

## Aspects psychologiques de la douleur chronique

### *Psychological issues in the treatment of chronic pain*

Christine Cedraschi<sup>a,\*</sup>, Valérie Piguet<sup>a</sup>, Christophe Luthy<sup>b</sup>,  
Denis Rentsch<sup>c</sup>, Jules Desmeules<sup>a</sup>, Anne-Françoise Allaz<sup>b</sup>

<sup>a</sup> Service de pharmacologie et toxicologie cliniques, centre multidisciplinaire d'évaluation et de traitement de la douleur, hôpitaux universitaires de Genève, 1211 Genève 14, Suisse

<sup>b</sup> Service de médecine interne de réhabilitation, hôpitaux universitaires de Genève, 1211 Genève 14, Suisse

<sup>c</sup> Service de psychiatrie de liaison et intervention de crise, hôpitaux universitaires de Genève, 1211 Genève 14, Suisse

Accepté le 25 novembre 2008

Disponible sur Internet le 20 mai 2009

---

**Mots clés :** Relation thérapeutique ; Douleur chronique ; Aspects psychosociaux ; Détresse ; Dépression ; Somatisation ; Comportement douloureux

**Keywords:** Patient-therapist relationship; Chronic pain; Psychosocial aspects; Distress; Depression; Somatisation; Pain behaviour

---

Il est aujourd'hui reconnu que la douleur chronique recouvre des aspects très différents et qu'il ne peut donc être question d'un modèle de compréhension unique. Les cliniciens impliqués dans la prise en soins de ces patients adaptent leurs approches spécifiques. Quelle est la place du thérapeute dans ces suivis ? Est-ce une place de savoir ? Est-ce une place d'influence ? Une place de spécialiste du corps ou du psychisme ? Celle d'un connaisseur en divers procédés pour mieux comprendre et opérer des changements ? Le thérapeute ne peut être thérapeute que s'il parvient à accepter de partir à chaque fois à la découverte de ce que chaque histoire clinique a d'unique ; et s'il parvient à garder sans relâche ses sens en alerte pour faire évoluer sa compréhension de ce qui se joue. La réussite ou l'échec du suivi des patients présentant des douleurs rebelles dépend beaucoup d'une disponibilité d'écoute de la part du thérapeute, d'une précision des paroles et d'une sincérité des gestes qui, elles seules, peuvent permettre les nécessaires ajustements réciproques avec le malade. La description de quelques aspects relatifs aux abords psychologiques et sociaux de la douleur chronique sert donc en priorité ces trois objectifs : mieux comprendre la douleur chronique en élargissant la plainte, éviter le piège d'approches trop réductrices, et permettre finalement une disponibilité du thérapeute à la relation par une meilleure sensibilité aux indices et aux sens possibles des symptômes tels qu'ils sont rapportés.

### **1. Décoder l'explicite : pour une autre écoute de la plainte douloureuse**

Les facteurs psychologiques et sociaux ont fait l'objet d'une attention croissante dans le domaine de la santé et de la maladie depuis l'émergence du modèle biopsychosocial. Dans ce modèle, lorsque la douleur quitte la phase aiguë pour s'engager dans la voie de la chronicisation, la nociception tend à céder le pas à des variables de l'ordre du psychologique et du social en tant que déterminants de la fonctionnalité du sujet mais aussi de sa capacité d'investissement de l'activité et de l'environnement. L'interprétation et la compréhension qu'a l'individu des symptômes viennent moduler l'expérience douloureuse. Cette expérience peut être associée à des réactions émotionnelles qui peuvent prendre la forme de manifestations d'anxiété, de détresse ou de dépression et donner lieu à des comportements douloureux. Ces derniers peuvent à leur tour influencer les activités et les investissements du sujet, dans la sphère privée, sociale et professionnelle. Quant à l'environnement social, il peut autoriser ou non, renforcer ou non, l'expression des symptômes et de leurs conséquences.

Pour le patient, la douleur se trouve souvent être le seul « symptôme exposable ». Comme le relève Rey [1], dans la dichotomie classique de la santé et de la maladie, où placer la douleur. La douleur ne se voit pas, ni ne peut s'objectiver et elle ne peut être appréhendée par l'autre (thérapeute ou entourage) qu'au travers de ce qu'en dit l'individu ou ce qu'il en montre, en termes de comportements douloureux en particulier. La prise

---

\* Auteur correspondant.

Adresse e-mail : christine.cedraschi@hcuge.ch (C. Cedraschi).

en compte et la reconnaissance de la douleur font donc nécessairement appel à la manière dont l'individu parvient à la mettre en mots, ou éventuellement en actes, d'une part, et à l'écoute (plus ou moins attentive, compréhensive...) qu'en à l'extérieur, d'autre part.

Le discours des patients est axé autour de la problématique douloureuse : « tout allait très bien avant la survenue des douleurs et tout irait de nouveau très bien si les douleurs disparaissaient ». Mais tant que les douleurs persistent, tout pose problème. C'est donc un phénomène de tout ou rien qui semble parfois avoir pour corollaire, dans le discours manifeste des patients, un glissement vers une attitude de passivité et de dépendance vis-à-vis du ou des thérapeutes, présentés comme experts omniscients et tout-puissants.

