

# Échelles d'évaluation de la douleur :

## leur utilisation en ambulatoire a-t-elle un impact sur le soulagement de la douleur chronique ?

Par **Denis Pouchain**, CNGE, maître de conférences associé des universités, département de médecine générale, UFR Créteil ; **Dominique Huas**, CNGE, maître de conférences associé des universités, département de médecine générale, UFR Xavier-Bichat, Paris ; **Bernard Gay**, CNGE, professeur associé de médecine générale, département de médecine générale, UFR Bordeaux-II ; **Bernard Avouac**, PH, rhumatologue, hôpital Henri-Mondor, Créteil ; **Gilles Bouvenot**, PU-PH, rhumatologue, hôpital Sainte-Marguerite, Marseille. [Corriel : dpouchain@wanadoo.fr](mailto:dpouchain@wanadoo.fr)

(Article reçu le 3 mai 2002 ; accepté le 2 juillet 2002).

### Résumé :

**Objectif :** étudier l'impact de l'utilisation des échelles d'évaluation de la douleur sur le soulagement des patients ambulatoires souffrant de douleurs chroniques non cancéreuses de l'appareil locomoteur.

**Méthode :** essai d'intervention randomisé contrôlé multicentrique. La moitié des médecins a utilisé 2 outils validés d'évaluation de la douleur pendant que l'autre moitié exerçait de façon habituelle. Les patients avaient des douleurs chroniques de l'appareil locomoteur depuis au moins trois mois. Le critère principal d'évaluation était le soulagement des patients mesuré à l'aide d'un outil recommandé. Le critère secondaire était les modifications des prescriptions thérapeutiques des médecins.

**Résultats :** 155 médecins ont inclus 772 patients dont 95 % ont terminé l'étude. Après randomisation, les 2 groupes de médecins et les deux groupes de patients étaient comparables. Le soulagement moyen rapporté par les patients a été de 49,2 % dans le groupe témoin et 41,6 % dans le groupe « échelles » ( $p < 0,0001$ ). Les prescriptions thérapeutiques des médecins n'ont pas été significativement modifiées, ni d'un groupe à l'autre, ni d'une consultation à l'autre.

**Conclusion :** en médecine générale, l'utilisation des échelles d'évaluation de la douleur n'apporte pas de bénéfice aux patients en termes de soulagement de la douleur. Elle ne modifie pas les prescriptions d'antalgiques des médecins. Les recommandations pour la pratique clinique qui conseillent l'utilisation des échelles dans l'évaluation et la surveillance des patients douloureux chroniques ambulatoires ne sont pas adaptées aux situations cliniques rencontrées par les médecins de soins primaires.

*Rev Prat Med Gen 2002 ; 16 (585) : 1299-1303*

Les premières échelles d'évaluation de la douleur ont été utilisées dans les essais thérapeutiques pour mesurer l'effet d'un médicament versus placebo ou médicament de référence. D'autres échelles ont ensuite été développées et validées dans les services de cancérologie, de soins palliatifs

et dans les centres anti-douleur. À la suite de ces travaux, l'ensemble des publications et la recommandation de l'ANAES sur ce thème [1] ont insisté sur l'utilité et la nécessité [2] de les employer pour prendre en charge les patients ambulatoires qui ont des douleurs chroniques non cancéreuses. Cependant, une

recherche bibliographique internationale n'a pas trouvé de travaux qui évaluaient l'impact de ces échelles en termes d'amélioration du soulagement des patients.

Dans sa recommandation, l'ANAES proposait d'utiliser 6 outils d'évaluation dont deux seulement étaient validés : l'échelle visuelle analogique de l'intensité de la douleur (EVA) et l'échelle du retentissement émotionnel ou *Hospital Anxiety and Depression scale* (HAD). En contraste avec ces publications, une étude réalisée en soins primaires a montré que 13,5 % des médecins utilisaient des échelles d'évaluation pour seulement 6 % des patients douloureux chroniques [3].

Le décalage entre les recommandations et les pratiques ambulatoires, ainsi que l'absence d'études mesurant l'impact des outils d'évaluation de la douleur en termes de bénéfice pour les patients ont conduit le Collège national des généralistes enseignants (CNGE) à réaliser l'étude IDÉÉ-Douleur (Impact Des Échelles d'Évaluation de la Douleur).

