

## COMPRENDRE ET FAIRE FACE À LA DOULEUR CHRONIQUE

BRIGITTE MOTHE<sup>\*\*</sup>, MICHÈLE MONTREUIL<sup>\*\*</sup>

*Abstract.* Chronic pain is now considered as a multidimensional disease with various components: sensory, emotional, behavioural and cognitive. Given the limitations of medical and surgical treatments, the psychological approach occupies an important place. Psychologists and psychiatrists are especially interested in the role played by the affective-emotional component of pain. They will take into account the psychological aspects of patients with chronic pain, especially when they are directed to specific structures responsible for assisting in the relief.

La douleur occupe en médecine une place centrale et constitue un phénomène fascinant et même, à bien des égards encore, une énigme (Melzack, 1973; Violon, 1992).

Les raisons de cette fascination tiennent majoritairement au fait que la douleur se définit comme un vécu subjectif. «Il y a douleur dès que le malade le déclare». Ce préalable de «croire» le patient, dès lors qu'il signale une douleur, est donc indispensable. Hélas, l'application de cette recommandation est souvent aléatoire. Le soupçon de simulation reste en effet très présent dans l'esprit des professionnels, notamment en l'absence de lésion objectivable. Cette suspicion s'appuie d'ailleurs largement sur l'idée que l'expression prolongée d'une symptomatologie douloureuse, sans cause décelable, serait associée à la recherche de bénéfices financiers (sinistrose) ou affectifs (difficultés relationnelles).

La prise en charge médicale de la douleur différencie traditionnellement les douleurs aiguës des douleurs chroniques. Ces dernières sont mal connues du grand public, des patients et même encore trop souvent des professionnels de santé.

En effet, la conception classique de la douleur s'apparente à la rage de dents. Dans ce modèle, la douleur est forcément aiguë et limitée dans le temps, elle constitue un signal d'alarme utile, car elle est le signe d'une pathologie sous-jacente. Un traitement approprié, médical ou chirurgical est alors mis en route et doit faire disparaître le mal en même temps que la cause qui l'a engendrée.

Le processus relatif à la douleur chronique est, quant à lui, différent. En effet, la douleur, lorsqu'elle est définie comme chronique, semble avoir perdu sa fonction d'alarme. Elle persiste au-delà de la cause qui l'a engendrée et se prolonge dans le temps, alors que, dans de nombreux cas, le praticien n'a constaté aucune lésion objective. La douleur chronique, à l'opposé de la douleur aiguë, n'est plus le symptôme d'une maladie touchant le corps, elle est la maladie elle-même (Boureau, 1988).

\* Unité de Traitement de la Douleur, Centre Hospitalier de Gueret.

\*\* Laboratoire de Psychopathologie et de Neuropsychologie, Université Paris 8, Saint Denis, FRANCE. michele.montreuil@univ-paris8.fr

La douleur chronique est médicalement définie comme: douleur rebelle aux traitements antalgiques usuels et évoluant depuis au moins 6 mois (circulaire de la Direction Générale de la Santé, 1994).

Cette douleur/maladie constitue un problème majeur de santé publique. En effet, 20% de la population générale en souffre. Il s'agit le plus souvent de lombalgies, de douleurs abdominales ou pelviennes, de céphalées, de douleurs musculaires diffuses ou de fibromyalgie (Radat, 2003).

Les personnes souffrant de douleurs chroniques posent au corps médical, des problèmes de soulagement particulièrement difficiles à résoudre. Aussi, leurs médecins traitants peuvent-ils faire appel à des structures de prise en charge spécifiques. Il s'agit de consultations, en centres spécialisés dont le nombre actuel en France serait de 295, en 2008, selon les estimations de la Société Française d'Étude et de Traitement de la Douleur.

Dans le contexte de la douleur chronique, l'efficacité des traitements médicaux et chirurgicaux est limitée. C'est pourquoi les méthodes psychologiques dominent de plus en plus l'approche multidisciplinaire de l'évaluation, de la gestion et de la rééducation des patients souffrant de douleur chronique bénigne.

### **1. PRENDRE EN COMPTE LA DIMENSION PSYCHOLOGIQUE DE LA DOULEUR CHRONIQUE**

La douleur n'est pas, à l'instar de la température ou de la pression artérielle, un paramètre physique mesurable. Chaque individu a un seuil de tolérance, aux perceptions physiques et à la douleur, qui lui est propre.

La seule connaissance que nous ayons de la douleur d'autrui vient de ce qu'il en communique. L'homme qui souffre est donc l'homme qui dit souffrir, avec éventuellement des expressions de type neuro-végétatif (larmes, rougeur, pâleur, sudation) et moteur (grimaces, palpations, frottements) (Violon, 1992).

