

2. PLURIDISCIPLINARITÉ

Syndromes douloureux chroniques : complexité et pluridisciplinarité

Jean-François Moulin et François Boureau

La demande de soulagement d'une douleur est un motif de consultation des plus fréquents. La recherche de l'étiologie et son traitement, quand ils sont possibles, amènent un apaisement rapide et durable. La douleur aiguë a alors rempli son rôle d'alarme. Plus rarement, parce que la pathologie n'est pas curable, mais aussi du fait de facteurs personnels ou environnementaux, la douleur a tendance à se chroniciser avec le risque d'évolution vers un "syndrome douloureux chronique". C'est alors la globalité du sujet souffrant qui est bouleversée dans ses dimensions somatique, affective, cognitive et comportementale et qui doit mobiliser ses capacités adaptatives. Une intervention pluridisciplinaire s'impose alors pour garantir au patient la prise en compte de la globalité d'une situation complexe au risque d'un morcellement toujours préjudiciable.

■ LA DOULEUR EST POLYMORPHE

La demande de soulagement d'une douleur est une plainte extrêmement fréquente, familière à tout médecin. Heureusement, la plupart du temps, la douleur est aiguë et a pour finalité d'avertir l'individu que l'intégrité de son organisme est menacée. Cependant, une fois remplie cette fonction biologique d'alerte, la douleur doit cesser, non seulement pour mettre un terme à la souffrance qui aliène l'individu, mais aussi parce qu'une douleur qui persiste peut avoir des effets délétères sur l'organisme. Ainsi, dans sa forme pathologique chronique, la douleur n'a plus aucune fonction biologique, elle s'impose aux malades comme

une force maléfique, ainsi qu'à sa famille, et enfin à la communauté. En effet, la douleur chronique constitue l'une des plus fréquentes causes d'incapacité et elle représente, de ce fait, un problème majeur pour la santé et l'économie de nos sociétés. Enfin, la douleur chronique expose les patients non seulement à une incapacité, mais aussi à un fort risque de iatrogénie par la consommation anarchique de substances antalgiques.

Paradoxalement, le médecin n'a pas toujours été parfaitement préparé à analyser la douleur en tant que phénomène complexe et à savoir la traiter de façon symptomatique en ayant recours à l'ensemble des thérapeutiques disponibles. La démarche médicale repose quelquefois sur des conceptions de la douleur qui ne correspondent plus aux données actuelles. Le raisonnement médical sous-entend souvent implicitement qu'il doit exister une concordance étroite entre le siège, l'intensité d'une douleur et un dommage tissulaire objectivable. L'interrogatoire et l'examen clinique explorent alors les aspects topographiques de la douleur, avec pour objectif de mieux orienter les examens complémentaires. On connaît la difficulté d'analyse d'une douleur comme signe d'alarme. Des descriptions atypiques peuvent révéler des étiologies organiques confirmées. En outre, la présence de traits psychopathologiques n'exclut en rien une possible affection somatique. La démarche médicale courante va donc souvent contourner l'étude de la douleur en elle-même et ne l'utiliser qu'en tant que signe. Sa préoccupation centrale est avant tout de rechercher une cause lésionnelle.

Évidemment, il ne s'agit pas de critiquer le bien fondé d'une telle démarche qui, à partir de l'analyse précise de la sémiologie et par le recours à des examens complémentaires de plus en plus sophistiqués, s'acharne à retrouver l'étiologie de la douleur et l'attitude thérapeutique qui en découle. Fort heureusement, c'est le cas dans une majorité de douleurs et un traitement adapté amène rapidement un soulagement durable. Il s'agit de signaler les limites d'une telle démarche dans les cas de douleurs rebelles qui résistent aux prises en charge habituelles. Dans ces cas difficiles, il est nécessaire de compléter la démarche classique en prenant en compte le phénomène douloureux dans toute sa complexité, car les moyens thérapeutiques étiologiques qui découlent du diagnostic ne garantissent plus un soulagement total et définitif. Car la nature de la douleur est plurielle : périphérique,

neurologique, psychologique, elle est dans tous les cas une perception, c'est-à-dire, en dernière analyse un phénomène central, neuropsychologique. Le terme même de douleur peut désigner de nombreux états et peut résulter de facteurs variés. La douleur est donc polymorphe et nous voulons aussi dire par là que sa prise en charge bénéficiera d'une approche pluridisciplinaire coordonnée.

■ LES DIMENSIONS DU PHÉNOMÈNE DOULOUREUX

L'analyse du phénomène douloureux implique la considération de trois types de variables : le mécanisme générateur, le vécu subjectif et les comportements associés, enfin, la durée d'évolution.

► Le mécanisme générateur

Classiquement, on différencie trois grands types de mécanismes : l'excès de stimulations nociceptives, l'origine neuropathique (neurogène) et l'origine psychologique.

Origine nociceptive

C'est le mécanisme le plus habituel. Un processus pathologique (inflammatoire, traumatique, infectieux, dégénératif...) active au niveau périphérique le système physiologique de transmission des messages nociceptifs. L'information, née au niveau de récepteurs non spécifiques, est transmise vers la moelle (faisceaux spino-thalamiques), puis vers les structures centrales (structures limbiques et néocortex). Au plan thérapeutique, il est légitime d'agir sur le processus périphérique lui-même ou d'en limiter les effets par la prescription d'antalgiques périphériques, ou en interrompant la transmission du message nociceptif.

Origine neuropathique

Sous ce terme, on regroupe les douleurs qui succèdent à une atteinte nerveuse périphérique (section, amputation, zona...) ou centrale (paraplégie...). L'origine neuropathique d'une douleur est aisément identifiée dans un contexte connu d'atteinte neurologique, elle est souvent mal identifiée au cours du cancer ou dans les séquelles traumatiques ou post-chirurgicales. Au cours du cancer, la lésion

neurologique peut succéder soit à l'envahissement tumoral, soit aux complications des traitements (plexite post-radique...). Les douleurs neuropathiques ont des caractéristiques sémiologiques particulières qui facilitent leur reconnaissance (Tableau I).

Tableau I. Caractéristiques* sémiologiques des douleurs neuropathiques

1) Description clinique : douleur spontanée et/ou provoquée
<ul style="list-style-type: none"> • composante continue (brûlure) • composante fulgurante, intermittente (décharges électriques) • dysesthésies (fourmillements, picotements)
2) Douleur pouvant contraster avec l'absence de lésion somatique
3) Intervalle libre possible après la lésion initiale
4) Examen neurologique
<ul style="list-style-type: none"> • signes d'hyposensibilité (hypoesthésie, anesthésie) • signes d'hyposensibilité (allodynie, hyperpathie)

*Aucune de ces caractéristiques sémiologiques n'est obligatoire

La douleur est rapportée dans un territoire amputé ou hypoesthésique. La lésion des afférences périphériques perturbe l'équilibre des systèmes inhibiteurs et modifie l'excitabilité des neurones des relais spinaux ou supra-spinaux par des mécanismes encore imparfaitement élucidés.