La question à laquelle cette étude a souhaité répondre était : l'utilisation des échelles validées d'évaluation de la douleur (EVA et HAD) améliore-t-elle le soulagement des patients ambulatoires qui ont des douleurs chroniques (non cancéreuses) de l'appareil locomoteur ?

Pour cela, elle a comparé le soulagement des patients pris en charge par des médecins utilisant les outils d'évaluation (groupe « échelles ») à celui observé chez des patients pris en charge par des médecins ne les utilisant pas (groupe témoin). L'hypothèse était que les patients se déclareraient mieux soulagés dans le groupe de médecins utilisant les échelles.

### MÉTHODE

« IDÉÉ-Douleur » est une étude randomisée contrôlée multicentrique. Elle a impliqué 20 collèges régionaux de généralistes enseignants. La randomisation a été stratifiée par collège.

### Médecins investigateurs

Chaque collège régional a recruté 10 médecins investigateurs volontaires. Ces derniers devaient inclure, chaque jour d'activité de soins, le premier patient ayant des douleurs chroniques de l'appareil locomoteur à concurrence de 7 patients au total. Le recueil de données concernait les caractéristiques générales des patients, le diagnostic et la localisation des douleurs chroniques, ainsi que le traitement à visée antalgique prescrit un mois avant la première consultation (T-1), lors de la première consultation (T0) et lors de la deuxième consultation (T1), un mois plus tard.

### Échelles utilisées

Les médecins randomisés dans le groupe « échelles » ont utilisé les deux outils validés d'évaluation de la douleur (EVA et HAD) au cours de deux consultations (ou visites) à un mois d'intervalle.

L'échelle visuelle analogique (EVA) est la plus utilisée des échelles d'évaluation de l'intensité de la douleur. L'échelle HAD mesure la composante anxieuse et dépressive chez les patients douloureux chroniques. Elle est composée de 14 questions fermées et auto-administrées.

Les médecins du groupe « échelles » ont été formés à l'utilisation de ces outils au cours d'une session. Ceux du groupe témoin ont bénéficié d'une réunion autour du cahier d'observation et ils ont fonctionné comme ils en avaient l'habitude,

sans connaître les procédures suivies par le groupe « échelles ». Afin d'éviter un biais de contamination, les médecins des deux groupes ne se sont jamais rencontrés.

### Critères d'inclusion

Les patients inclus devaient avoir plus de 18 ans, et des douleurs chroniques stables et quotidiennes de l'appareil locomoteur, d'origine rhumatologique ou traumatologique, depuis plus de 3 mois consécutifs, et prendre régulièrement un traitement antalgique [1, 4]. Les douleurs chroniques de l'appareil locomoteur ont été choisies car elles représentent 54 % des patients douloureux chroniques en médecine générale [3, 5]. Un cancer évolutif, une infection par le virus de l'immuno-déficience humaine, l'illettrisme et une première consultation chez le médecin investigateur étaient les critères de non-inclusion.

### Critères de jugement

Le critère principal de jugement était le pourcentage du soulagement mesuré à l'aide d'une échelle numérique, conformément aux recommandations de l'ANAES [1]. Ce critère était pertinent puisque la finalité de l'utilisation d'un outil dans une démarche de soin est d'apporter un bénéfice au patient. L'échelle numérique qui permettait de mesurer le soulagement était remise au patient à la fin de la deuxième consultation. Sept jours plus tard, les patients la remplissaient à leur domicile et l'adressaient au centre de traitement des données à l'aide d'une enveloppe T.

Le critère secondaire de jugement était les modifications des prescriptions thérapeutiques à visée antalgique.

### Nombre de sujets nécessaire et analyse statistique

L'hypothèse principale était que les patients du groupe témoin seraient soulagés à 40 % [3] et ceux du groupe « échelles » à 50 %, soit une amélioration du soulagement de 10 % en valeur absolue et de 25 % en valeur relative. La taille de l'échantillon a été calculée à partir de cette hypothèse avec une puissance de 80 % et un risque  $\alpha$  à 5 %.

