

Prise en charge du patient douloureux chronique: du concept à la pratique

Stéphane Saillant

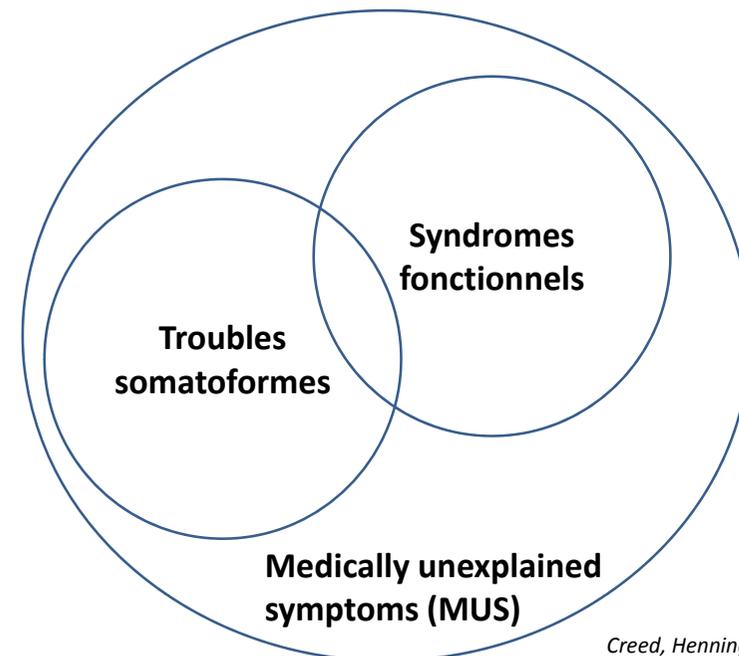
Centre d'urgences psychiatriques et psychiatrie de liaison



- ✓ De quelle douleur parle-t-on?
- ✓ Les allers-retours entre douleur et symptômes psychique
- ✓ Étiologie
- ✓ Concept de prise en charge et en pratique...

3 grandes familles

- Troubles somatoformes
 - Syndromes fonctionnels
 - Troubles dissociatifs (de conversion)
- } Symptômes
médicalement
inexpliqués
(MUS)



Troubles somatoformes

- trouble somatisation
- trouble hypochondriaque
- dysfonct. neurovégétatif somatoforme
- ***sd douloureux somatoforme persistant***
- trouble somatoforme indifférencié



Codes diagnostiques **psychiatriques**

Syndromes fonctionnels

- Fatigue chronique (neurasthénie)
- Colon irritable
- Fibromyalgie (sd douloureux somatoforme persistant)
- ...



Codes diagnostiques **somatiques**

5

Douleur aiguë

- ✓ Manifestation soudaine, brutale
- ✓ Interpelle
- ✓ Antalgie rapide
- ✓ Identifiée à une lésion
- ✓ Reconnue
- ✓ Prise en charge souvent rapide
- ✓ **Faiblement stigmatisée**

Douleur chronique

- ✓ Vague, mal systématisée, sourde
- ✓ Peu de lésions identifiables
- ✓ Faible taux de guérison
- ✓ Peu de crédibilité
- ✓ Manque de reconnaissance
- ✓ Arsenal thérapeutique limité
- ✓ **Fortement stigmatisée**

Impacts de la douleur chronique?

- ✓ Troubles du sommeil, perte de l'appétit, diminution du plaisir
- ✓ Impact émotionnel
- ✓ Fonctionnement social
- ✓ Vie professionnelle
- ✓ Aspects relationnels

Ce que l'on sait?

- **20-40%** des patients avec douleurs chroniques présentent les critères d'un épisode dépressif majeur

Smith 1992

- **50%** des patients dépressifs présentent des douleurs

Demyttenaere 2006

Effets de la dépression chez le patient douloureux...