À cela s'ajoute la question de l'intrication entre douleur physique et douleur morale. Or, elles peuvent nécessiter des prises en charge différentes.

Comme nous l'avons déjà évoqué, la douleur chronique a des caractéristiques différentes de la douleur aiguë, tant au niveau de son utilité en tant que signal d'alarme, de sa nature, de sa durée et donc finalement de sa prise en charge thérapeutique.

Les exemples concrets de ces douleurs déconcertantes abondent et nous allons en citer quelques-uns.

La relation douleur-lésion qui semble si évidente pour le bon sens est un leurre. Ainsi, la fibromyalgie, les céphalées de tension, les migraines, les névralgies du trijumeau et la majeure partie des douleurs lombalgiques constituent les exemples même de ces douleurs sans lésion observable.

Dans d'autres cas si une lésion existe, les douleurs peuvent sembler disproportionnées au regard de la localisation ou de l'étendue apparente de la blessure. C'est le cas pour les coliques néphrétiques dans lesquelles l'expulsion d'un calcul rénal se révèle atrocement douloureuse alors qu'elle se produit dans une zone faiblement innervée. C'est aussi l'exemple de l'avulsion du plexus brachial dans un accident de moto (Melzack et Wall, 1989).

Dans un autre cas de figure, la persistance, voire l'aggravation de douleurs après guérison, va à l'encontre de toute explication physiologique et choque le bon sens (Violon, 1992). Des atteintes des nerfs périphériques dans les bras ou les jambes, résultant de divers traumatismes, peuvent ainsi engendrer sur le long terme diverses douleurs à type de crampes (Violon, 1992).

Des blessures légères, telles que des coupures superficielles, piqûres d'épine, entorses ou cicatrices post-opératoires peuvent susciter des douleurs intenses, en jouant le rôle de lésion déclenchante.

Il n'y a donc pas toujours de lien causal entre la douleur et la maladie, au sens classique du terme. La maladie peut exister sans douleur et la douleur sans maladie.

Il n'existe pas de lien systématique entre le degré d'atteinte corporelle et l'intensité de la douleur. Le vécu psychologique d'un individu permet de moduler, non seulement, sa perception de l'effet du stimulus nociceptif mais aussi sa réaction à la douleur. Par exemple, les sensations douloureuses post-opératoires sont très amoindries si les patients ont été préparés psychologiquement (Violon, 1992). C'est le cas, aussi, dans les analgésies épisodiques observées chez des soldats sur le champ de bataille, chez des sportifs en compétition ou même chez certains patients qui arrivent dans les services d'urgence (Melzack et Wall, 1989).

Le vécu psychologique de l'individu fait référence au contexte de survenue de la douleur, à l'importance et à la signification qui lui est accordée, à la nature des souvenirs en mémoire relative aux expériences douloureuses antérieures, et à la capacité de comprendre la cause de la douleur et d'en saisir les conséquences (Violon, 1992). C'est pourquoi, les experts médicaux, chargés de statuer, sur une éventuelle incapacité de travail, en lien avec les douleurs chroniques, sont amenés à prendre en compte des facteurs individuels tels que l'estime de soi, le degré de satisfaction et de motivation professionnelle ainsi que le désir de compensation financière.

L'expérience éminemment personnelle de la douleur est également modulée par l'apprentissage culturel. Il débute très tôt, par l'influence profonde des attitudes parentales face aux plaintes exprimées par leur enfant. Ainsi, l'expérience infantile de la douleur va être concomitante de deux autres expériences, celle de l'aide et du soutien ainsi que celle de la punition (Rappard, 1997). Cet aspect culturel se trouve également en lien étroit avec les rites sociaux de la collectivité dans laquelle vit l'individu.

Ces rappels permettent de saisir l'importance d'une approche biopsychosociale de la douleur.

## 2. L'ÉVOLUTION DE LA CONCEPTUALISATION DE LA DOULEUR CHRONIQUE.

La façon de concevoir l'influence des processus psychologiques sur la douleur a, bien sûr, considérablement évolué, au fil du temps. Elle s'est traduite par la prise en compte d'autres composantes, qui lui sont plus ou moins directement liées.

Il fut en effet une époque où «une classification dichotomique opposait, d'un côté, les douleurs dites somatiques ou organiques et, de l'autre, les douleurs dites psychologiques» (Lazorthes, 1993). Ainsi, toute plainte douloureuse ne pouvant être directement rapportée à une réelle lésion tissulaire ou nerveuse était considérée comme relevant de la psychiatrie.