L'hypothèse secondaire était que les médecins du groupe « échelles » modifieraient davantage leurs prescriptions par rapport à celles des médecins du groupe témoin à l'issue de la seconde consultation.

L'analyse statistique a d'abord décrit et comparé les caractéristiques des patients inclus dans les deux groupes et leurs modalités thérapeutiques. À groupes similaires, le niveau de soulagement observé au septième jour a été comparé entre les deux groupes. Dans un second temps, une analyse interne au groupe « échelles » a permis d'observer l'évolution des scores des échelles EVA et HAD.

Les descriptions ont été réalisées par les moyennes et écarts-types des variables quantitatives et par les histogrammes de fréquence des variables qualitatives. Les comparaisons entre les deux groupes ont été faites par des tests du khi<sup>2</sup> pour les variables qualitatives (ou des tests de Fisher en cas de faibles effectifs) et par des analyses de variances pour les variables quantitatives. Les comparaisons au sein du groupe « échelles » ont été conduites par des tests de Mac Nemar pour les variables qualitatives et par des analyses de variances sur séries répétées pour les variables quantitatives. Les analyses statistiques ont été effectuées avec le logiciel SAS.

RÉSULTATS

Entre avril et juin 2001, 155 médecins ont inclus 787 patients. Les dossiers de 772 d'entre eux étaient exploitables. Parmi ces derniers, 751 (97,2 %) ont été revus à la deuxième consultation un mois plus tard et 728 (94,3 %) ont renvoyé l'échelle numérique du soulagement de la douleur sept jours après leur deuxième consultation.

Les caractéristiques des médecins en termes d'âge, d'ancienneté d'installation, de sexe et de formation sur la prise en charge de la douleur étaient comparables entre les deux groupes.

Caractéristiques des patients à l'inclusion

Les caractéristiques générales des patients figurent dans le tableau I. Il n'y avait pas de différence significative entre les 2 groupes. Les effectifs des 2 groupes sont déséquilibrés car 2 collègues du groupe témoin ont inclus très peu de patients. La localisation des douleurs était comparable entre les deux groupes, à l'exception des dorsalgies qui étaient significativement plus nombreuses dans le groupe témoin et des douleurs polyarticulaires plus nombreuses dans le groupe « échelles » (tableau II).

TABLEAU I – CARACTÉRISTIQUES GÉNÉRALES DES PATIENTS À T<sub>0</sub> (N = 772)

	Groupe témoin (n = 347)	Groupe échelles (n = 425)	P
Âge (années)	65,2 ± 15,3	65,4 ± 14,4	ns
Sex-ratio (F/H)	2,82	2,47	ns
Ancienneté du suivi (ans)	12,2 ± 8,1	12,4 ± 8,5	ns
Ancienneté de la douleur (ans)	9,5 ± 9,3	9,6 ± 9,0	ns

TABLEAU II – LOCALISATIONS DES DOULEURS CHRONIQUES DE L'APPAREIL LOCOMOTEUR À T<sub>0</sub> (N = 772)

	Groupe témoin n = 347 (%)	Groupe échelles n = 425 (%)	P
Cervicalgies	20 (5,8)	30 (7,0)	ns
Scapulargies	26 (7,5)	25 (7,9)	ns
Dorsalgies	87 (25,0)	60 (14,0)	< 0,0001
Lombalgies	46 (13,2)	76 (17,8)	ns
Coxalgies	20 (5,8)	24 (5,6)	ns
Cruralgies	32 (9,2)	46 (10,8)	ns
Gonalgies	65 (18,7)	66 (15,5)	ns
Algies des extrémités	16 (4,6)	18 (4,3)	ns
Algies polyarticulaires	61 (17,5)	108 (25,4)	< 0,01
Divers	37 (10,6)	59 (13,9)	ns

Les traitements à visée antalgique prescrits à T-1 (un mois avant la première consultation) étaient comparables dans les deux groupes à l'exception des patients prenant des antalgiques de palier 3, significativement plus nombreux dans le groupe « échelles » (tableau III).