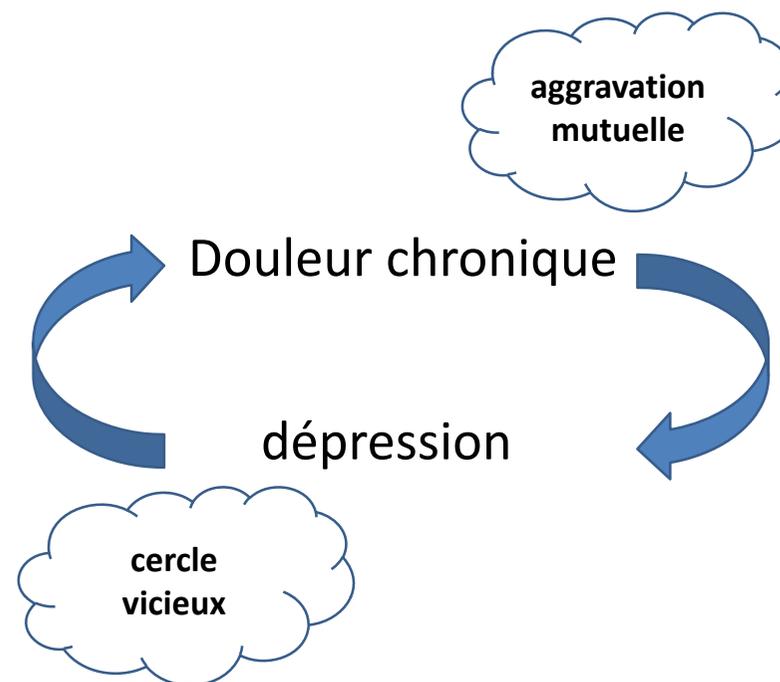
- ✓ Augmentation de l'intensité, du nombre et de la durée des symptômes douloureux
- ✓ Augmentation des limitations fonctionnelles
- ✓ Augmentation de l'absentéisme
- ✓ nombre de consultations et d'examen
- ✓ Moins de réponses aux traitements antalgiques

Bair 2003

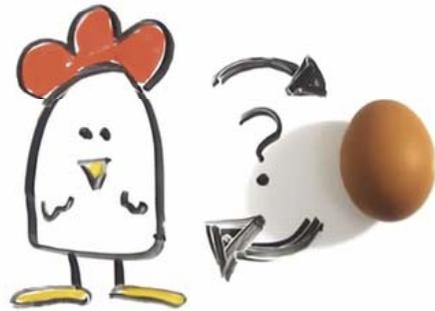
... et effets de la douleur chez les dépressifs

- ✓ Sévérité de la dépression corrélée à la sévérité de la douleur
- ✓ Pénalise la symptomatologie dépressive
- ✓ Mauvais pronostic de la dépression
- ✓ Augmentation du risque suicidaire

Kroenke 2008



"THE CHICKEN -OR- THE CHICKEN EGG"



« L'œuf ou la poule? »

La douleur chronique précède d'avantage la dépression que la dépression est responsable de la douleur.

Fischbain 1997

Douleur: symptôme dépressif?

Hypothèse de la **dépression masquée**, d'un **équivalent dépressif**.

= manifestation somatique d'une problématique psychique

« *L'expression d'une souffrance intra-psychique ou psychosociale dans un langage de plaintes corporelles.* »

Lipowski 1990

Somatisation?

« (...) les douleurs chroniques médicalement inexplicées sont considérées comme le mode de somatisation le plus fréquent dans les sociétés occidentales. »

Allaz A.-F., Le messenger boiteux: approche pratique des douleurs chroniques, Genève, Médecine et Hygiène, 2003.

✓ Somatisation est souvent **comorbide** avec la dépression

Cadre conceptuel

- ✓ Étiologie **multifactorielle**
- ✓ **Modèle/concept** versus diagnostics
- ✓ **Continuum** entre sensations et symptômes
- ✓ Prédisposition héréditaire *Fink 2000*

Modèle intégratif « complexe »

- ✓ *Bénéfices* primaire/secondaire:
le sens du symptôme?
- ✓ Modèle de la *dépression masquée*
Blumer 1982, Smith 1992
- ✓ Symptôme ou douleur *anti-souffrance* *Guex 1986*
- ✓ *Impuissance acquise*

Amplification somatosensorielle

(Barsky and al.1990, James 1989, Miller 1984) :

- Focus sur les perceptions somatiques
- Augmentation de l'intensité de perception
- Rôle remis en cause de récentes études

« *Body scanning* » *(Hausteiner 2009, Rief 1998):*

- Tendance au contrôle des parties du corps
- Réduction des activités sociales et occupations
=> ↑de amplification

Surinterprétation des symptômes corporels

(Barsky and al. 1990):

- ✓ Interprétation faussée des sensations
- ✓ Croyances catastrophiques

Explications de la maladie (Groben 2011, Rief 2004):

- ✓ Pas d'explication monocausale
- ✓ Explication psy fréquente
- ✓ Handicap proportionnel à l'explication psy

Comportement-maladie

(Mechanic 1992)

« Constatation que la reconnaissance d'une maladie va légitimer pour le patient un retrait temporaire des obligations personnelles, sociales et professionnelles, et justifier des demandes d'aide (...). »

AF Allaz, *Le messenger boiteux*, 2003.

