d'intérêt. Une séquence routinière de manipulations qui va de la tête à la queue, des épaules aux doigts et des hanches aux doigts permet d'être complet dans cet examen.

Avec le patient en position debout, la palpation du rachis permet de rechercher une douleur, une raideur, un craquement ou une anomalie de conformation. Il faut mobiliser la tête et le cou dans les quatre directions et palper la colonne de la tête à l'extrémité du sacrum pour évaluer les masses musculaires et une sensibilité anormale. Cette position permet aussi de se concentrer sur la palpation des masses musculaires et leur comparaison bilatérale.

L'objectif est de rechercher une atrophie, une asymétrie et une contracture. L'atrophie musculaire est souvent plus facilement visible en évaluant les masses musculaires scapulaires, gluteales ou quadriceps.

Les membres sont ensuite évalués pour rechercher des signes de douleur, tuméfaction ou déformation, turgescence et de modification des repères anatomiques. Il est idéal d'avoir une manipulation systématique en partant de l'extrémité du membre et en remontant proximale.

La mobilisation permet de localiser précisément le siège de la lésion. Elle met en évidence des douleurs, des crépitations, des ankyloses ou des mouvements anormaux.

On réalise dans un premier temps des mouvements normaux dans les différents plans en fonction de l'articulation examinée puis on peut réaliser des mouvements forcés permettant d'accentuer une douleur ou une position anormale des angles articulaires.

En plus des palpations systématiques, certains tests plus spécifiques à certaines articulations peuvent être réalisés.

Pour l'épaule, le test du biceps, sensible pour mettre en évidence une douleur articulaire ou une atteinte du tendon du biceps, consiste en une flexion extrême de cette articulation le long du thorax avec le coude en extension.

Pour le coude, des mouvements de pronation et supination avec le coude et le carpe fléchis à 90° permettent aussi de mettre en évidence une sensibilité exacerbée, particulièrement lors de pronation lors d'atteinte du processus coronoïde médial.

Pour la hanche, l'hyperextension progressive reste le moyen de corréliser une arthrose radiologique à une réalité algique symptomatique. Le test d'Ortolani est plutôt utile pour les chiens jeunes sans signe clinique ou pour évaluer l'intérêt d'indications chirurgicales.

Pour le grasset, le test de Henderson ou « tiroir indirect » permet de repérer une poussée tibiale crâniale, pathognomonique d'une rupture du ligament croisé. Cependant, palper la synovite, une fibrose médiale et/ou percevoir l'inconfort à l'hyperextension restent des signes plus sensibles.

Il faut aussi évaluer la stabilité de la rotule, idéalement avec le grasset en extension.

4° Les examens complémentaires

Le diagnostic différentiel orthopédique exhaustif concernant l'épaule, le coude, la hanche et le genou canin peut toucher tous les domaines retrouvés dans le vocable VITAMIN D (V: vasculaire,



Photos 5 : Examen orthopédique chez un chien et chez un chat. (Crédit : Thierry Poitte et Duncan Lascelles)

I: infectieux, T: traumatique, A: anomalie congénitale, M: métabolique, I: iatrogène, N: néoplastique, D: dégénérative) mais il est rarement indispensable de dresser une liste exhaustive de diagnostics différentiels dans le dossier de l'animal. Au terme de l'examen clinique, avec une anamnèse et un signalement précis, une courte liste de deux ou trois possibilités diagnostiques très plausibles ressortent le plus souvent et permettent de hiérarchiser les besoins d'examen complémentaires éventuels.

- Lors de l'évaluation de patients arthrosiques, l'examen radiographique est souvent un examen de choix car disponible, peu coûteux et sensible. Cependant, les signes radiologiques de l'arthrose sont mal corrélés avec les symptômes algiques car ils sont davantage les témoins de la dégradation cartilagineuse que des processus inflammatoires réactifs ; ils sont d'autre part un médiocre indicateur de l'évolution clinique de la maladie arthrosique ⁴¹.