Dans les douleurs par désafférentation, il est illogique de prescrire des antalgiques périphériques ou des anti-inflammatoires. En revanche, les traitements de première intention seront d'action centrale : antidépresseurs tricycliques, antiépileptiques. On propose aussi des techniques de neurostimulation et on récuse les techniques de section qui sont susceptibles d'aggraver la désafférentation.

Origine psychologique ou idiopathique

Dans d'autres cas, la sémiologie de la douleur aide à suspecter une origine prioritairement psychogène : description luxuriante, imprécise ou variable, sémiologie atypique... L'origine dite psychogène ne se limite pas à un diagnostic de non-organicité, elle doit reposer sur une sémiologie psychopathologique positive. Divers cadres nosographiques peuvent être évoqués : conversion hystérique, somatisation d'un désordre émotionnel (dépression), hypocondrie.

Dans certains cas, la description entre dans un tableau stéréotypé évoquant un cadre sémiologique précis : céphalée de tension, point gâchette musculaire myofascial, fibromyalgie, glossodynie... Le mécanisme physiopathologique dans ces tableaux reste imparfaitement élucidé. Dans ces cas, il est préférable de parler de douleur idiopathique. En fait, de nombreuses douleurs chroniques ne sont pas à proprement parler psychogènes au sens où elles ne sont pas totalement sine materia et qu'un cadre nosographique somatique peut être incriminé. Ces douleurs résultent plutôt de l'intrication de facteurs somatiques et psychosociaux. Décrire ces malades d'un point de vue exclusivement physique ou psychologique ne rend pas compte des problématiques en cause.

Même si la nature sine materia d'une douleur peut être suspectée précocement, c'est souvent à un stade tardif que l'origine psychogène d'une douleur finit par être évoquée. Ce constat montre bien que ce type de douleur conserve une "signature" périphérique qui la rend souvent difficilement discernable des douleurs d'autres étiologies.

■ LA DOULEUR : EXPÉRIENCE SUBJECTIVE ET COMPORTEMENT

Quel que soit son mécanisme initiateur somatique, neurologique ou psychologique, la douleur constitue dans tous les cas une expérience subjective, un phénomène central modulé par des apprentissages antérieurs, des motivations actuelles, des anticipations. La dichotomie somatique/psychologique concerne donc le mécanisme générateur : l'étiologie, mais non le phénomène douloureux lui-même qui est toujours un phénomène neuropsychologique.

L'International Association for the Study of Pain (IASP) propose de définir la douleur comme : « une expérience sensorielle et émotionnelle désagréable associée à un dommage tissulaire réel ou potentiel, ou décrite en termes d'un tel dommage ». L'intérêt de cette définition est de limiter le lien trop étroit entre douleur et stimulus périphérique. Elle rend légitime les douleurs sans lésion décelable, alors que, dans un modèle périphérique, ces douleurs sont assimilées à des douleurs imaginaires, inauthentiques, simulées. Un point de vue central, neuropsychologique aide à mieux comprendre les notions classiques de placebo-sensibilité, de discordance anatomo-clinique.

L'intérêt de la définition de l'IASP est également de mettre sur un même plan les dimensions sensorielle et affective. On admet en effet que le traitement de l'information nociceptive s'effectue en parallèle dans différents types de structures centrales : schématiquement, le thalamus pour la composante sensori-discriminative, les systèmes réticulaire et limbique pour la composante affective. Ce décodage complexe par des structures distinctes donne à la douleur une place particulière du fait de l'importance de la composante affective. Nous allons considérer les composantes sensori-discriminative, affectivo-émotionnelle, cognitive et comportementale de la douleur.

► Composante sensori-discriminative

La composante sensori-discriminative correspond aux mécanismes neurophysiologiques qui permettent le décodage de la qualité, de la durée, de l'intensité et de la localisation des messages nociceptifs. En comparaison avec d'autres systèmes sensoriels, les performances du décodage des messages nociceptifs sont faibles. On sait que la douleur peut manquer dans de nombreux cas ou n'apparaître que tardivement comme dans certains cancers.

► Composante affectivo-émotionnelle

Si la douleur occupe une place particulière parmi les perceptions, c'est aussi du fait de la composante affective qui lui confère sa tonalité désagréable, 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 sont autant de facteurs qui vont venir moduler la composante affective de la douleur en clinique.

► Composante cognitive

Le terme cognitif désigne l'ensemble des processus mentaux susceptibles d'influencer la perception de la douleur et les réactions comportementales 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.

Les observations classiques de Beecher ont contribué à souligner l'influence de la signification accordée à la maladie. En étudiant deux groupes de blessés militaires et civils qui présentaient des lésions identiques, il a observé que les militaires réclamaient moins d'analgésiques que les civils. L'explication de cette différence serait que dans les deux groupes, le traumatisme et son contexte revêtent des significations tout à fait différentes : plutôt positives pour les militaires (vie sauve, fin des combats, bonne considération du milieu social...), plutôt négatives pour les civils (perte d'emploi, pertes financières, désinsertion sociale...).

► Composante comportementale

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 pour une part une fonction de communication avec l'entourage. Ainsi, chez l'enfant on connaît la séquence : pleurs, réconfort, soulagement. 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.

■ LE FACTEUR TEMPS : AIGU VERSUS CHRONIQUE

Par le seul fait de sa persistance, les mécanismes d'une douleur et de son retentissement comportemental peuvent se modifier tant au niveau neurophysiologique (neuroplasticité, mémorisation...) que psychocomportemental (conditionnement). Ainsi, une douleur liée à un traumatisme initial physique peut être perpétuée par des facteurs non somatiques divers : psychologiques et sociaux. Une douleur chronique ne peut donc être appréhendée uniquement comme une douleur aiguë qui persiste. Des différences d'ordre neurophysiologique, neuro-psychologique et comportemental justifient la distinction, même si elle est schématique, douleur aiguë = symptôme, douleur

chronique = syndrome. Lorsqu'une douleur persiste, le bilan clinique ne peut contourner l'évaluation des facteurs psychologiques et comportementaux susceptibles d'intervenir non seulement dans la genèse de la douleur (douleur psychogène) mais également dans son maintien ou son exacerbation (syndrome douloureux chronique).

■ ÉVALUATION BIOPSYCHOSOCIALE DU MALADE DOULOUREUX

Le premier contact avec un douloureux chronique peut être délicat du fait de l'agressivité du patient, des sentiments de frustration et de mise en échec qui se dégagent de son discours. 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 accepter toutes les conceptions du malade sur son état ou sur la nature de la douleur : il faudra savoir expliquer que les causes ne sont pas univoques et faire partager un modèle de représentation du problème posé qui pourra rendre légitime la démarche thérapeutique.

Dans tous les cas, la consultation avec le malade douloureux chronique ne peut se concevoir dans une atmosphère d'urgence : il faudra savoir être disponible pour écouter et créer le climat de confiance indispensable à une relation de qualité.