Soixante-six patients (19,7 %) du groupe témoin ont été revus entre les deux consultations et 105 dans le groupe « échelles » (25,7 %). La différence entre les deux groupes n'était pas signifi-

TABLEAU III – TRAITEMENTS À VISÉE ANTALGIQUE PRESCRITS À T-1 (N = 772)

	Groupe témoin (n = 347)	Groupe échelles (n = 425)	P
Palier 1	135 (38,8)	154 (36,2)	ns
Palier 2	157 (45,1)	186 (43,7)	ns
Palier 3	10 (2,9)	27 (6,3)	< 0,04
Co-analgésiques	141 (40,5)	191 (44,8)	ns
Divers médicaments	92 (26,5)	94 (22,1)	ns
Traitements non médicamenteux	147 (42,2)	189 (44,4)	ns

Les catégories de médicaments à visée antalgique correspondaient à celles du dictionnaire Vidal, édition 2001, et à la classification de l'OMS. Les co-analgésiques regroupaient les anti-inflammatoires non stéroïdiens, les antidépresseurs, les anxiolytiques, les anti-épileptiques et les neuroleptiques. La rubrique « divers » regroupait les myorelaxants non psychotropes, les associations antalgiques diverses et les autres médicaments à visée antalgique. Enfin, la rubrique « traitements non médicamenteux » regroupait la kinésithérapie, les conseils hygiéno-diététiques, le recours à des avis spécialisés, les prescriptions homéopathiques, la mésothérapie, les cures thermales, les traitements par acupuncture et la petite orthopédie (contention, orthèses).

ficative et les modifications thérapeutiques mises en œuvre au cours de cette consultation intercurrente ont été comparables dans les deux groupes.

Impact sur le soulagement des patients

Les patients du groupe témoin se sont déclarés soulagés en moyenne à 49,2 % versus 41,6 % dans le groupe « échelles » (p < 0,0001). Ce résultat (tableau IV) correspond à un soulagement moins important de 7,6 % en valeur absolue et de 15,5 % en valeur relative dans le groupe « échelles ». Le résultat était inchangé lorsque les patients sous antalgiques de palier 3 n'étaient pas pris en compte.

TABLEAU IV – SOULAGEMENT MOYEN DES PATIENTS À T<sub>1</sub> + 7 JOURS

	Groupe témoin (n = 334)	Groupe échelles (n = 394)	P
Soulagement moyen à T <sub>1</sub> + 7 jours (%)	49,2 ± 25,8	41,6 ± 26,2	< 0,0001
Sans palier 3 (%)	49,4 ± 25,8	42,1 ± 25,9	< 0,0001

Près de 56 % (tableau V) des patients du groupe témoin étaient soulagés à moins de 50 % versus 68,5 % dans le groupe « échelles » (p < 0,001). À l'inverse, 44 % des patients étaient soulagés à plus de 50 % dans le groupe témoin versus 31,5 % dans le groupe « échelles » (p < 0,001). Le résultat était inchangé lorsque les patients sous antalgiques de palier 3 n'étaient pas pris en compte.

TABLEAU V - RÉPARTITION DES PATIENTS SELON LE DEGRÉ DE SOULAGEMENT

Degré de soulagement	Groupe témoin n = 334 (%)	Groupe échelles n = 394 (%)	P
≤ 50 %	187 (56,0)	270 (68,5)	< 0,0001
> 50 %	147 (44,0)	124 (31,5)	< 0,001

## ÉCHELLES D'ÉVALUATION DE LA DOULEUR

### Résultats des échelles d'évaluation de la douleur dans le groupe « échelles » à T0 et T1

L'EVA était en moyenne à 45,8 mm ± 26,4 lors de la première consultation (T0) et à 45,2 mm ± 26,2 à la seconde ( $p = 0,41$ ). Répartie par quartile, il n'y avait pas de différence d'intensité de la douleur entre la première et la seconde consultation ( $p = ns$ ) (tableau VI).

TABLEAU VI – RÉSULTATS DE L'EVA PAR QUARTILE À T0 ET T1

EVA (mm)	T0 n = 408 (%)	T1 n = 410 (%)
0-25	105 (25,7)	103 (25,1)
26-50	118 (28,9)	118 (28,8)
51-75	134 (32,8)	137 (33,4)
76-100	51 (12,5)	52 (12,7)

Les résultats de l'échelle HAD ont montré qu'il n'y avait pas de différence entre les deux consultations pour le caractère dépressif ( $p = ns$ ) mais que les patients non anxieux étaient significativement plus nombreux lors de la seconde consultation ( $p < 0,04$ ) (tableau VII).

