

ASPECTS PSYCHOLOGIQUES DE LA DOULEUR

DEFINITION

Selon la définition de l'International Association for the Study of Pain (IASP), la douleur est : "une expérience sensorielle et émotionnelle désagréable liée à des lésions tissulaires réelles ou potentielles ou décrites en des termes évoquant de telles lésions".

On peut caractériser la douleur par son **profil évolutif** :

- La **douleur aiguë** : c'est un symptôme, une sensation déclenchée par le système nerveux pour alerter l'ensemble de l'organisme et évoluant depuis moins de trois mois,
- la **douleur chronique** : au delà de trois à six mois, la douleur persistante et rebelle aux traitements usuels est dite chronique.

Pour conduire son traitement, la douleur doit être considérée comme un phénomène complexe revêtant un aspect multidimensionnel (sensoriel, affectif-émotionnel, cognitif et comportemental).

La douleur chronique peut être liée à une maladie ou à une déficience, se manifester après un accident. Avec certains types de douleurs chroniques, comme les migraines, la douleur est à répétition plutôt que constante. Il existe de nombreux autres types de douleurs chroniques, comme les douleurs post-chirurgicales chroniques, la cellulomyalgie, le syndrome temporo-mandibulaire, etc. Pour le patient elle devient l'essentiel de sa maladie.

La douleur peut aussi se catégoriser en utilisant les informations apportées par la neurophysiologie :

- **douleurs par excès de nociception** = dues à des lésions des tissus périphériques provoquant un excès d'influx douloureux dans le système nerveux, il y a une stimulation excessive des nocicepteurs périphériques. Correspond aux douleurs habituelles des brûlures, des traumatismes, des suites d'une opération et d'un grand nombre de maladies, entraînant soit des douleurs aiguës (pathologies postopératoire, traumatique, infectieuse, dégénérative), soit des douleurs chroniques (pathologies lésionnelles persistantes plus ou moins évolutives),
- **douleurs neurogènes** = dues à des lésions du système nerveux en amont des nocicepteurs périphériques, que ce soit au niveau périphérique (exemple : section d'un nerf, zona, neuropathie diabétique) ou central (exemple : traumatisme médullaire, infarctus cérébral). Ces douleurs peuvent se manifester en l'absence de tout stimulus, spontanément, elles sont alors permanentes, ou par un stimulus normalement non douloureux ou peu douloureux mais perçu de façon exagérée. Dans tous les cas ce sont des douleurs très invalidantes, qui s'accompagnent lorsqu'elles sont chroniques, d'une anxiété et d'un fond dépressif,
- **douleurs psychogènes** = regroupent toutes les douleurs que l'on ne sait pas classer dans une des deux catégories précédentes. Ce sont des douleurs sans lésions apparentes, malgré un bilan médical approfondi. Il semble probable que des phénomènes psychiques amplifie cette sensation douloureuse.

REACTIONS PSYCHOLOGIQUES ET DOULEURS

La douleur aiguë fonctionne comme un signal d'alarme entraînant des réactions d'évitement ou d'appel à l'aide, elle est responsable de l'immobilisation. La douleur aiguë est assez proche de l'angoisse, à l'origine de réaction de fuite avec élévation du tonus sympathique.

- La douleur chronique incite beaucoup à la dépression qu'à l'excitation, concomitant d'une déplétion de Sérotonine qui diminue l'inhibition et donne au douloureux chronique son aspect d'invalidé.

• Une douleur qui dure depuis plusieurs mois, plusieurs années, s'accompagne de difficultés psychologiques. Ce fait est habituel, presque obligatoire. Cela ne veut pas dire pour autant que vous êtes malade mental.

LA DIMENSION PSYCHIQUE DE LA DOULEUR AIGUE

- La dimension psychique est souvent oubliée, voire totalement ignorée, cependant elle existe réellement.
- La lésion corporelle accapare toutes les attentions.
- La plainte douloureuse exprime aussi bien la douleur physique ressentie que la souffrance psychique, mais le patient et le soignant ne les différencient pas.

Constat sur la prise en charge de la souffrance psychique lors de la douleur aiguë

- Devant la persistance de la plainte du patient, les soignants n'hésitent pas à augmenter les traitements antalgiques alors que la souffrance psychologique n'est pas prise en compte
- Si la souffrance psychologique est prise en compte, elle est le plus souvent soulagée par la prescription de médicaments plutôt que par la possibilité d'exprimer son ressenti.