- L'IRM a la capacité d'analyser l'arthrose comme une maladie pluritissulaire impliquant davantage avec réalisme l'os sous-chondral et la membrane synoviale. Ainsi, en rhumatologie humaine, il a été montré une corrélation faible à nulle entre ostéophytes et douleur, une corrélation modérée à forte entre épanchement articulaire et douleur, une corrélation forte entre œdème, fissures, nécroses de l'os sous-chondral, mesure de

l'épaisseur de la membrane synoviale et douleur ⁴². Les radiographies ont ainsi comme principal objectif de comprendre la cause afin de mieux définir les approches thérapeutiques à privilégier.

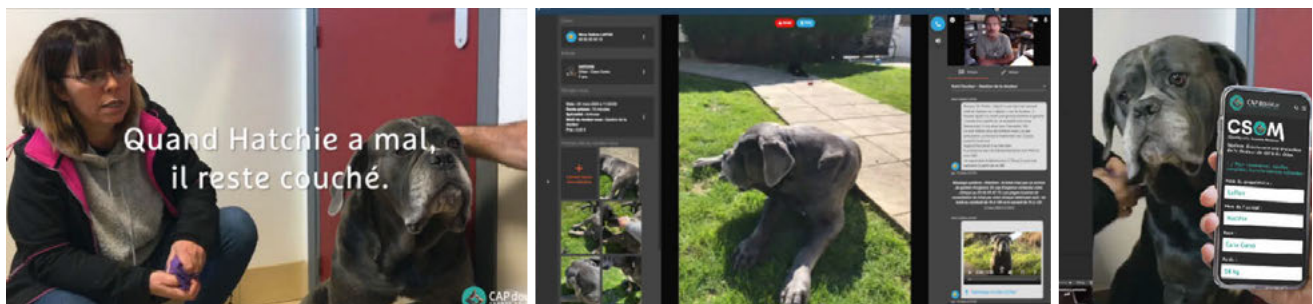
PARCOURS DE SUIVI

La douleur est multimorphe, c'est-à-dire qu'elle se transforme tout au long de l'évolution défavorable de la maladie causale (dégénérative, inflammatoire ou proliférative) mais aussi de l'évolution heureusement favorable du projet thérapeutique.

La douleur peut être tour à tour de nature nociceptive, inflammatoire (par excès de nociception), neuropathique et/ou nociplastique.

Par conséquent, l'évaluation doit être un processus continu et partagé entre le praticien et le propriétaire. Les visites en présentiel seront utilement complétées par des visioconsultations qui autorisent l'évaluation de la douleur dans le milieu familial de l'animal et qui permettent de conseiller les meilleures stratégies d'adaptation à l'environnement de l'animal (coping).

La fréquence de remplissage des grilles CSOM ou CBPI par le propriétaire est également définie (cf. photos 6).



Photos 6 : L'évaluation doit être un processus continu. (Crédit : Thierry Poitte)

FOCUS SUR L'APPORT DE LA TÉLÉCONSULTATION EN MÉDECINE DE LA DOULEUR

Encadrée pour la première fois par le décret du 19 octobre 2010, la télé médecine est une pratique médicale à distance reposant sur cinq actes : la téléconsultation, la téléexpertise, la télésurveillance, la téléassistance et la régulation médicale.

Les structures vétérinaires spécialisées dans la douleur sont rares et non reconnues pour l'instant par l'Ordre national des vétérinaires.

Les consultations « douleur chronique » pour les animaux de compagnie sont peu proposées en France.

La téléassistance médicale permet à un vétérinaire (spécialiste ou pas) d'aider ses confrères à mener ce type de consultation dédiée à la douleur et de répondre ainsi à une forte demande sociétale du respect du bien-être animal. Des solutions développées par plusieurs sociétés facilitent les échanges avec les experts, notamment le partage du dossier médical de l'animal malade sous forme de textes (examens de biologie), d'images fixes (radiographies), d'images animées (échographies) ou de sons (auscultation, plaintes, etc.).

La téléconsultation, dans le domaine de la douleur, ne doit s'envisager qu'après un examen clinique préalable : le contact physique avec l'animal est indispensable à l'exploration de la sensibilité, de sa composante spatiotemporelle et de ses troubles (hyperalgésie, hyperpathie et allodynie).