L'évaluation psychosociale incombe à tout médecin confronté aux patients souffrant de douleur chronique. Dans certains cas, la collaboration avec le psychiatre ou le psychologue devient souhaitable. La difficulté est alors de faire accepter la démarche au malade. Cette demande d'avis psychiatrique ne doit pas être interprétée comme la preuve que l'on croit la douleur "imaginaire". La capacité d'envoi vers le psychiatre est un bon marqueur du fonctionnement en équipe (ou en réseau). L'envoi est facilité lorsque le psychiatre est présenté comme un praticien qui connaît bien certains médicaments antalgiques (psychotropes) ou qui maîtrise un certain nombre de techniques de contrôle de la douleur (relaxation, hypnose...), ceci pour les patients réticents, qui sont le plus souvent ceux ayant des problèmes psychologiques. L'envoi vers le psychiatre sera d'autant plus facilement accepté qu'il sera présenté précocement dès la

consultation initiale (et non après échec des traitements proposés) et comme une procédure systématique lors de l'évaluation de la douleur chronique.

Que le médecin exerce seul au sein d'une équipe pluridisciplinaire et quelle que soit sa spécialité, il lui faudra savoir élargir son évaluation à un ensemble de facteurs somatiques et psychosociaux (voir tableau 2). Nous ne décrirons pas ici de façon exhaustive tous les facteurs psychosociaux en cause qui seront traités ailleurs dans cet ouvrage (voir aussi Moulin et Boureau, 2000). En revanche, nous soulignerons certains facteurs, souvent sous estimés en pratique courante, qui illustrent le besoin d'exhaustivité de l'évaluation psychosociale.

Tableau 2. Grille d'évaluation biopsychosociale du malade douloureux chronique

(ANAES, 1999)
Ancienneté de la douleur
<ul style="list-style-type: none"> • 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...)
Profil évolutif du syndrome douloureux
<ul style="list-style-type: none"> • 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...)
Traitements effectués et actuels
<ul style="list-style-type: none"> • 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
.../...

Tableau 2. (suite)

Antécédents et pathologies associées
<ul style="list-style-type: none">• Familiaux• Personnels (médicaux, obstétricaux, chirurgicaux et psychiatriques) et leur évolutivité• Expériences douloureuses antérieures
Description de la douleur actuelle
<ul style="list-style-type: none">• 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
Contextes familial, psychosocial, médico-légal et incidences
<ul style="list-style-type: none">• Situation familiale• Situation sociale• Statut professionnel et satisfaction au travail• Indemnités perçues, attendues ; implications financières• Procédures
Facteurs cognitifs
<ul style="list-style-type: none">• Représentation de la maladie• Interprétation des avis médicaux
Facteurs comportementaux
<ul style="list-style-type: none">• Attitude vis-à-vis de la maladie• Modalités de prise des médicaments• Observance des prescriptions
Analyse de la demande
<ul style="list-style-type: none">• Attentes du patient (faisabilité, reformulation)• Objectifs partagés entre le patient et le médecin

► Antécédents personnels

Les études disponibles retrouvent entre 34 % et 66 % d'antécédents d'abus sexuels chez des patients souffrant de syndromes douloureux chroniques. Les auteurs insistent sur la période particulièrement

sensible de l'enfance, contrairement à l'âge adulte et sur le lien entre les abus et la localisation douloureuse, en particulier abdominale et pelvienne. Toomey (1993) étudie 36 femmes d'une moyenne d'âge de 30 ans souffrant d'une douleur pelvienne chronique ; 53 % d'entre elles rapportent une histoire de mauvais traitements dans leur enfance avec une large majorité d'abus sexuels puisqu'il n'y avait que 11 % d'abus physiques. Par contre l'auteur ne retrouve aucune différence dans le contenu des descriptions des douleurs, ni dans l'impact fonctionnel entre les deux groupes de patients : avec et sans mauvais traitements dans l'enfance. Par contre, les femmes qui se plaignaient d'abus sexuels dans l'enfance avaient tendance à interpréter leur douleur comme une punition, avec le sentiment désagréable de ne pas bien contrôler leur vie, avec une tendance à la somatisation et un fonctionnement psychologique globalement moins bon que les autres femmes. Signalons néanmoins la difficulté de ces études rétrospectives qui explique certainement que d'autres auteurs n'aient pas retrouvé des proportions si considérables d'abus sexuels et autres mauvais traitements de l'enfance. Mais ce qu'il faut retenir, c'est qu'à côté de ces événements évidemment traumatiques, sont rapportés une foule d'événements qui paraissent peut-être mineurs mais dont les conséquences sont dramatiques. Car ce qui compte essentiellement est moins la violence objective de l'événement que l'importance subjective de cet événement.

► Antécédents familiaux

A. Violon (1984) s'est penchée sur les antécédents familiaux des patients douloureux chroniques en comparant un groupe de 40 patients douloureux chroniques à un groupe de 50 patients suivis pour une pathologie ORL chronique mais ne se plaignant d'aucune douleur. Elle retrouve 78 % d'antécédents familiaux de syndromes douloureux chroniques parmi les patients douloureux contre 44 % parmi les patients non douloureux. Elle en déduit l'existence de familles de douloureux chroniques et la transmission de comportements douloureux dans ces familles.

► Facteurs de stress

Différents auteurs soulignent l'importance du stress de la vie quotidienne dans le développement et la chronicisation des douleurs.

Ainsi, par rapport aux personnes peu stressées, les individus soumis à un haut niveau de stress apparaissent prédisposés à certaines douleurs (myalgies, arthralgies, gastralgies, douleurs pré et per menstruelles). Mais dans ce genre d'études, il est impossible de confirmer si le stress mesuré n'est pas secondaire aux plaintes somatiques.

► Facteurs de personnalité

Les troubles de la personnalité comme facteur de chronicisation des phénomènes douloureux ont fait l'objet de nombreuses études. Leur prévalence chez le douloureux chronique se situe entre 30 et 60 % selon les études, en tout cas ils sont plus fréquents que dans la population générale. Pour les caractériser précisément, le test du MMPI a été largement utilisé et plus particulièrement ses échelles "d'hypocondrie", de "dépression" et "d'hystérie", que beaucoup d'auteurs ont observé avoir une constellation particulière chez les patients souffrant de syndromes douloureux chroniques. Divers problèmes méthodologiques sont en fait soulevés par ces observations. Quel est la validité des échelles construites pour explorer des patients psychiatriques appliquées chez le douloureux ? D'autre part, le profil considéré comme classique de "conversion en V" ne pourrait en fait que traduire la présence du syndrome douloureux chronique au lieu de l'expliquer. En outre, une normalisation des scores au MMPI a été observée après amendement de la symptomatologie douloureuse. Ainsi, parmi les traits psychologiques des malades douloureux chroniques, certains, au moins, sont la conséquence et non la cause du syndrome douloureux chronique, ou constituent des artefacts dus à la détresse psychologique de la douleur. D'autres tests ont été utilisés, en particulier des tests projectifs (TAT, Rorschach), ils ont mis en évidence, dans certains cas, des structures de type psychotiques, paranoïaques essentiellement.