Lorsque Melzack et Wall ont démontré que la relation douleur-lésion pouvait considérablement varier. Il a, alors, été admis que la douleur comprenait deux composantes, l'une sensorielle et l'autre affective (Lazorthes 1993; Boureau et Doubrère, 1988).

La théorie du Gate Control, proposée en 1965 par Melzack et Wall, réactualisée en 1968 par Melzack et Casey, puis enrichie par le psychiatre G.L. Engel (1977) a débouché sur une conceptualisation de la douleur comme expérience subjective complexe. Elle intègre différentes composantes, c'est un modèle nommé *biopsychosocial* (Radat, 2003; Gay *et al.*, 2002; Goodall, 2004).

Dans ce modèle, les facteurs biologiques, psychologiques et sociaux de la maladie interagissent entre eux sur un mode de causalité *circulaire*. Cette conceptualisation complète le modèle biomédical traditionnel. Le modèle biomédical est fondé sur une causalité dite *linéaire*. Il reste le plus performant, lorsqu'il s'agit de donner une réponse appropriée à l'origine d'un trouble et à l'urgence de la douleur aiguë.

En revanche, lorsque la douleur devient chronique, il est nécessaire de prendre en compte des facteurs psychologiques et sociaux.

Cependant, tout comme le fait de «croire» le malade lorsqu'il signale sa douleur, la prise en compte du modèle biopsychosocial peine à s'affirmer dans la pratique courante. La médecine a tendance à négliger le contexte socio-économique, la culture et la personnalité du patient, ainsi que le sens personnel qu'il peut donner à ses troubles, en reléguant ces facteurs dans le champ de la psychologie et de la psychiatrie.

Au plan théorique, la douleur est actuellement considérée comme une maladie multidimensionnelle, comprenant diverses composantes: sensori-discriminative, affectivo-émotionnelle (appelée aussi parfois motivationnelle-affective) et cognitivo-comportementale (ou encore cognitive-évaluative). La *composante sensori-discriminative* correspond aux mécanismes neurophysiologiques et a trait à ce que le patient sent, relativement à la localisation, la qualité, l'intensité et la durée du stimulus nociceptif. La *composante affective-émotionnelle* a trait à ce que ressent le patient quant à la connotation désagréable et pénible rattachée à la perception. La *composante comportementale* recouvre l'ensemble de manifestations observables telles que l'expression motrice (postures, attitudes antalgiques, immobilité ou agitation), verbale

et les éventuels retentissements neurovégétatifs. La *composante cognitive*, enfin, concerne plus particulièrement les phénomènes d'attention-distraktion, la signification et l'interprétation que le sujet donne de la situation présente ainsi que la référence à des expériences passées vécues ou observées.

Ces quatre dimensions, qui devraient systématiquement être évaluées par les cliniciens avant la mise en place des traitements, seraient régulées par des systèmes physiologiques centraux spécifiques. C'est ainsi par exemple, que «le puissant moteur émotionnel et l'affect désagréable, si caractéristique de la douleur relèveraient des structures réticulaires et limbiques, elles-mêmes stimulées par des systèmes spinaux de transmission lente» (Melzack).

De surcroît, au sein de la composante sensori-discriminative elle-même, les professionnels médicaux de la douleur ont généralement l'habitude de faire une première distinction entre deux types de douleur, très différentes, et qui, pour eux, conditionnent leurs prescriptions médicales. Ils distinguent, d'une part, les douleurs par excès de nociception qui concernent les messages douloureux dans un système nerveux intact. En rhumatologie, par exemple, il s'agit d'arthrite, d'arthrose, de fractures et de tendinites. D'autre part, les douleurs neuropathiques sont plus souvent d'origine périphérique et concernent les compressions nerveuses prolongées (sciatalgie ou autre radiculalgie) ainsi que les séquelles après une cure chirurgicale (sciaticque chronique après exérèse discale).

La douleur ne devrait donc plus être présentée comme un symptôme, sa conceptualisation actuelle étant beaucoup plus sophistiquée.

Cependant, la proposition de remplacer la notion de «symptôme» par celle de «syndrome douloureux chronique» (SDC), développée en 1988 par Boureau et Doubrère, n'a pas forcément fait l'unanimité, notamment du côté des praticiens se référant essentiellement aux théories psychanalytiques (Ferragut, 1994).

### 3. L'APPORT DES CENTRES ANTI DOULEUR EN FRANCE

En termes de santé publique, le coût de la douleur chronique a grandement contribué à la création des premières cliniques spécialisées (pain clinics) dans les années 1936–1946. Elles sont donc apparues de façon concomitante, au Canada, au Danemark, au Japon, en Australie et aux Etats-Unis (Serrie, 2002; Eizembaum *et al.*, 1988). Cette initiative fut, pourtant, d'abord un échec car, la douleur était seulement appréhendée de manière unidimensionnelle, ce qui limitait les propositions thérapeutiques.

