

LA DOULEUR

DR SEGHIR

I/ INTRODUCTION-DEFINITION

La douleur est une manifestation subjective, et sa définition est de ce fait difficile. L'Association internationale pour l'étude de la douleur (IASP) a proposé en 1979 la définition suivante : «La douleur est une expérience sensorielle et émotionnelle désagréable, associée à une lésion tissulaire réelle ou potentielle ou décrite dans des termes évoquant une telle lésion».

Ainsi, même si généralement la douleur est secondaire à une cause physique évidente, cette définition souligne également l'intrication étroite existant entre l'organicité d'une douleur et ses conséquences émotionnelles, affectives et sur les réactions individuelles de chaque patient.

La même agression, provoquant la même lésion anatomique apparente, peut entraîner des sensations et des conséquences fonctionnelles différentes chez deux patients distincts. Par ailleurs, un même individu ne réagit pas toujours de la même manière à la douleur.

Il est actuellement admis qu'une douleur chronique a une double dimension : sensorielle et psychologique. La dimension sensorielle représente la composante neurologique à l'origine de la sensation douloureuse. La dimension psychologique représente la réponse affective émotionnelle, cognitive ou comportementale à une agression douloureuse.

II/ LES TYPES DE DOULEUR

On peut classer la douleur en 3 types :

- Les douleurs par excès de stimulation nociceptive, Ce sont les plus fréquentes en clinique. Elles traduisent une irritation anormale, une excitation des nocicepteurs sans atteinte anatomique du nerf véhiculant la sensation douloureuse. Quelle que soit la cause initiale (traumatisme, brûlure, ischémie, infection...), il y a libération massive de substances algogènes qui sensibilisent et activent directement les nocicepteurs et, ainsi auto-entretiennent la douleur.
- Les«douleurs neuropathiques» ou neurologiques, consécutives à des lésions du système nerveux périphérique (nerf, racine) ou central (moelle, tronc cérébral, encéphale).ce type de douleurs ne sont pas calmées par les antalgiques habituels ou la morphine mais par des médicaments tels que les anti-dépresseurs tricycliques ou certains anti-épileptiques.
- Les douleurs psychogènes («douleurs sine materia»): elles constituent une association entre une irritation périphérique et des phénomènes psychologiques d'amplification de la douleur. Cette origine est évoquée lorsque la sémiologie douloureuse est atypique, l'examen clinique du patient normal, les explorations complémentaires négatives et confirmée par un bilan psychopathologique significatif. Le traitement repose les antidépresseurs, anxiolytiques et les psychothérapies(relaxation, hypnothérapie).

III/ REACTIONS PSYCHOLOGIQUES A LA DOULEUR

Les douleurs chroniques s'accompagnent de difficultés psychologiques. Progressivement, le désordre physique va

provoquer des réactions psychologiques diverses : fatigue, insomnie, tension nerveuse, anxiété, dépression, désintérêt sexuel. Avec le temps, ces réactions psychologiques constituent un facteur d'exacerbation, d'entretien de la douleur et on se retrouve devant un mécanisme de cercle vicieux.

A/ Phénomène d'attention-distraktion

Les données cliniques indiquent qu'une douleur augmente lorsque son attention est focalisée sur sa douleur. A l'inverse, lorsqu'un sujet est distrait, la douleur paraît alors diminuer, la douleur réapparaît secondairement lorsque l'état d'attention redevient normal.

La reprise des activités professionnelles, ou de loisirs est une étape importante du traitement, qui doit se faire progressivement, selon un rythme préétabli, adapté aux possibilités du malade.

B/ Composante affective de la douleur

Si la douleur occupe une place particulière parmi les perceptions, c'est aussi du fait de la composante affective qui lui confère sa tonalité, pénible, parfois insupportable. Cette composante fait partie intégrante de l'expérience douloureuse et peut se prolonger vers des états plus différenciés telles que l'anxiété et la dépression.

La composante affective est déterminée non seulement par le stimulus nociceptif lui-même, mais aussi par le contexte dans lequel le stimulus est appliqué (La signification de la maladie, l'incertitude sur son évolution).