Un outil numérique permet de réaliser une « visioconsultation » et est

capable d'étoffer particulièrement la pertinence de l'évaluation de la douleur. En effet, cette dernière s'exprime différemment selon l'ambiance protectrice de la maison ou de l'environnement contraint, voire perturbant, de l'établissement de soins.

Certains comportements douloureux sont associés à la prise alimentaire, à la période postprandiale, à des activités difficilement reproductibles à la clinique ou surviennent plus fréquemment la nuit ou de façon imprévisible.

La visioconsultation permet le clavardage ou « chat » (conversation en temps réel par écran interposé) et le partage aisé de photos, de vidéos enregistrées ou de séquences en direct, dirigé par le praticien. C'est aussi un outil d'observance remarquable, qui permet aujourd'hui d'ajuster précisément la thérapeutique antalgique en tenant compte des variations individuelles et permettra aussi prochainement de relever des données issues des objets connectés.

L'éducation thérapeutique initiée dans la clinique vétérinaire et prolongée à domicile gagnera en efficacité (une vidéoassistance pourrait par exemple être proposée pour des techniques de massage des chiens arthrosiques).

Il existe donc des outils métiers facilitant les échanges et les partages avec les clients sous l'autorité du vétérinaire, qui garde la maîtrise des données, le choix du temps imparti pour la consultation et la possible monétisation de son acte à distance.



CONCLUSION

Les interactions entre douleurs, émotions et cognition sont complexes, interactives et très souvent auto-agraves.

La douleur est construite par rapport à un contexte préexistant d'un vécu douloureux et en fonction de conditions environnementales : la situation, les émotions, les attentes de l'animal et le lien avec le

propriétaire ont une influence positive comme négative.

La prise en charge raisonnée et protectrice des douleurs chroniques doit dorénavant s'intéresser à ce triptyque (vétérinaire-propriétaire-animal) en explorant davantage l'expérience construite de la douleur.

La méthode évaluative proposée (médecine narrative, CSOM, CBPI, FMPI, examen clinique et parcours de suivi) devrait aider à réaliser cet objectif.

TÉMOIGNAGE : Applicabilité des CSOM, du CBPI et de l'examen clinique orthopédique à la médecine vétérinaire généraliste

(Isabelle CHAMOUTON)

Envisager la médecine narrative en médecine vétérinaire prête naturellement à sourire mais, inscrite dans la triangulation « animal-propriétaire-vétérinaire », la médecine narrative peut aussi être un outil de soin puissant.

Le vétérinaire généraliste est une sentinelle de proximité, proche des animaux et de ses propriétaires. La clientèle est très hétéroclite : entre le propriétaire du vieil animal pour qui baisse d'activité, boiterie et déformations articulaires constituent une fatalité et celui qui ne se résigne pas, notre travail va de la sensibilisation par petite touche sans faire peur ni imposer aux explications détaillées de la pathologie et à la proposition de suivi rapproché. Il me paraît essentiel de prendre le temps de cibler les attentes du propriétaire.

Reformuler le motif de consultation pour commencer nous permet de comprendre ce qui l'amène, l'écouter sans l'interrompre pendant trois minutes le soulage de ses inquiétudes, le laisse organiser ses idées et prioriser ses attentes et nous guide dans le discernement de ses priorités.

A nous de les intégrer dans nos propositions d'examen complémentaires (contraintes financières), de traitement (contraintes de disponibilité), contraintes médicales de manipulation de l'animal) et de suivi (motivation pour les évaluations).

En trois minutes, nous disposons d'une mine de données sur le contexte de la maladie, les attentes du propriétaire et sur ses croyances concernant la causalité.

Avec la sophistication des soins faisant intervenir différents spécialistes, le propriétaire peut se sentir ballotté d'une procédure à l'autre, d'un spécialiste à l'autre et abandonné face aux conséquences et à l'effroi de la maladie. Le devenir impersonnel ne doit pas être le prix à payer d'une médecine technologique. La médecine narrative répond à la demande de compréhension de ce qu'endure l'animal, d'écoute et d'accompagnement du propriétaire. Tenter de voir les choses du point de vue de la bête souffrante et tenter d'expérimenter les événements de cette position nous approche davantage de la vérité que de juger d'emblée la situation.