ELEMENTS CONSTITUANT LA PART PSYCHIQUE DE LA DOULEUR AIGUE

- Choc psychique lors de la lésion (circonstances, état de choc...)
- Angoisse liée à la maladie, à l'intervention, aux dégâts corporels (devenir, changements de mode de vie, risque vital...)
- Angoisse due à des douleurs antérieures non calmées qui amène le patient à majorer sa plainte de peur de manquer d'antalgique et ce, tout à fait inconsciemment
- Psychopathologie sous-jacente pouvant entraîner des réactions exacerbées
- Facteurs environnementaux : tout événement concomitant, s'il présente un caractère de gravité, peut se répercuter au niveau de son vécu et donc de sa douleur
- Lors de douleur aiguë, au-delà de la composante sensorielle due à la lésion, la composante affective et émotionnelle doit être prise en compte de façon systématique, d'autant plus si la plainte paraît anormalement élevée

Attention au risque de chronicisation

Prise en charge du douloureux chronique

- Tout soignant doit savoir élargir sa compréhension du malade à un ensemble de facteurs psychosociaux susceptibles d'amplifier ou d'entretenir la douleur
- Dans la plupart des cas, la collaboration avec le psychiatre ou le psychologue est souhaitable ; la difficulté est alors de faire accepter la démarche au malade, démarche qui ne doit pas être interprétée comme la preuve que l'on croit à une douleur imaginaire
- Établir une relation de confiance
- Le 1^{er} contact avec le malade douloureux chronique peut être délicat pour le soignant du fait de l'agressivité du patient et des sentiments de frustration et de mise en échec qui se dégagent du discours du patient
- La relation est toujours facilitée lorsque le soignant montre clairement au patient qu'il croit à sa douleur et fait preuve d'empathie
- Croire à la douleur ne signifie pas accepter toutes les conceptions du malade sur son état ou sur la nature de la douleur : il faut savoir expliquer que les causes sont diverses,

qu'il n'y a pas de séparation entre le corps et l'esprit, l'être humain est un tout

- Savoir être disponible pour écouter et créer le climat de confiance indispensable à une relation de qualité : prendre du temps

Éléments pouvant constituer la part psychique de la douleur chronique

- le contexte socio-économique (assurance, travail) l'aide d'une assistante sociale peut s'avérer utile
- Le contexte familial (renforcement, rejet, attention...)
- le contexte affectivo-émotionnel (dépression, troubles de la personnalité)
- La composante cognitive (savoir, connaissance) elle précise la façon dont le patient se représente la cause de sa douleur et son attitude vis-à-vis de la douleur.
- Les arrière-pensées et les fausses idées doivent être clarifiées car elles alimentent souvent l'angoisse du patient alors la reformulation de la situation aidera le patient à adopter un comportement plus adapté vis-à-vis de sa douleur
- La composante comportementale il faut répertorier les diverses manifestations motrices ou verbales témoignant de la douleur lors de l'entretien, lors de l'examen clinique, dans les situations statiques et dynamiques (mimiques, soupirs, attitudes antalgiques, limitations des mouvements, attitudes guindées...

III) DOULEURS ET DOULEUR.

La réponse émotionnelle de la douleur est variable, il y a d'abord l'inquiétude puis l'angoisse qui naissent de l'attente de l'apparition de la douleur ou de sa disparition.

Quand elle est présente et durable, l'émotion devient de l'ordre du désespoir, d'où l'importance de la psychothérapie dont la cible n'est pas la sensation nociceptive, mais son retentissement émotionnel.

La douleur du sportif qu'elle procède d'un effort intense ou de la volonté de vaincre la fatigue est supportée, elle a un sens.

Quand elle est dominée, elle représente un outil de succès de même que la douleur liée à l'acte sexuel, à l'accouchement ou à une thérapeutique.

Le sens de la douleur est un élément qui aide l'individu à lui résister de même que dans la torture.

Evaluation et diagnostic

De part sa nature très subjective, la douleur ne peut se quantifier. Cependant son évaluation reste indispensable pour orienter le choix thérapeutique.

Elle comprend :

- l'interrogatoire : antécédents, histoire de la douleur, interventions, traitements,
- l'examen clinique et neurologique et l'analyse du fonctionnement du système nerveux s'il est directement impliqué,
- la quantification de la douleur. Les outils permettant une quantification sont des échelles visuelles ou verbales d'auto-évaluation validées, des questionnaires descriptifs adaptés selon les cas aux capacités d'expression du malade (enfants, handicapés moteurs). L'échelle la plus utilisée est l'échelle visuelle analogique (EVA) : la douleur est quantifiée sur une ligne allant d'un point = absence de douleur à un point = douleur maximale imaginable. Il existe également des échelles d'anxiété et de dépression,

- la recherche de facteurs psychosociaux susceptibles d'entretenir la douleur (dépression, conflits familiaux, etc.).