► Facteurs cognitifs

Les croyances du patient

Les croyances sont des schémas interprétatifs qui conditionnent la perception qu'ont les patients de leur situation. Évaluer ce que pense un patient de la cause de sa douleur, de la gravité de sa maladie, de son retentissement, de son rôle dans la prise en charge, de ses attentes en termes de traitement et de soulagement fait apparaître de nombreuses

notions qui sont parfois “dysfonctionnelles” pour l’adaptation à sa situation et aux traitements proposés : dramatisation de la signification des lésions décrites (par exemple d’une protrusion discale à l’imagerie), de leur caractère obligatoirement irréversible, peur du fauteuil roulant ou d’évolution vers la paralysie, attente passive d’un soulagement qui ne peut obligatoirement qu’être d’origine médicamenteuse ou chirurgicale... Ces croyances “erronées” ou considérées comme dysfonctionnelles du point de vue médical sont des facteurs d’incapacité : elles forment un véritable “barrage” chez le douloureux chronique ; lorsqu’elles sont méconnues du praticien, elles empêchent toute adhésion du patient à la réactivation qui lui est proposée, alors que cette adhésion est le moteur de sa rééducation. La modification de ces croyances permet au patient d’adopter un rôle actif.

Certaines croyances du patient sont liées à des informations reçues lors de son parcours médical (interprétation erronée des comptes rendus radiologiques, de la gravité du diagnostic...). D’autres témoignent d’un mode particulier d’analyse des informations, correspondant à un état anxieux ou dépressif, voire à des troubles de personnalité. Ces “biais de pensée” engendrent chez le patient de véritables “distorsions cognitives” qui lui font apparaître sa condition sous l’angle de vision le plus pessimiste possible.

Ainsi, certaines variables cognitives et de comportement ont été identifiées ; de nouveaux concepts ont été construits et leur valeur opérationnelle a été étudiée, en relation avec les diverses dimensions de la douleur chronique (incapacité, dépression, intensité de la douleur, arrêt de travail...).

Le “coping” signifie en anglais “s’ajuster”, “faire avec” ou “s’adapter”. Plusieurs stratégies de “coping” sont mises en œuvre par les patients douloureux chroniques pour vivre avec leur condition. Selon qu’elles permettent au patient d’améliorer ou non sa condition de vie (mesurable selon différentes dimensions : fonction, incapacité, douleur, humeur etc.), ces stratégies sont dites adaptées ou dysfonctionnelles. Ainsi, il a été montré que les stratégies dites actives (réinterprétation de la douleur, distraction, fractionnement des activités) sont plus efficaces que les stratégies dites passives (évitement, prière, catastrophisme).

Le “catastrophisme” se définit comme un état où l’on se focalise exclusivement sur les aspects aversifs de l’expérience douloureuse. Il accroît les perceptions de la douleur et diminue les capacités de “coping” actif. À l’inverse, les “états d’ajustement interne adaptés” (capacité de se foca-

liser sur la stratégie d'adaptation à la stimulation nociceptive), amènent une diminution des perceptions douloureuses et des réponses plus adaptées. Il a été noté que les "distorsions cognitives" se rapportant à la douleur étaient très fortement corrélées à l'incapacité.

Ces stratégies de "coping" peuvent être mesurées au moyen d'instruments validés qui établissent un profil ; ces échelles sont préférentiellement destinées à la recherche et ne sauraient actuellement se substituer à une évaluation plus personnelle lors de l'entretien clinique.

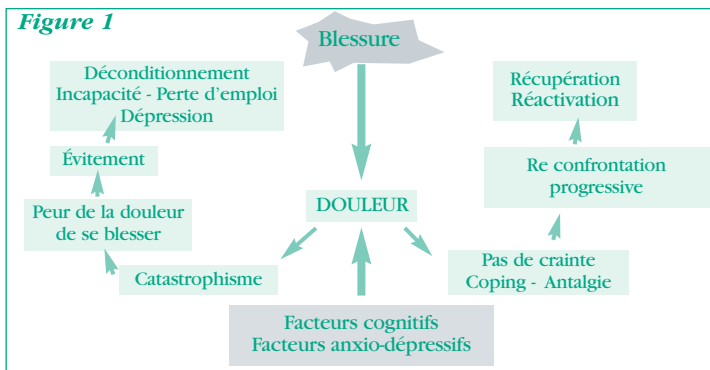
La peur du mouvement ou l'évitement phobique

Une des théories largement étudiées s'appuie sur les "Fear Avoidance Beliefs Questionnaire" (FABQ), qu'on pourrait traduire par "croyances conduisant à des évitements par peur" : la peur et l'évitement seraient fondés sur des convictions erronées concernant la douleur. Selon cette théorie, les sujets lombalgiques chroniques interprètent les causes de la douleur de la façon suivante : leur mal de dos doit être lié à une maladie grave « si la douleur persiste, c'est qu'une maladie grave évolue », à une activité physique ou encore au travail qui leur est néfaste. Ils croient que l'activité physique ou le travail risquent de reproduire ou d'aggraver le mal de dos ; ils sont sceptiques sur le traitement proposé. La valeur opérationnelle de cette dimension a été explorée à travers des questionnaires. L'un des plus utilisés est le FABQ mis au point par Waddell et al. (1993) ; ils retrouvent peu de relations entre la douleur et l'incapacité ; en revanche, il y a une forte association entre les croyances de peur et d'évitement concernant le travail et la perte d'emploi. D'autre part, l'incapacité dans les activités de la vie quotidienne est également liée aux croyances d'évitement et à la peur du mouvement qui en découle. Il conclut que la peur de la douleur est plus incapacitante que la douleur elle-même. Ainsi, les répercussions de ce comportement de peur sont multiples, avec, comme conséquences les plus notables, une réduction du taux de retour au travail et des performances physiques.

Les possibles interactions entre facteurs cognitifs, comportementaux, affectifs et incapacité dans la lombalgie sont illustrées en figure 1.

Alors que la valeur prédictive du niveau d'incapacité par les croyances (mesurées par le FABQ) est documentée dans le cadre des lombalgies chroniques, Fritz et al ont récemment montré que cette valeur prédictive se vérifie également pour les lombalgies aiguës. Ils soulignent l'opportunité d'évaluer ces croyances à un stade précoce de l'évolu-

tion, en vue de dépister et traiter les patients à risque d'évolution vers la chronicité. Le modèle de la peur du mouvement développé par Vlaeyen et al., illustré ci-dessous, sous-tend les principes d'intervention thérapeutique dans la perspective cognitivo-comportementale.