- ✓ Moyen de communication pour convaincre le soignant de la gravité de son état
- ✓ Besoin de reconnaissance de sa souffrance
≠ manipulation!

21

Psychopathologiquement...

- ✓ Régression et déresponsabilisation du patient
- ✓ Absence de corrélation entre gravité objective du traumatisme et le vécu subjectif
- ✓ Actualisation de problématiques psychiques antérieures ou latentes
- ✓ Événement traumatique initial (surtout dans la douleur chronique)

Facteurs de causalité

3 types:

- ✓ *prédisposants*
apprentissage développementaux, génétique, personnalité, socio-culturels
- ✓ *précipitants*
événements de vie, deuil, maladie, blessure, rupture relationnelle
- ✓ *de maintien*
prédisposition individuelle, interactions complexes familiales et avec le personnel soignant

Kellner 1986, Lipowski 1986

PRISE EN CHARGE GLOBALE DU PATIENT



Importance de la **relation** médecin-patient,
empathie et soutien du médecin au patient

Epstein 2007 & Rosendal 2005 & Salmon 1999, 2007

Les incontournables

Le patient a besoin de:

- ✓ *Non-jugement*
- ✓ *Écoute*
- ✓ *Compréhension*

Relation thérapeutique

- ✓ Evaluation initiale **minutieuse!**
- ✓ Questions ouvertes
- ✓ Etre neutre et curieux
- ✓ Empathie (feedback émotionnel)
- ✓ Faciliter
- ✓ Résumer (répéter, reformuler, interpréter)
- ✓ Garder le focus de l'entretien

⇒ **Reconnaitre et légitimer** la douleur!

« Pièges »

- ✓ Interprétation *sauvage*:
« *Vous avez mal parce que vous avez eu des problèmes avec votre mère dans l'enfance* »
- ✓ Dichotomie somatique/psychiatrique:
« *vous n'avez rien de somatique, c'est dans la tête* »
- ✓ Simplification de la situation:
« *C'est clairement cette maladie qui vous fait souffrir.* »
« *Avec ce traitement, vous aurez moins mal* »

« Pièges »

✓ **Confronter** le patient:

« *Vous ne vous rendez pas compte qu'il n'y a rien de physique dans vos douleurs!* »

✓ **Argumenter** le symptôme:

« *Vous n'avez pas vraiment mal, ou bien?* »

Niveaux d'interventions

5 niveaux de prise en charge:

✓ Pharmacothérapie **périphérique**

✓ Pharmacothérapie **centrale**

✓ Interventions **comportementales actives**

✓ Interventions **physiques passives**

✓ Actions pour **changer le comportement du médecin**

Henningsen and al. Lancet 2007

30

Prendre soin de soi

Approches **pharmacologiques**:

⇒ Amélioration symptômes particuliers

Approches **non-pharmacologiques**:

⇒ Amélioration du fonctionnement global

Henningsen and al. Lancet 2007

✓ Jamais travailler seul avec ces patients:
s'entourer, réseau

✓ Ne pas attendre de miracle ni de guérison

✓ Attentes réalistes et « bas seuil »

✓ Soutien du praticien: supervision, Balint, etc...

31

Aménager l'agenda

Patients difficiles, donc...

- ✓ Régularité des RV: plutôt 2 RV brefs qu'1 long
- ✓ Suffisamment de **temps**
- ✓ Éviter heures de *faiblesse* (12h, fin journée)
- ✓ 1 thème par consultation
- ✓ Évaluation régulière de la sphère psycho-sociale
- ✓ Valoriser les efforts et les aspects fonctionnels du patient

Le psy...

Ne **pas référer trop vite** au « psy »:

- ✓ Les patients n'y vont pas
- ✓ Les « psy » souvent mal à l'aise avec ce type de patient

Préférer:

- ✓ Cabinet de groupe dont un « psy »
- ✓ Consultations conjointes
- ✓ Consilium en l'absence du patient



Merci de votre attention!

Stephane.Saillant@cnp.ch