C/ Composante cognitive de la douleur

Le terme cognitif désigne l'ensemble des processus intellectuels susceptibles d'influencer la perception de la douleur et les réactions qu'elle détermine : processus d'attention et de détournement de l'attention, interprétations et valeurs attribuées à la douleur, anticipations, références à des expériences douloureuses antérieures personnelles ou observées, décisions sur le comportement à adopter.

D/ Composante comportementale de la douleur

La composante comportementale englobe l'ensemble des manifestations verbales et non verbales observables chez la personne qui souffre (plaintes, gémissements, mimiques, postures antalgiques...).

Ces manifestations réactionnelles à un stimulus nociceptif assurent une fonction de communication avec l'entourage. Les apprentissages antérieurs, fonction de l'environnement familial et ethno-culturel, de standards sociaux liés à l'âge et même au sexe, vont donc modifier la réaction actuelle d'un individu.

IV/ ÉVALUATION BIOPSYCHOSOCIALE DU MALADE DOULOUREUX

1/ Ancienneté de la douleur

- Mode de début, circonstances exactes (maladie, traumatisme, accident de travail...)
- Description de la douleur initiale
- Modalités de prise en charge immédiate
- Événements de vie concomitants
- Diagnostic initial, explications données
- Retentissement (anxiété, dépression, troubles du sommeil, incapacités fonctionnelle et professionnelle...)

2/ Profil évolutif du syndrome douloureux

- Comment s'est installé l'état douloureux persistant à partir de la douleur initiale
- Profil évolutif (douleur permanente, récurrente, intermittente...)
- Degré du retentissement (anxiété, dépression, troubles du sommeil, incapacités fonctionnelle et professionnelle...)

3/ Traitements effectués et actuels

- Traitements médicamenteux et non médicamenteux antérieurs, actuels
- Modes d'administration des médicaments, doses, durées
- Effets bénéfiques partiels, effets indésirables, raisons d'abandon, attitudes vis-à-vis des traitements

4/Antécédents et pathologies associées

- Familiaux
- Personnels (médicaux, obstétricaux, chirurgicaux et psychiatriques) et leur évolutivité
- Expériences douloureuses antérieures

5/Description de la douleur actuelle

- Topographie
- Type de sensation (brûlure, décharge électrique...)
- Intensité
- Retentissement (anxiété, dépression, troubles du sommeil, incapacités fonctionnelle et professionnelle...)
- Facteurs d'aggravation et de soulagement de la douleur

6/Contextes familial, psychosocial, médico-légal et incidences

- Situation familiale
- Situation sociale
- Statut professionnel et satisfaction au travail
- Indemnisations perçues, attendues ; implications financières
- Procédures

7/Facteurs cognitifs

- Représentation de la maladie
- Interprétation des avis médicaux

8/Facteurs comportementaux

- Attitude vis-à-vis de la maladie
- Modalités de prise des médicaments
- Observance des prescriptions

9/Analyse de la demande

- Attentes du patient (faisabilité, reformulation)
- Objectifs partagés entre le patient et le médecin

V/ LA PRISE EN CHARGE

Elle est pluridisciplinaire. La cohérence et la synthèse des avis des différents intervenants médicaux psychologues et paramédicaux est essentielle pour induire une vision homogène chez le patient.

La relation est toujours facilitée lorsque le thérapeute montre clairement au patient qu'il croit à sa douleur et qu'il fait preuve d'empathie.

Croire à la douleur ne signifie pas admettre et toutes les conceptions du malade sur son état ou sur la nature de la douleur, notamment ses convictions somatiques.

La confiance du patient dans le diagnostic qui lui est présenté et le traitement qui lui est proposé va conditionner son adhésion ultérieure à la démarche de rééducation.

Le reconditionnement physique : se fait de manière graduée avec un médecin rééducateur ou un kinésithérapeute

Les tâches assignées et planification des activités : visent à retrouver une activité quotidienne normale ou sub-normale, en fractionnant les efforts.

L'apprentissage de la relaxation et de la gestion du stress : Cette aptitude vise la réduction de la dimension émotionnelle et la composante musculaire liées à la douleur.

La chimiothérapie : antalgiques morphiniques ou non morphiniques, antidépresseurs, anxiolytiques ou anticonvulsivants (tegretol). quelque soit la stratégie médicamenteuse le patient doit se conformer à la prescription médicale et éviter l'automédication (augmentation des posologies ou prise de médicaments non prescrits) source fréquente de pharmacodépendance.