Modifié d'après Vlaeyen et al. 2000, Waddell et al. 1993

■ COORDINATION DE LA PRISE EN CHARGE PLURIDISCIPLINAIRE

La cohérence des avis des différents intervenants médicaux et paramédicaux est essentielle pour induire une vision homogène chez le patient. Le fonctionnement pluridisciplinaire, tel que le réalisent les structures de prise en charge de la douleur, a appris l'importance de la synthèse des différents avis. Ceci contraste avec ce que l'on observe parfois : le morcellement, la non communication, la non concordance des stratégies auxquelles est confronté le douloureux chronique. L'absence de dialogue et d'échanges entre praticiens engendre la non cohésion des avis diagnostiques... On doit s'interroger sur le caractère iatrogène de tels (dys)fonctionnements. Nous pensons que les réseaux de praticiens qui partagent des concepts communs et reconnaissent l'importance thérapeutique de la concertation permettent une cohérence dans les avis, lors de l'évaluation et dans les stratégies thérapeutiques proposées aux patients. La discordance entre les avis des différents experts quant à l'opportunité pour un patient de suivre un programme de rééducation et quant à ses possibilités de le suivre a été

mise en évidence expérimentalement : Jensen et al ont montré que le meilleur prédicteur de l'état de santé du patient à 6 mois de suivi était sa propre croyance en l'existence de traitements efficaces et son sentiment d'aptitude à apprendre des stratégies de "coping". Cela rejoint une autre dimension cognitive élaborée et évaluée sous le vocable de "sentiment d'efficacité personnelle", qui est également un facteur pronostique de l'évolution fonctionnelle des patients.

Informé le patient, l'amener à accepter et comprendre le bien fondé d'une participation active n'est pas tâche aisée et réclame un savoir-faire particulier. La relation avec un douloureux chronique peut être délicate du fait de son agressivité induite par les frustrations, les échecs successifs, les avis divergents... 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 toutes les conceptions du malade sur son état ou sur la nature de la douleur, notamment ses convictions somatiques. Il faudra savoir expliquer que les causes d'une douleur ne sont pas univoques, faire partager une représentation qui pourra rendre légitime la démarche thérapeutique, et faire aussi accepter le deuil d'une attente de guérison complète et définitive. Dans tous les cas, la consultation avec le malade douloureux chronique ne peut se concevoir dans une atmosphère d'urgence : il faudra savoir être disponible pour écouter et créer le climat de confiance indispensable à une relation de qualité.

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. Elle est un préalable qui doit être acquis avant toute autre mise en œuvre. Rassurer sur la gravité entraîne la réduction des peurs qui à son tour autorise la reprise du mouvement. Ainsi, le processus d'éducation n'est pas un processus unidirectionnel ; il doit découler d'une étape préalable d'évaluation des croyances du patient. Partir des conceptions du patient est essentiel pour l'étape suivante que certains appellent reformulation ou reconceptualisation.

► Le reconditionnement physique : tâches assignées et planification des activités

Il est maintenant acquis, avec un solide niveau de preuves, que l'exercice physique peut favoriser le retour des lombalgiques chroniques et d'autres patients douloureux à une activité quotidienne ou profession-

nelle. La mise en œuvre de ces exercices se fait de manière graduée, selon une ligne de base établie par le patient (l'activité sous-maximale qu'il est capable de fournir au départ sans douleur) et selon une progression fixée en commun avec un médecin de rééducation ou un kinésithérapeute. Il s'agit d'un contrat d'objectifs réalistes, que le patient s'engage à atteindre sans tenir compte de ses éventuelles douleurs. À ce stade, des objectifs domestiques peuvent être choisis, et l'engagement d'une tierce personne de l'entourage pour encourager et évaluer les résultats peut servir à formaliser et renforcer ce contrat. La planification des activités ou pacing vise 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 rattachée à certaines activités physiques. Il permet également d'agir sur la composante musculaire des douleurs fréquemment intriquées notamment dans les lombalgies chroniques. C'est la première étape qui permet de sortir du cercle vicieux liant peur et déconditionnement. Dans la pratique, l'apprentissage des techniques de relaxation requiert un superviseur (médecin, psychologue, infirmière ou kinésithérapeute) spécifiquement formé à la pratique et l'enseignement de la relaxation. Il existe différentes techniques dont les plus connues sont celles de Schultz et de Jacobson. Dans notre pratique, l'apprentissage est initié en ambulatoire lors d'une séance de groupe ; il est approfondi par le patient à son domicile et dans la vie courante au moyen d'une cassette audio qui lui est remise. Cet apprentissage individuel a valeur de prescription thérapeutique ; il est évalué lors de séances ultérieures. On débute par un apprentissage statique pour permettre la généralisation et l'utilisation en situation réelle.

■ **CONCLUSION**

Éléments organiques, éléments psychiques, composants sensoriels, comportementaux et cognitifs, événementiels, traumatiques, familiaux, sociaux, professionnels et culturels : autant de dimensions à évaluer chez chaque patient douloureux chronique. Et pour le patient, autant

d'occasions de ruptures, de dispersion et, en définitive, de souffrance. Ainsi, n'est-il pas étonnant de constater l'errance médicale des patients douloureux, qui témoigne de cette dispersion et aussi d'une quête. Car, si la blessure est une rupture dans la chair, la souffrance quotidienne est une rupture/effraction à plusieurs niveaux : au niveau du vécu subjectif des sensations corporelles, bien sûr, et donc rupture dans les capacités physiques ; au niveau relationnel aussi avec les ruptures familiales et amicales qui s'ensuivent ; au niveau social et professionnel, enfin, avec le risque ultime de la marginalisation. La quête des patients est ainsi souvent à la hauteur de leur désarroi, se manifestant par une avidité de reconnaissance par le médecin, la famille et la société, pour ne pas être pris pour un "fou" qui souffre dans sa tête ou, pire, un menteur. Une avidité d'écoute, également, qui se manifeste lorsqu'un lien de confiance peut enfin s'établir et qui permet au discours du patient de ne plus être monopolisé par la plainte douloureuse. C'est alors qu'il peut se mettre à parler de sa souffrance globale. Une avidité de soulagement, enfin, dont témoignent les demandes incessantes de médicaments, d'interventions chirurgicales et le recours à des techniques médicales plus ou moins parallèles. Ainsi, le danger qui guette le patient douloureux, déjà morcelé, est la dispersion médicale iatrogène ou alimentant le processus de morcellement. L'approche pluridisciplinaire ne doit pas être seulement la réunion de compétences médicales et psychologiques d'horizons divers, au risque de faire le jeu du morcellement. C'est d'abord, et surtout, de recueillir la totalité éparse du patient pour l'aider à rétablir ou à réinventer une continuité qui a été brisée par le processus douloureux. La communication avec le patient et la communication entre soignants, qui aboutit à des propositions thérapeutiques concertées et orchestrées dans le temps en est l'élément fondamental qui permet au douloureux d'espérer reconstruire son individualité.

Bibliographie

- ANAES Évaluation et suivi de la douleur chronique chez l'adulte en médecine ambulatoire (hors cancer hors SIDA), 1999.
- Beecher HK. Measurement of subjective responses. Oxford University Press, New-York, 1959.
- Bonica JJ. The management of pain. Lea and Febinger: Philadelphia, 1953.
- Bonica JJ. Evolution of multidisciplinary/interdisciplinary pain programs. In Aronoff GM Pain centers a revolution in health care, Raven Press, New York, 1988, 9-32.