### Impact sur les prescriptions

À l'inclusion, les prescriptions à visée antalgique étaient comparables entre les 2 groupes (tableau III). Après les 2 consulta-

TABLEAU VII – RÉSULTATS DE L'ÉCHELLE HAD À T0 ET T1

SCORE	T0 n = 403 (%)	T1 n = 389 (%)
A = 7	122 (30,3)	146 (37,7) *
A = 8-10	116 (28,8)	94 (24,3)
A = 11	165 (40,9)	149 (38,3)
D = 7	215 (53,4)	229 (58,9)
D = 8-10	98 (24,4)	87 (22,4)
D = 11	90 (22,3)	73 (18,8)

Sur l'échelle HAD et pour les 2 scores (A = anxiété et D = dépression) un score égal à 7 signifie une absence d'anxiété ou de dépression ; un score entre 8 et 10 correspond à un doute sur la présence d'une anxiété ou d'une dépression ; un score égal à 11 indique une anxiété ou une dépression certaines.

\*  $p < 0,04$

TABLEAU VIII – ÉVOLUTION DES PRESCRIPTIONS À VISÉE ANTALGIQUE DE T-1 À T1 ENTRE LES DEUX GROUPES ET À L'INTÉRIEUR DE CHAQUE GROUPE

	Groupe témoin (%)		Groupe échelles (%)	
	T-1 (n = 347)	T1 (n = 336)	T-1 (n = 425)	T1 (n = 415)
Palier 1	135 (38,8)	113 (33,6)	154 (36,2)	130 (31,3)
Palier 2	157 (45,1)	151 (44,9)	186 (43,7)	154 (37,1)
Palier 3	10 (2,9)	7 (2,1)	27 (6,3)	25 (6,0)
Co-analgésiques	141 (40,5)	125 (37,2)	191 (44,8)	154 (37,1)
Divers	92 (26,5)	76 (22,6)	94 (22,1)	85 (20,1)
Traitements non médicamenteux	147 (42,2)	134 (39,9)	189 (44,4)	138* (33,3)

\*  $p < 0,001$ .

tions, les prescriptions sont restées stables, avec une tendance non significative à la diminution. Par ailleurs, elles sont restées comparables entre les 2 groupes à la fois entre T-1 et T1 et à l'intérieur de chaque groupe (tableau VIII). La différence significative observée dans la rubrique « traitements non médicamenteux » était exclusivement liée aux prescriptions de kinésithérapie qui ont significativement diminué dans le groupe « échelles » alors qu'elles sont restées stables dans le groupe témoin.

### DISCUSSION

Cette étude montre qu'en soins primaires, l'utilisation des échelles d'évaluation de la douleur n'améliore pas le soulagement des patients ambulatoires qui ont des douleurs chroniques de l'appareil locomoteur. Au contraire, les patients du groupe « échelles » ont été significativement moins bien soulagés que ceux du groupe témoin, même si cette signification statistique n'a pas nécessairement de traduction clinique. Par ailleurs, les médecins ayant utilisé les échelles n'ont pas significativement modifié leurs prescriptions thérapeutiques à visée antalgique, ni par rapport à ceux du groupe témoin, ni d'une consultation à l'autre. Seule la prescription de kinésithérapie a évolué, en diminuant dans le groupe « échelles ».

À l'inclusion, les patients prenant des antalgiques de palier 3 étaient plus nombreux dans le groupe « échelles », ce qui pouvait laisser supposer qu'ils souffraient de douleurs chroniques plus sévères, expliquant un moindre soulagement. Cependant, l'effectif prenant des antalgiques de palier 3 était faible (27 patients) et la différence de soulagement entre les 2 groupes est restée inchangée lorsque ces patients n'ont pas été comptabilisés. Enfin, le très fort taux de réponse des patients (94,3 %) et le fait que cette étude a été construite sur une hypothèse de supériorité en faveur du groupe « échelles » accentuent la validité du résultat observé.

### Explications

Quelles sont les explications possibles de ce résultat surprenant qui étaye les pratiques habituelles en soins primaires [3] et va à l'encontre des recommandations ?