L'intensité de la douleur constitue un important prédicteur de la persistance des symptômes et du handicap, comme l'ont montré diverses études dans le domaine des douleurs chroniques, du rachis en particulier [2–4]. Il a été suggéré que cette intensité de la douleur pourrait être considérée comme un pont entre les domaines physique et psychologique [5].

La place de la douleur est donc loin d'être univoque et l'ambivalence constitue la règle bien plus que l'exception quels que soient les termes dans lesquels on la considère.

## 2. Signes d'alerte – signal d'alarme

Si de nombreux facteurs psychologiques et sociaux ont été identifiés dans la recherche de prédicteurs de chronicisation des douleurs, pris un par un, leur valeur pronostique s'avère faible – ce qui vient souligner encore la nécessité d'une perspective multidimensionnelle, qu'il s'agisse du passage à la chronicité ou du développement d'un handicap [6].

C'est dans cette perspective que s'inscrit le résultat des travaux qui ont débouché sur la mise en exergue des *yellow flags* dans le domaine des maux de dos [7]. Ces indicateurs de risque regroupent des facteurs psychologiques et sociaux dont la présence constituerait des signes d'alerte en termes de développement ou d'installation de la douleur, d'une part, et d'obstacle possible au rétablissement, d'autre part.

Ce type de démarche permet de dépasser l'opposition classique entre étiologie somatique ou psychique de la douleur et fait appel tant aux sphères émotionnelles et cognitives sollicitées par le phénomène douloureux qu'aux réponses comportementales dans un environnement dont les caractéristiques sont elles aussi de première importance. Ils incluent en particulier :

- des problèmes émotionnels, tels que l'anxiété et la dépression, mais aussi une perception augmentée des sensations corporelles, ainsi qu'une tendance au retrait social ;
- des représentations du mal de dos comme d'un problème susceptible d'entraîner un préjudice pour la santé ou un handicap grave, ou encore comme d'un problème dont le traitement passe par une prise en charge passive plutôt que par une participation de l'individu à la définition des objectifs et aux stratégies de leur mise en œuvre ;
- un comportement douloureux qui entrave les activités et les investissements dans les différentes sphères de son existence,

et en particulier un comportement d'évitement de l'activité lié la peur (*fear-avoidance behaviour*) ;

- des problèmes liés à l'activité professionnelle (en particulier une insatisfaction professionnelle ou un environnement de travail dépourvu de liens de solidarité) ou au système d'assurance et au régime de compensation.

L'intérêt qu'il peut y avoir à identifier ce type de signes réside en ce qu'ils mettent en avant des facteurs qui peuvent être de vulnérabilité, de modulation ou de maintien de la symptomatologie douloureuse, et qui peuvent jouer un rôle de déterminant de la plainte.

La signification à donner à la présence de l'un ou l'autre de ces facteurs est bien sûr relative, mais lorsqu'on assiste à une conjonction de ces facteurs, les signes d'alerte peuvent devenir signal d'alarme quant au risque d'une chronicisation de la douleur.

Les cliniciens et les chercheurs qui ont promu les *yellow flags* suggèrent d'y être attentif dès la première consultation et d'en faire une investigation plus poussée si les résultats du traitement, dont en particulier la reprise des activités, ne s'avèrent pas satisfaisants quatre à six semaines plus tard [7]. C'est également ce que proposent les recommandations européennes, lorsqu'il s'agit de lombalgies aiguës, et d'autant plus lorsqu'il s'agit de lombalgies chroniques [8,9]. Ces obstacles au rétablissement occupent tout à la fois une fonction de signe et de signal. Signe dans le sens premier de ce mot, c'est-à-dire d'une « chose, phénomène perceptible ou observable qui indique la probabilité de l'existence ou de la vérité d'une chose, qui la manifeste, la démontre ou permet de la prévoir » (Centre national de ressources textuelles et lexicales, CNRS, [www.cnrtl.fr](http://www.cnrtl.fr)) – et signal en tant que « tout signe, geste, cri, son, etc., destiné à avertir ou à prévenir quelqu'un de quelque chose, à donner une consigne, à indiquer à quelqu'un le moment de faire quelque chose », définition qui est précisément celle du signal d'alarme.

## 3. De la douleur à la détresse – entre plainte corporelle et tristesse

Parmi les facteurs psychologiques faisant fonction de signe, les troubles de l'humeur tiennent une place importante. C'est en particulier le cas de la dépression puisqu'il s'agit du facteur psychologique le plus fréquemment associé aux plaintes douloureuses chroniques [10]. Sa prévalence varie selon le recrutement des patients étudiés et les instruments d'évaluation, mais elle atteint, voire dépasse, les 50 % dans le nombre de grandes études cliniques [11–13]. L'association est plus fréquente chez les femmes, mais aussi chez les personnes âgées [14,15]. Chez ces dernières, les attributions du mal-être à un problème organique sont très prévalentes et les plaintes somatiques, dont les plaintes douloureuses, prédominent, entraînant des problèmes d'identification des états dépressifs chez les personnes âgées en général et dans le cas de douleurs chroniques en particulier. [16].

La nature et la direction de l'association entre douleur et dépression restent sujettes à controverse. Si pour certains, la dépression précède la douleur et en est le facteur causal principal, pour d'autres, la dépression est une conséquence de la

Download English Version:

<https://daneshyari.com/en/article/3388232>

Download Persian Version:

<https://daneshyari.com/article/3388232>

[Daneshyari.com](https://daneshyari.com)