- Boureau F. Contrôler votre douleur. Payot, Paris, 1986.
- Burton AK, Waddell G, Tillotson KM, Summerton N. Information and advice to patients with back pain can have a positive effect. A randomized controlled trial of a novel educational booklet in primary care. *Spine* 1999 Dec 1 ; 24 (23) : 2 484-91.
- Engel GL. Psychogenic pain and the pain-prone patient. *Am. J. Med.*, 1959 ; 26 : 899-918.
- Fordyce WE. Behavioral methods for chronic pain and illness. Mosby, St-Louis, 1976.
- Fordyce WE. Back pain in the workplace, management of disability in nonspecific conditions IASP PRESS. Seattle 1995.
- Moulin JF, Boureau F, Douleur chronique et psychiatrie. Éditions scientifiques et Médicales Elsevier, Psychiatrie, 37-677-A40, 2000.
- Rosenstiel AK; Keefe FJ. The use of coping strategies in low back pain patients: relationship to patient characteristics and current adjustment, *Pain*, 17, 1983, 33-44.
- Sternbach RA. Pain patients : traits and treatment. Academic Press, New-York, 1974.
- Toomey TC, Hernandez JT, Gittelman DE, Hulka JF, Relationship of sexual and physical abuse to pain and psychological assessment variables in chronic pelvic pain patients *Pain* 1993, 53, 61, 93-101.
- van Tulder M, Ostelo R, Vlaeyen JWS, Linton S, Morley SJ, Assendelft WJJ. Behavioral treatment for chronic low back pain: a systematic review within the framework of the Cochrane back review group. *Spine* 2000 ; 26(3) : 270-281.
- Turk D, Meichenbaum D, Genest M. Pain and behavioral medicine: a cognitive-behavioral perspective, Guilford: New York, 1983.
- Turner JA, Jensen MP, Romano JM. Do beliefs, coping, and catastrophizing independently predict functioning in patients with chronic pain ? *Pain* 2000 Mar ; 85(1-2):115-25.
- Violon A, Giurgea D. Familial models for chronic pain. *Pain* 1984, 18 : 199-203.
- Vlaeyen JWS, Kole, Snijders AMJ, Boeren GB, Van Eek H. Fear of movement/(re)injury in chronic low back pain and its relation to behavioral performance. *Pain*, 1995 ; (62) : 363-372.
- Waddell G, Nachemson AL, Phillips RB. in : The back pain revolution. Churchill Livingstone 1998.
- Waddell G, Bircher M, Finlayson D, Main CJ. Symptoms and signs: physical disease or illness behavior ? *Br Med J* 1984, 289: 739-741.
- Waddell G, Newton M, Henderson I, Somerville D, Main CJ. A Fear-Avoidance Beliefs Questionnaire (FABQ) and the role of fear-avoidance beliefs in chronic low back pain and disability. *Pain* 1993 ; 52 :157-168.
- Wall PD, Melzack R. Textbook of pain. New York: Churchill Livingstone 1989.

Le rôle du psychiatre dans la prise en charge de la douleur chronique

Françoise Radat

Dès leur création, les structures de lutte contre la douleur chronique ont été pensées dans un esprit de pluridisciplinarité (circulaire du 4 février 1998 : « les structures de lutte contre la douleur chronique doivent comporter au moins trois médecins, dont deux somaticiens de deux spécialités différentes et un psychiatre... »). Ainsi, une volonté politique faisait écho au conseil des experts, dans la mouvance de la reconnaissance de trois dimensions, composantes à part entière de la douleur chronique : la dimension biologique, la dimension psychologique et la dimension sociale ⁽¹⁾. Dès lors, il a été recommandé que la douleur soit considérée comme une expérience non seulement sensorielle et neurologique mais aussi affective, cognitive et sociale.

Ainsi, la pensée manichéenne consistant à rechercher une étiologie à la plainte douloureuse, puis à ne se préoccuper que des aspects somatiques si cette recherche était positive et à “rejeter” le patient dans le psychiatrique si elle était négative, ne tient plus.

Toujours dans la circulaire du 4 février 1998, le législateur se préoccupe de spécifier que les intervenants des structures de lutte contre la douleur chronique doivent fonctionner “en équipe”. Ainsi les avis des uns et des autres ne sont plus censés s'exclure mutuellement mais se compléter.

Comment fonctionne cette pluridisciplinarité en pratique, du point de vue du psychiatre ? À quoi sert ce dernier, dans quelles conditions ? Quels sont les principaux écueils de la pluridisciplinarité vus de la place du psychiatre ?

Nous tâcherons d'apporter des éléments de réflexion à ces questions, de nous interroger sur nos pratiques. Dans une première partie, nous

traiterons de la consultation d'évaluation puis, dans une deuxième partie, nous aborderons les questions posées par le suivi du patient douloureux chronique.

■ LA CONSULTATION D'ÉVALUATION AVEC LE PSYCHIATRE

► L'unité de temps : la consultation avec le psychiatre doit-elle se faire d'emblée, couplée à la consultation du somaticien ?

Le simple fait de se poser cette question dépend d'abord de la richesse de la structure en "temps de psychiatre". Pas question de "gaspiller" le psychiatre s'il vient trois heures par semaine, comme c'est le cas encore dans de trop nombreuses consultations.

L'avantage de la consultation d'emblée est qu'elle ne laisse pas à croire au patient qu'il a été spécialement repéré pour être envoyé au psychiatre. L'autre avantage est que cette attitude s'accorde avec la théorie des trois axes de la douleur chronique (les dimensions biologiques, psychologiques et sociales). Dans l'idéal, il faudrait d'ailleurs aussi une consultation systématique avec une assistante sociale.

L'inconvénient de la stratégie de consultation d'emblée par le psychiatre est qu'elle peut consister à déléguer totalement à celui-ci la compréhension du psychisme. Or, si la douleur chronique est porteuse d'un enseignement, c'est bien du fait que l'être souffrant est un tout, dont on ne peut parcelliser l'abord. Reconnaître une souffrance tant anxieuse que dépressive ne devrait pas revenir au psychiatre. Savoir débuser des enjeux relationnels est aussi abordable par tout somaticien. À l'extrême, on pourrait presque dire que le patient ne devrait être adressé au psychiatre que lorsque le somaticien pense à l'utilité d'une intervention spécialisée et non pas simplement pour un bilan.

► L'unité de lieu : la consultation avec le psychiatre doit-elle avoir lieu sur place, à la consultation (ou unité) douleur ?