– L'intrusion inhabituelle d'un outil de mesure dans une relation ancienne (12 ans en moyenne) pour évaluer une douleur chronique tout aussi ancienne (9 ans) peut avoir perturbé la relation médecin-malade. Faudrait-il en réserver l'usage aux nouveaux patients ou pour des douleurs chroniques plus récentes ?

– L'utilisation d'outils objectivant la douleur peut avoir provoqué une modification de la perception de celle-ci chez les patients du groupe « échelles ». Faudrait-il refaire une étude chez des patients habitués à l'utilisation de ces échelles ?

– Les médecins du groupe « échelles » avaient bénéficié d'une formation, et l'administration des échelles était standardisée. Malgré cela, ont-ils correctement utilisé ces outils [6] ?

– L'administration d'échelles à deux reprises à un mois d'intervalle est peut-être insuffisante pour mesurer leur impact. Faudrait-il faire une évaluation plus à distance ?

– Il peut s'agir d'un effet « étude » qui veut que tout travail de recherche modifie en lui-même les pratiques médicales, les comportements des patients et donc les résultats. Même si elle n'est pas significative, la diminution parallèle de tous les types de prescriptions dans les 2 groupes et d'une consultation à l'autre va dans ce sens.

### Certains principes remis en cause

Les résultats de cette étude remettent en cause certains principes. Il est possible que les échelles d'évaluation de la douleur soient utiles dans la prise en charge des douleurs intenses et rebelles dans un contexte de soins spécialisés. Elles ont une fonction d'outil d'information fiable et reproductible au sein d'une équipe médicale dans laquelle plusieurs soignants interviennent auprès du même patient. Cependant, utiles dans ce contexte, ces outils ne sont pas obligatoirement pertinents dans un autre. En soins primaires, les patients sont pris en charge dans le cadre d'une relation médecin-malade individuelle et pérenne. Les médecins ne perçoivent pas l'intérêt de ces échelles. Leur connaissance de la situation et l'appréciation « empirique » du patient au cours de l'entretien leur permettent une évaluation suffisante.

Par ailleurs, cette étude soulève le problème de l'adéquation des recommandations [1, 7, 8] pour la pratique clinique ambulatoire. D'une part, elles reflètent le recrutement, l'expérience et les pratiques de médecins en majorité non généralistes. D'autre part, elles sont basées sur des données scientifiques expérimentales extraites de travaux menés dans un champ spécialisé et (ou) hospitalier différent de celui des soins primaires.

Les patients, les pathologies, les médecins, l'intensité des douleurs, leur résistance, le contexte de soins et l'environnement socioculturel [9, 10] sont spécifiques en soins primaires. Des outils éventuellement utiles dans un contexte particulier peuvent être moins intéressants dans un autre [11]. Avant de les recommander à l'ensemble des soignants, il est préférable de vérifier leurs performances dans le contexte dans lequel ils sont préconisés. Cette perspective pose le problème de la nécessaire hiérarchisation des recommandations pour la pratique clinique selon le niveau d'intervention du professionnel de santé. Il est délicat de proposer des aides à la décision à l'ensemble des médecins sans tenir compte de leur secteur d'activité, en soins primaires, secondaires ou tertiaires.

### CONCLUSION

En matière de prise en charge ambulatoire de la douleur chronique non cancéreuse, cette étude montre que le décalage observé entre les recommandations et les pratiques semble davantage lié à des recommandations inadaptées qu'à des pratiques inappropriées.

D'autres études sont souhaitables pour confirmer ce résultat, y compris dans des pays où les systèmes de santé sont différents. Pour réduire le décalage, les recommandations devraient être testées dans les milieux auxquels elles sont destinées, ce qui est un champ de recherche nouveau et indispensable à la médecine générale. ■

