

Psychologie de la douleur

Dr. O . FARAH

EHS DRID HOCINE KOUBA

I- Introduction

La demande de soulagement d'une douleur est un motif de consultation fréquent. 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.

La douleur chronique constitue l'une des plus fréquentes causes d'incapacité, et elle expose les patients non seulement à une incapacité, mais aussi à un fort risque d'iatrogénie par la consommation anarchique de substances antalgiques.

II- 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.

A- Le mécanisme générateur

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

1- 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, puis vers les structures centrales. 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.

2- Origine neuropathique

Sous ce terme, on regroupe les douleurs qui succèdent à une atteinte nerveuse périphérique (section, amputation, zona...) ou centrale (paraplégie...).

Dans ce type de 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.

3- Origine psychologique ou idiopathique

Parfois, la sémiologie de la douleur aide à suspecter une origine prioritairement psychogène : description luxuriante, imprécise ou variable, sémiologie atypique...

Divers cadres nosographiques peuvent être évoqués : conversion hystérique, dépression, hypocondrie...

Dans certains cas, la description entre dans un tableau stéréotype évoquant un cadre sémiologique précis : céphalées de tension, point gâchette musculaire, fibromyalgie, glossodynie...

En fait, de nombreuses douleurs chroniques ne sont pas à proprement parler psychogènes au sens où elles ne sont pas totalement **siné materia** et qu'un cadre nosographique somatique peut être incriminé. Ces douleurs résultent plutôt de l'intrication de facteurs somatiques et psychosociaux.

B- La douleur : expérience subjective et comportement

Quel que soit son mécanisme initiateur, la douleur constitue dans tous les cas une expérience subjective, un phénomène central modulé par des apprentissages antérieurs, des motivations actuelles, des anticipations. 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.

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.

Ce décodage complexe par des structures distinctes, donne à la douleur une place particulière du fait de l'importance de la composante affective. Il en ressort différentes composantes.

- Composante sensori-discriminative

Elle correspond aux mécanismes neurophysiologiques qui permettent le décodage de la qualité, de la durée, de l'intensité et de la localisation des messages nociceptifs.

- Composante affectivo-émotionnelle

Elle est déterminée non seulement pas 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

Les observations classiques 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, on 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

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

C- 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 neurologique (neuroplasticité, mémorisation...) que psycho-comportemental (conditionnement). Ainsi, une douleur liée à un traumatisme initial physique peut être perpétuée par des facteurs psychologiques et sociaux.

III- Evaluation biopsychosociale du malade douloureux

Le premier contact avec un patient douloureux chronique peut être délicat du fait de l'agressivité de ce dernier, des sentiments de frustration et de mise en échec qui se dégagent de son discours. La relation est facilitée après avoir fait preuve d'empathie.

Eviter la consultation dans une atmosphère d'urgence, pour cela, il faut une disponibilité afin d'écouter et créer un climat de confiance. La difficulté réside dans la démarche d'explication au malade de collaborer avec le psychiatre ou le psychologue.

- **Antécédents personnels**

La majorité des douleurs est due à des événements traumatiques (abus sexuels...). Sont rapportés une foule d'événements qui paraissent peut être mineurs mais dont les conséquences sont dramatiques.

- **Antécédents familiaux**

Il s'agit de l'existence de famille de douloureux chroniques et la transmission de comportements douloureux dans ces familles.

- **Facteurs de stress**

Les individus soumis à un haut niveau de stress apparaissent prédisposés à certaines douleurs (myalgie, arthralgie, gastralgies, douleurs pré et per menstruelles).

- **Facteurs de personnalité**

Les troubles de la personnalité chez les personnes douloureuses chroniques sont plus fréquents que dans la population générale.

- **Facteurs cognitifs**

- **Les croyances du patient**

Ce sont des schémas interprétatifs qui conditionnent la perception qu'ont les patients de leur situation.

Evaluer 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 terme 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 ; de leur caractère obligatoirement irréversible, peur du fauteuil roulant ou d'évolution vers la paralysie, attente passive d'un soulagement qui ne peut qu'être d'origine médicamenteuse ou chirurgicales...

Ces croyances « erronées » ou considérées comme dysfonctionnelles du point de vue médical, sont des facteurs d'incapacité. Elles forment un véritable « barrage » chez le patient douloureux chronique. Lorsqu'elles sont méconnues du praticien, elles empêchent toute adhésion du patient à la prise en charge qui lui est proposée, alors que cette adhésion est le moteur de sa rééducation.

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, ces stratégies sont dites adaptées ou dysfonctionnelles.

- **La peur du mouvement ou l'évitement phobique**

La peur et l'évitement seraient fondés sur des conditions erronées concernant la douleur. 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.

IV- Conclusion

Eléments organiques, éléments psychiques, composants sensoriels, comportementaux et cognitifs, évènementiels, 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 de souffrance.

Ainsi, il n'est pas étonnant de constater l'errance médicale des patients douloureux, qui témoigne de cette dispersion et aussi d'une quête.

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, et donc rupture dans les capacités physiques ; au niveau relationnel aussi avec les ruptures familiales et amicales qui s'en suivent ; au niveau social et professionnel, 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'écouter, également qui se manifeste lorsqu'un lien de confiance peut 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.