Cela permet au psychiatre de connaître le dossier médical, ce qui a pour avantage de ne pas évacuer le discours concernant la douleur

elle-même. Le patient vient consulter pour la douleur, elle est son repère, il a souvent besoin de se référer à elle pour commencer à parler de lui-même. Le psychiatre ne peut se permettre le classique “je vous écoute” suivi d’un long silence dans un lieu où l’on consulte pour soigner son corps. Mener un premier entretien uniquement selon le principe de la libre association est malvenu, le psychiatre doit savoir aussi montrer son intérêt pour le corps et sa capacité à entendre parler du corps. Ainsi, comme le somaticien avant lui, il devra s’intéresser :

- aux représentations symboliques et aux croyances associées à la douleur : récit des circonstances d’apparition de la douleur, mots employés pour la qualifier, croyances quant à son origine, parfois véritable “roman étiologique” ;
- aux émotions liées à la douleur, tels l’anxiété, la dépression, la colère, l’humiliation, la persécution, le dégoût... ;
- aux comportements associés à la douleur : l’agressivité, mais aussi la passivité, l’évitement, classiquement répertoriés sous le vocable de “comportement de maladie”, comportement qui est particulièrement préjudiciable au patient ;
- aux implications interpersonnelles : rejet des proches, isolement social ou, au contraire, sollicitude excessive constituant un éventuel facteur de renforcement ;
- aux implications sociales : conflits avec les employeurs ou les “caisses” maladie ou de compensation, menace de suspension du remboursement d’un crédit par l’assurance à la fin de l’arrêt de travail, etc.

► Modalités pratiques du bilan psychiatrique

Les modalités de la consultation peuvent être diverses :

- les consultations conjointes où somaticien et psychiatre reçoivent ensemble et d’emblée le patient. Cette modalité a l’avantage de favoriser un vrai dialogue, les deux praticiens pouvant s’enrichir mutuellement. Elle a l’inconvénient de mettre éventuellement le patient dans une situation de triangulation qui peut réveiller des conflits œdipiens si le patient se trouve face à deux médecins qui sont de sexe différent. Le patient parlera alors de vécu angoissant, de sensation d’avoir eu à faire face à un “tribunal” ;
- les consultations successives. Le patient voit alors de façon successive les différents intervenants. Une réunion de synthèse a lieu en fin de journée pour restituer une “conclusion” au patient. Cette conclusion est

en elle-même l'inconvénient de cette modalité de fonctionnement. La tentation de "boucler" l'affaire risque d'enfermer le patient dans une logique de bilan après lequel on le "renvoie à ses foyers".

La synthèse : réalisation de la pluridisciplinarité

La consultation avec le psychiatre ne sera pas considérée par le patient comme un rejet, mais comme un complément, si les croyances et l'investissement de l'aspect psychologique par les somaticiens est satisfaisant. Pour cela, il est fondamental que les somaticiens soient enrichis dans leur pratique par l'abord que le psychiatre aura du patient.

La synthèse de chacune des consultations doit donc se faire au cours de réunions (staff patients), et non par courrier. Il est en effet indispensable qu'existe une possibilité de discussion entre les intervenants. Les réunions ne seront donc pas une succession de monologues - chacun récitant successivement le contenu de son bilan - mais un lieu d'échanges, d'argumentation, de confrontation de différents points de vue, qui sont enrichissants dans la mesure où le patient n'aura pas été le même avec chacun mais aussi où chacun aura engagé dans la relation sa propre histoire.

On en arrive ainsi au fait que ces staffs sont également un lieu de travail sur les aspects "contre transférentiels" de chacun, c'est-à-dire sur les réactions émotionnelles que ressentent les thérapeutes lors de la rencontre avec les patients et sur les facteurs inconscients mobilisés par cette rencontre.

Plusieurs types de relation soignants/soignés difficiles peuvent se rencontrer :

- patients "épuisant" toutes les ressources thérapeutiques, mettant en échec les médecins après les avoir idéalisés ;
- patients peu "narcississants" (gratifiants) pour des soignants dont l'objectif est en général plus de guérir les patients que de les accompagner dans leur souffrance ;
- patients très agressifs, rendant le soignant agressif ou rejetant, et jouant ainsi sans arrêt, sur le plan relationnel, un passé traumatique ;
- patients clivant les équipes en "bons" et "mauvais" objets.

L'importance des problèmes transférentiels peut conduire à proposer la mise en place de groupes Balint. Il s'agit de groupes animés par un psychanalyste, si possible extérieur à la structure. L'analyse des problèmes contre-transférentiels y est poussée, en référence à l'expérience de

chacun. Il s'agit d'un lieu d'expression des difficultés émotionnelles des soignants et des fantasmes mobilisés chez eux par le patient.

► Évaluation par le psychiatre : les écueils

Plusieurs situations caricaturales ont encore cours, souvent d'ailleurs du fait d'une absence de réelle synthèse après les différents avis :

- L'évaluation psychologique est un énième examen complémentaire. Le psychiatre est alors considéré comme un prestataire de service, il rend sa copie et clôt la discussion au lieu de l'ouvrir.
- Le psychiatre est chargé de justifier les échecs thérapeutiques : tel chirurgien adresse son patient qui est "toujours" lombalgique après cinq interventions après avoir dit à celui-ci qu'il n'était plus du ressort de la médecine !
- L'éclatement de la relation thérapeutique, avec, d'un côté les techniciens qui n'ont affaire qu'à des organes malades, de l'autre, les spécialistes de l'écoute, de l'empathie. On retire alors toute substance à la relation médecin/malade, à ce "colloque singulier" dont la subjectivité est aussi la substance. Est-il vraiment besoin d'un "bilan psychiatrique" pour appréhender le fait qu'une souffrance est dépressive ou qu'une souffrance s'inscrit dans la revendication ?

Ainsi, si le psychiatre trouve toute sa place dans la "prise en charge" du patient, il est clair que le bilan bio-psycho-social, vécu comme un éclatement des compétences par des patients ballottés d'intervenants en intervenants, n'est pas un bien.

Par ailleurs, il est assez frustrant pour le psychiatre d'enchaîner les bilans sans relâche. Le bilan ne permet qu'une vision très superficielle du patient, très descriptive. Or, ce n'est que dans le cadre d'un suivi thérapeutique qu'il y aura une compréhension plus profonde des mécanismes psychiques mis en jeu, et c'est là, en réalité, la vocation du psychiatre.

■ LE SUIVI PAR LE PSYCHIATRE DES PATIENTS DOULOUREUX CHRONIQUES

Plusieurs modèles théoriques rendent compte de la problématique psychique des patients douloureux chroniques, c'est à l'un de ces modèles que le psychiatre se référera pour prendre en charge le

patient douloureux. Cette diversité d'approches possibles peut poser un problème de lisibilité du discours psychiatrique, d'autant que ces diverses approches ne sont pas toujours compatibles.

Les trois principaux modèles sont les suivants : médical classique, psychodynamique, cognitivo-comportemental.

► Le modèle médical classique

C'est un modèle "catégoriel" dans la mesure où il postule l'existence de catégories pathologiques bien distinctes de l'état de santé. Les sujets sont donc considérés sains ou malades comme dans le modèle médical classique. Cette approche consiste à rechercher les signes cliniques permettant de faire un diagnostic, puis à proposer un traitement en fonction de celui-ci. Lorsque la prescription médicamenteuse est nécessaire, il faut vaincre les représentations négatives des patients au sujet des psychotropes ("ils abrutissent", ils rendent différent, "pas soi-même") ; ces médicaments sont aussi souvent perçus comme en rivalité avec la volonté : "je veux m'en sortir moi-même".