### Références

1. ANAES. Évaluation et suivi de la douleur chronique chez l'adulte en médecine ambulatoire. Février 1999.
2. Filbert M. Douleur : à évaluer absolument. *Rev Prat Med Gen* 2000 ; 490 : 395-7.
3. Huas D, Gerche S, Tajfel P. Prévalence de la douleur en médecine générale. *Rev Prat Med Gen* 2000 ; 512 : 1837-41.
4. Blanchard-Vignon O, Blauwe A, Lion A, Kalinkova L, Lesur P, Weill G. Prise en charge de la douleur chronique du sujet âgé à domicile. *Rev Prat Med Gen* 1999 ; 473 : 1603-6.
5. Elliot A, Smith B, Penny K *et al*. Epidemiology of chronic pain in the community. *Lancet* 1999 ; 354 : 1248-52.
6. Robinson ME, Myers CD, Sadler JJ *et al*. Bias effects in three common self-report pain assessment measures. *Clin J Pain* 1997 ; 3 : 74-81.
7. American Society of Anaesthesiologists. Practice guidelines for chronic pain management. A report by the American Society of Anaesthesiologists Task Force on Pain. Management, Chronic Pain Section. *Anaesthesiology* 1997 ; 86 : 995-1004.
8. Sanders SH, Rucker KS, Anderson KO *et al*. Guidelines for program evaluation in chronic non-malignant pain management. *J Back Musculoskel Rehabil* 1996 ; 7 : 19-25.
9. Sullivan MD, Turner JA, Romano J. Chronic pain in primary care. Identification and management of psychosocial factors. *J Fam Pract* 1991 ; 32 : 193-9.
10. Gureje O, von Korff M, Simon GE *et al*. Persistent pain and well-being. A World Health Organization study in primary care. *JAMA* 1998 ; 280 : 147-51.
11. Dworkin RH, Siegfried RN. Are all those pain ratings necessary? [letter]. *Pain* 1994 ; 58 : 279-80.

Remerciements aux 155 médecins et aux coordonnateurs des 20 collèges régionaux de généralistes enseignants qui ont participé activement à ce travail.

Remerciements à la Fondation de la Caisse nationale de prévoyance pour le financement, à Nukléus et à Cenbiotech Dijon pour leur aide logistique.

### PAIN EVALUATION SCALES

**OBJECTIVE :** ASSESSMENT OF THE IMPACT OF PAIN EVALUATION SCALES OVER THE RELIEF OF OUTPATIENTS SUFFERING FROM CHRONIC LOCOMOTOR SYSTEM PAIN.

**METHOD :** THIS IS A RANDOMISED, CONTROLLED AND MULTICENTRIC STUDY. HALF OF GENERAL PRACTITIONER INVESTIGATORS USED 2 VALIDATED TOOLS TO ASSESS THE PATIENTS' CHRONIC PAIN FOR 2 CONSULTATIONS. THE OTHER HALF PRACTICED AS USUAL. THE INCLUDED PATIENTS SUFFERED OF DAILY NON MALIGNANT RHEUMATOLOGIC PAIN FOR AT LEAST 3 MONTHS. MAIN CRITERION OF EVALUATION WAS PATIENTS' RELIEF MEASURED WITH A NUMERICAL PAIN ASSESSMENT SCALE. SECOND CRITERIA WAS THE MODIFICATIONS OF PAIN KILLERS PRESCRIPTIONS.

**RESULTS :** 155 GPs INCLUDED 772 PATIENTS. AFTER RANDOMISATION, THE 2 GROUPS, EITHER FOR INVESTIGATORS EITHER FOR PATIENTS, WERE SIMILAR. MEAN RELIEF DECLARED BY THE PATIENTS WAS 49,2 % FOR THE CONTROL GROUP AND 41,6 % IN THE "SCALES" GROUP ( $p < 0,0001$ ). GPs' PRESCRIPTIONS HAVE NOT BEEN SIGNIFICANTLY DIFFERENT IN THE TWO GROUPS.

**DISCUSSION :** IN GENERAL PRACTICE, THE USE OF PAIN ASSESSMENT SCALES IS NO PROFIT FOR PATIENTS' PAIN RELIEF. IT DOESN'T MODIFY THE PRESCRIPTION OF PAIN KILLERS. GUIDELINES WHICH ADVISE USE OF SCALES FOR ASSESSMENT AND FOLLOW UP OF THE CHRONIC PAINFUL PATIENTS ARE NOT ADAPTED WITH THE SITUATIONS AND PATIENTS MET IN PRIMARY CARE.

*REV PRAT MED GEN 2002 ; 16 (585) : 1299-1303*