Le verbaliser auprès du propriétaire peut être un outil de sensibilisation : on peut faire appel au souvenir d'un épisode de boiterie du propriétaire pour pointer la douleur comme cause de toute boiterie humaine comme animale. Le verbaliser permet aussi de traduire certaines de leurs observations (léchage intempestif, agressivité en réaction à une simple caresse, isolement, attitude « collante », etc.) comme une expression de la douleur méconnue par le propriétaire.

Toujours pressé, le vétérinaire généraliste ne raffole pas des évaluations et c'est avec beaucoup de circonspection que nous avons abordé les grilles d'évaluation d'autant plus qu'elles sont nombreuses : Canine Brief Pain Inventory (CBPI), Helsinki Chronic Pain Index (HCPI), Colorado, Melbourne, etc.

La grille CBPI évalue l'intensité de la douleur et ses interférences fonctionnelles ; elle a été validée en 2008, le propriétaire doit noter de 1 à 10 chaque question, ce qui en facilite l'exploitation statistique à condition que le client comprenne bien le système de notation. Cette grille peut être remplie en salle d'attente par le client sans intervention du praticien pour ne pas l'influencer.

Nous utilisons surtout la grille CSOM mais finalement peu importe la grille, l'objectif étant de se l'approprier et de l'utiliser car nous sommes convaincus par la pertinence des évaluations.

Concernant les CSOM, on énumère **les 10 items relatifs au handicap fonctionnel, les 7 relatifs à la qualité de la douleur** et enfin **les 10 critères relatifs aux répercussions émotionnelles**. Parmi cette liste, le client choisit **trois critères emblématiques de la douleur** qu'il doit ensuite contextualiser pour plus de précisions. La majorité des clients aborde la douleur à partir du handicap fonctionnel car par méconnaissance, ils sont moins sensibles à la qualité de la douleur observée et à sa composante nociplastique. Il arrive que l'arrêt d'un léchage localisé grâce au succès du traitement fasse prendre conscience de l'anormalité de ce comportement passé ; le client ne m'en fait part qu'aux visites suivantes alors qu'il n'avait pas cité ce critère comme emblématique de la douleur.

De nombreux propriétaires ignorent les concepts d'allodynie, d'hypersensibilité et d'hyperpathie. **La demande de prise en charge de la douleur repose donc avant tout sur un handicap fonctionnel**, les douleurs en décharges électriques et les douleurs spontanées en dehors d'une activité physique étant souvent mal interprétées et reconnues qu'à posteriori ; on nous parle de « tics » liés à l'âge pour décrire une réaction soudaine, intense et répétitive.

C'est parfois la raréfaction des répercussions émotionnelles comme de l'hypervigilance, de l'agressivité, des vocalises de l'isolement et/ou de la perte des interactions sociales par suite de la réponse au traitement qui sensibilise le propriétaire à la diversité d'expression de la douleur.

La grille CSOM présente **l'avantage de citer tous ces items relevant de la qualité de la douleur et des émotions associées, elle éveille les consciences**.

Deux écueils sont à éviter : noyer le client dans une surabondance d'explications et influencer dans le choix des critères (ce qui en fausserait l'exploitation statistique). A nous praticiens généralistes et spécialistes, avec l'aide de nos partenaires, de vulgariser les données en amont par exemple grâce aux vidéos en salle d'attente.

Les grilles d'évaluations nous aident à **hiérarchiser les problèmes et à définir un objectif** avec le client : amélioration du handicap fonctionnel et/ou de la qualité de vie.

On utilise les CSOM en consultation de médecine préventive des séniors. S'approprier cette grille et en parler avec aisance lors des consultations de médecine préventive des séniors constitue une voie de sensibilisation. Le nombre de propriétaires préoccupés par la douleur chronique est en croissance mais on déplore encore la pérennité de l'attitude fataliste face à l'arthrose synonyme de vieillesse.

En parallèle, on prend de **courtes vidéos de l'animal surtout dans les séquences les plus douloureuses pour lui** : cela complète l'évaluation grâce à la grille et constitue un outil supplémentaire d'évaluation de l'efficacité du traitement.

Posséder des données initiales comme le score de l'évaluation CSOM et la vidéo constitue un outil précieux en cas de découragement du propriétaire.