Étant donné la fréquence de la co-morbidité entre douleur chronique et troubles psychiatriques : trouble anxieux, trouble de l'humeur, troubles somatoformes (conversion, hypochondrie), troubles liés à l'utilisation de substances (abus, dépendance), trouble de la personnalité ^(2, 3, 4), cette approche psychiatrique est nécessaire mais elle est souvent insuffisante.

► Le modèle psychodynamique

Il est basé sur les théories freudiennes, et considère que la douleur chronique peut être une modalité de vécu plus "économique" pour le psychisme du patient que la confrontation aux conflits psychiques ⁽⁵⁾.

Ceci renvoie soit au modèle de la conversion, où la douleur garde un lien symbolique avec la représentation psychique refoulée, soit au modèle psycho-somatique et à l'hypochondrie où le siège de la douleur est détaché de toute représentation symbolique ⁽⁶⁾. Dans cette approche, la notion de perte a également une place prépondérante pour la compréhension des douloureux, perte réelle comme après un deuil, ou symbolique. Le sujet investit alors une partie de lui-même comme son lieu de souffrance et la permanence de la souffrance rend la perte moins complète.

Ainsi, d'une manière ou d'une autre, le modèle psychodynamique permet de théoriser, de comprendre... et de mieux supporter la résistance évidente de certains de nos patients face à la guérison ⁽⁷⁾. À l'inverse, la prise en charge médicale classique se situe dans une logique d'éradication de la souffrance psychique à l'aide de la pharmacopée. Il existe donc une sorte d'opposition entre les deux approches qui est difficilement surmontable. C'est pourquoi il est préférable de pouvoir disposer de compétences complémentaires, soit qu'elles existent au sein des structures de lutte contre la douleur, soit que l'on ait à constituer un réseau de compétences complémentaires pour la prise en charge psychothérapeutique des patients.

Les patients douloureux chroniques sont rarement des indications de cure de type analytique. On préférera, le plus souvent, la psychothérapie d'inspiration analytique ou la relaxation analytique.

► Le modèle cognitivo-comportemental

Il a été abondamment testé au travers de nombreuses études publiées dans des revues anglo-saxonnes pour l'essentiel. C'est donc un modèle qui a prouvé sa pertinence théorique, mais c'est surtout un modèle qui a prouvé, au travers de nombreuses études contrôlées ^(8,9), son efficacité pour la prise en charge des douloureux chroniques. Cette efficacité repose non pas tant sur l'amélioration de la douleur perçue que sur l'amélioration du handicap, de la détresse émotionnelle, des interactions sociales et de la qualité de vie.

On peut reprocher à ce modèle d'être trop pragmatique et de n'offrir qu'une compréhension superficielle du psychisme du patient ; on peut également lui reprocher d'être normatif, essayant de "redresser" les comportements déviant qui sont jugés comme dommageables. Il n'en est pas moins vrai qu'une telle approche est efficace et qu'il est donc impensable de ne pas pouvoir en disposer, soit directement, soit dans le cadre d'un réseau.

■ LA PSYCHOTHÉRAPIE DU DOULOUREUX CHRONIQUE EN PRATIQUE

En pratique, on est rarement amené à proposer une prise en charge directement après le bilan. Il existe le plus souvent une période, que

l'on pourrait appeler "pré-psychothérapeutique" qui consiste à améliorer la conscience qu'a le patient de l'importance du lien entre psychisme et somatique, autrement dit à renforcer la conscience de l'impact du psychique sur la douleur. En effet, cet impact est souvent dans un premier temps réfuté par les patients qui pensent qu'accepter le rôle du psychisme serait renoncer à une étiologie organique. Cette étape est indispensable pour faire émerger une demande de prise en charge psychothérapeutique. Cette étape repose sur l'écoute, l'empathie, le soutien mais aussi la pédagogie.

Ensuite seulement, une psychothérapie sera proposée. Les différents types de psychothérapies peuvent être combinés dans le temps pour un même patient. Par exemple, on commencera par une approche corporelle de type relaxation chez un patient peu abordable du point de vue verbal (psychique). Après quelques mois de prise en charge, une psychothérapie verbale devient possible.

■ CONCLUSION

Le rôle du psychiatre dans la consultation douleur est complexe et repose sur trois points essentiels :

- la possibilité de faire un bilan des aspects psychologiques du patient et de transmettre cette compréhension aux autres soignants ;
- le soutien des soignants au travers de la compréhension des phénomènes contre-transférentiels mis en jeu dans la prise en charge des patients douloureux chroniques ;
- la prise en charge psychothérapeutique de certains patients, en fonction des orientations théoriques qui ne peuvent être ni militantes, ni exclusives, dans ce contexte.

Ainsi, le rôle du psychiatre ne peut être conçu ni comme une prestation de service proposant "des bilans" en chaîne, ni comme une prise en charge énigmatique échappant à la compréhension des autres soignants. La pluridisciplinarité est un exercice difficile, qui implique une confrontation directe entre ses différents acteurs, voire certaines tensions. Cependant, elle aboutira, par la compréhension des différents points de vue, à un enrichissement mutuel.

Références

1. Melzack R, Casey KL: Sensory, motivational and central control determinants of pain : a new conceptual model, in the skin senses. Edited by Kenshalo D. Springfield JL, Charles C Thomas : 423-429, 1968.
2. Fishbain DA : Approaches to treatment decisions for psychiatric comorbidity in the management of the chronic pain patient. Med. Clin. North Am. 1999. 83 : 737-760.
3. Fishbain DA, Cutler R, Rosomoff HL, Rosomoff RS. Chronic pain-associated depression: antecedent or consequence of chronic pain ? A review. Clin J Pain. 1997 Jun ; 13(2):116-37.
4. Fishbain DA. Report on the prevalence of drug/alcohol abuse and dependence in chronic pain patients (CPPs) Subst Use Misuse. 1996 Jun ; 31(8):945-6.
5. Santiago-Dellefosse M. La douleur : à la manière d'un coup de foudre. Synapse, 1996, 122 : S 31-38.
6. Laplanche J, Pontalis JP. Vocabulaire de la psychanalyse PUF, 1967.
7. Freud, 1920. Au delà du principe de plaisir. In : essais de psychanalyse. PUF, 1981.
8. van Tulder MW, Ostelo R, Vlaeyen JW, Linton SJ, Morley SJ, Assendelft WJ. Behavioral treatment for chronic low back pain: a systematic review within the framework of the Cochrane Back Review Group. Spine. 2001 Feb 1 ; 26(3):270-81.
9. McCracken LM, Turk DC. Behavioral and cognitive-behavioral treatment for chronic pain: outcome, predictors of outcome, and treatment process. Spine. 2002 Nov 15 ; 27(22):2564-73.