Le bilan permet alors de classer la douleur dans l'une des trois catégories neurophysiologiques. Tout le long de leur trajet les messages douloureux subissent des modulations physiologiques qui réduisent ou augmentent leur intensité. Les principales modulations s'exercent au niveau de la moelle et sont inhibitrices de la douleur; certaines cependant augmentent la douleur. La prise en charge de la douleur est à la fois évaluative et thérapeutique.

Traitement

Le traitement de la douleur comporte des thérapeutiques médicamenteuses (analgésiques) et non médicamenteuses (chirurgie, stimulations et électrothérapie, acupuncture, relaxation). Ces dernières sont encore insuffisamment prises en compte.

Les antalgiques

L'O.M.S. a proposé de classer l'ensemble des antalgiques en trois paliers ou niveaux correspondant à la puissance et au rapport avantage/inconvénient des analgésiques.

Niveau 1

Analgésiques non morphiniques = le paracétamol, l'aspirine et les anti inflammatoires non stéroïdiens (A.I.N.S.).

Indiqués dans les douleurs légères à modérées.

Mécanisme d'action : réduction de la synthèse des prostaglandines par inhibition des cyclo-oxygénases (COX).

Niveau 2

Agonistes morphiniques faibles. Associations entre analgésiques de niveau 1 et analgésiques morphiniques faibles : dextropropoxyphène et codéine.

Indiqués en cas de douleurs modérées à intenses ou dès lors que les douleurs résistent à 2 ou 3 grammes de paracétamol ou d'aspirine.

Mécanisme d'action : activation des récepteurs opiacés endogènes " mu " situés principalement dans la corne postérieure de la moelle.

Niveau 3

Regroupement des agonistes morphiniques forts (morphine, péthidine, dextromoramide) et des agonistes antagonistes (pentazocine et nalbuphine).

On distingue le niveau 3a quand les agonistes morphiniques forts sont administrés par voie orale et le niveau 3b quand ils le sont par voie parentérale ou centrale.

Utilisés dans les douleurs sévères et dans les douleurs d'origine cancéreuse.

Mécanisme d'action : la morphine est un antalgique à effet central possédant une action supraspinale et spinale.

Nécessite une bonne connaissance de la manipulation des morphiniques.

Le passage d'un pallier à l'autre se fera en fonction de l'évolution de la douleur et du degré de soulagement du malade.

Les médicaments adjuvants ou co-antalgiques

Les antidépresseurs : traitement des douleurs neurogènes, notamment des douleurs des neuropathies périphériques, indépendamment de leurs causes.

Les antiépileptiques : traitement des douleurs de désafférentations et dans certaines douleurs à caractère paroxystique.

Les myorelaxants.

Les anxiolytiques : pour les effets indirects.

Les corticoïdes : traitement des douleurs d'origine inflammatoire.

Les antispasmodiques.

Douleur chronique cancéreuse

Parmi tous les types de douleurs, les douleurs cancéreuses occupent une place à part : elles peuvent à la fois présenter des composantes nociceptive, neurogène et psychogène (importance des facteurs psychologiques, familiaux et sociaux).

Face aux douleurs nociceptives intenses non calmées par les médicaments du palier 2 liées à un cancer (ou aussi le Sida.) quels que soit le stade et le pronostic de la maladie, la prescription de morphiniques est souhaitable.

Deux formes galéniques sont utilisables :

- chlorhydrate de morphine, en solution buvable. Début de l'effet antalgique en 15 à 30 minutes et pendant 4 heures,

- sulfate de morphine, à libération prolongée, en comprimés ou en gélules. Début de l'effet antalgique au bout de 1 à 2 heures, et pendant environ 12 heures.

Les traitements non médicamenteux

- Les traitements anesthésiques et neurochirurgicaux (blocage des voies sympathiques, thermo coagulation percutanée : destruction sélective des corps cellulaires des neurones nociceptifs périphériques, radicullectomie postérieure sélective),
- Neurostimulation transcutanée externe utilise aussi le principe du "gate control" et est indiquée en particulier dans les douleurs neuropathiques,
- Massages et les techniques d'électrothérapie exercent un effet de type gate control et anti-inflammatoire,
- Acupuncture provoquerait la libération des opiacés endogènes par un mécanisme de contrôle inhibiteur diffus induit par une stimulation nociceptive.

Les voies de recherche

Mise au point de molécules plus spécifiques à action plus ciblée ou dépourvues d'effet

indésirables :

- analogues de la capsaïcine entraînant en début de traitement moins d'effets indésirables (brûlures) que la capsaïcine,
- anti-cytokines, anti-bradykinines, anti-histaminergiques, inhibiteurs de la COX2 (anti-prostaglandines) visant à réduire la sensibilisation des nocicepteurs,
- neurotrophines (nerve growth factor).