

DR .BOUSSAA.N

PSYCHOLOGIE DE LA DOULEUR ET PRISE EN CHARGE

I-INTRODUCTION :

La douleur est une manifestation subjective, et sa définition est de ce fait difficile.

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.

II-DEFINITION :

L'association internationale pour l'étude de la douleur a proposé la définition suivante : la douleur est une expérience sensorielle et émotionnelle désagréables liée à une lésion tissulaire existante ou potentielle ou décrite en termes d'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.

III-LE MÉCANISME GÉNÉRATEUR :

1. La douleur par excès de stimulation nociceptive :

Le plus fréquent. L'information naît au niveau des récepteurs non-spécifiques, elle est transmise vers la moelle par les faisceaux spinothalamiques puis vers les structures centrales en passant par les structures limbiques et le néocortex.

2. La douleur neurogène par désafférotation :

Succède à l'atteinte d'un nerf périphérique (par section, amputation ou zona.) La douleur est rapportée dans un territoire amputé ou hypoesthésique. La section des afférences périphériques perturbe l'équilibre des systèmes inhibiteurs et modifie l'excitabilité des neurones des relais spinaux ou supra-spinaux par des mécanismes mal-connus. Il est dès lors illogique de prescrire des antalgiques ou des anti-inflammatoires mais plutôt un traitement d'action centrale avec en 1^e intention des antidépresseurs tricycliques, des antiépileptiques ou des techniques de neurostimulation.

3. La douleur psychogène:

Elle est périphérique mais difficile à distinguer des 2 autres étiologies. Elle est d'évocation tardive, devant la négativité des bilans cliniques et paracliniques. Elle n'est pourtant pas un diagnostic d'élimination car l'origine psychologique de la douleur repose sur une sémiologie psychopathologique positive avec divers cadres nosographiques type conversion hystérique, états anxieux, dépression masquée et hypochondrie.

Iv-Les différents Types de douleur :

On parle de douleur discrète ou aiguë, éventuellement chronique ou récidivante, mais « habituellement, la douleur est divisée en deux catégories en fonction de la durée ».

A-Douleur aiguë

Une douleur très vive induit généralement une position réflexe (recroquevillée), le cri ou les gémissements, une respiration accélérée et irrégulière, des sanglots, la compression ou protection par la main de la zone douloureuse... illustrée ici par l'attitude d'un sportif peu après le traumatisme.

La douleur aiguë est une douleur vive immédiate, et généralement brève. Elle est causée par une stimulation nociceptive de l'organisme, telle une lésion tissulaire, pouvant se produire sous la forme d'un stimulus thermique (contact de la peau avec du feu) ou mécanique (un pincement, un coup). « La douleur aiguë joue donc un rôle d'alarme qui va permettre à l'organisme de réagir et de se protéger face à un stimulus mécanique, chimique ou thermique. »

Sa fonction d'alerte est alors justifiée, ce qui n'est plus nécessairement le cas avec une douleur chronique.

B-Douleur chronique et maladies en cause

« La douleur est dite chronique ou pathologique, lorsque la sensation douloureuse excède trois mois et devient récurrente. »

La douleur chronique est une maladie grave et invalidante. Les conséquences sont autant organiques (hypertension artérielle secondaire, atrophie musculaire) que psychologiques, avec une modification comportementale

V/ REACTION PSYCHOLOGIQUES A LA DOULEUR:

Les douleurs chroniques s'accompagnent de difficultés psychologiques. Progressivement, le désordre physique va provoquer des réactions psychologiques diverses : fatigue, insomnie, 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/ PHENOMENES D'ATTENTION –DISTRACTION

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 évaluation).

C/ Composante cognitive de la douleur

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

D/Composante comportementales de la douleur

La composante comportementale englobe l'ensemble des manifestations verbales et non verbales observables chez la personne qui souffre (plaintes, gémissement, mimique, posture antalgique...).

Ces manifestations réactionnelles à un stimulus nociceptif assurent une fonction de communication avec l'entourage. Les apprentissages antérieurs,

fonction de l'environnement familial et ethnoculturel, de standards sociaux liés à l'âge et même au sexe, vont donc modifier la réaction actuelle d'un individu

VI/EVALUATION DU BIOTYPE PSYCHOSOCIALE

DES MALADES 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
- Evénements de vie concomitants
- Diagnostic initial, explication données
- Retentissement (anxiété, dépression, trouble du sommeil, incapacités fonctionnelle et professionnelle...)

2/ Profil évolutif du syndrome douloureux persistant à partir de la douleur initiale

- 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, trouble du sommeil, incapacités fonctionnelle et professionnelle...)

3/Traitements effectués et actuels :

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

4/Antécédents et pathologie associées

- familiaux
- Personnels (médicaux, obstétricaux, chirurgicaux et psychiatrique) et leur évolutivité
- Expériences douloureuses antérieures

5/Description de la douleur actuelle

- Topographie
- type de sensation (brulure, décharge électrique...)
- intensité
- Retentissement (anxiété, dépression, trouble du sommeil, incapacités fonctionnelle et professionnelle...)
- Facteurs d'aggravation et de soulagement de la douleur

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

- Situation familiales
- situation sociale
- statut professionnel et satisfaction financières
- Indemnisations perçus, attendues : implications financières
- Procédures

7/Facteurs cognitifs

- Représentation de la maladie
- Interprétation des avis médicaux

8/Facteur 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

VII/ 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 subnormale, en fractionnant les efforts.

L'apprentissage de la relaxation et de la gestion de 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 prescrit) source fréquente de pharmacodépendance.