Il fallut donc attendre 1961 pour que Bonica, anesthésiologiste et White, neurochirurgien, initient l'ouverture de la première clinique fonctionnant sur un mode pluridisciplinaire. Et c'est grâce aux efforts de ces deux pionniers que la pluridisciplinarité et l'approche globale du patient sont devenues les deux fondements incontournables des structures anti douleurs, au moins sur la plan des

directives. En effet, dans la pratique, les contraintes tant budgétaires que de démographie médicale mettent souvent ces fondements en difficulté (Large et Richard, 1997; Boureau *et al.*, 2002).

En France, le développement de consultations spécialisées dédiées au traitement de la douleur a primitivement été évoqué dans la circulaire du 26 août 1986, relative à l'organisation des soins et à l'accompagnement des malades en phase terminale.

La prise en charge de la douleur chronique rebelle a été finalement mise en place de façon officielle le 7/01/1994. La circulaire spécifique indique que cette prise en charge doit s'appuyer sur des structures spécialisées dans l'évaluation et le traitement de la douleur. Celles-ci sont clairement définies dans une seconde circulaire, de 1998, qui identifie trois types principaux de structures pluri-disciplinaires. Il s'agit de consultations, d'unités (avec consultations et possibilité d'hospitalisation) et enfin de véritables Centres d'Evaluation et de Traitement de la Douleur (CETD). Comme les unités de traitement de la douleur, ces derniers offrent la possibilité de consultations et d'hospitalisations, avec des missions supplémentaires d'enseignement et de recherche sur le thème de la douleur.

Ce dispositif prévoit également que le personnel de ces structures spécialisées inclue différents spécialistes: somaticiens: anesthésiste, médecin interniste, pédiatre, neurochirurgien, neurologue, oncologue et rhumatologue. La présence obligatoire d'un psychiatre est également requise. Cette disposition s'est cependant heurtée au déficit chronique de psychiatres (Boureau *et al.*, 2002.).

Le rôle de ces centres ne concerne pas seulement le traitement de la douleur chronique mais bien toutes les formes de douleur comme celles du cancer, de la fin de vie et les douleurs post-opératoires.

D'un centre à l'autre, des différences de fonctionnement peuvent exister. Certains sont davantage tournés vers les traitements somatiques et d'autres vers les traitements comportementaux (Large et Richard, 1997).

Dans la pratique quotidienne, les consultations en centres de la douleur doivent intervenir quand les douleurs deviennent réellement invalidantes et rebelles aux antalgiques usuels. Il s'agit alors de douleurs soit permanentes (douleurs cancéreuses, algies post-zostériennes, céphalées de tension), soit paroxystiques, mais répétitives (névralgie faciale, algie vasculaire de la face...). Elles doivent aussi représenter pour le patient l'essentiel de sa maladie et s'accompagner de retentissement psychologique (Serrie, 2002). Le dossier médical est étudié avant d'obtenir un rendez-vous, dans un délai qui s'étend généralement de trois à six mois.

Les conditions impératives d'étude du dossier médical ont pour but de restreindre l'accès à ces structures, compte tenu de l'afflux de demandes, qui ne sont pas toujours légitimes. Le nombre de ces structures reste, cependant, insuffisant, en dépit de la nette augmentation de leur nombre. Il semble que le succès toujours grandissant de ces consultations spécialisées soit, aussi, en lien

avec un rejet fréquent par les structures médicales classiques, de ce type de patients réputés difficiles à traiter.

#### 4. PSYCHOLOGIE DU PATIENT DOULOUREUX CHRONIQUE

Comme nous l'avons déjà évoqué, une première classification avait, initialement, opposé les douleurs somatiques aux douleurs psychologiques appelées, aussi, douleurs «psychogènes». En l'absence de lésion tissulaire ou nerveuse objectivable, toute plainte douloureuse se trouvait, alors, transférée à la seule prise en charge psychiatrique.

Ce transfert explique que nous trouvons dans la littérature des recherches sur l'existence d'un profil de personnalité spécifique chez les patients douloureux chroniques. Cette idée s'appuie essentiellement sur le postulat que les patients douloureux chroniques recherchent des bénéfices secondaires. Selon cette hypothèse, la douleur servirait de protection pour éviter d'avoir à répondre aux contraintes de la vie quotidienne et obtenir de nouvelles formes de gratification. Les résultats de ces études n'ont pas permis de dégager des données significatives quant à l'existence d'un profil spécifique dans la population de patients douloureux quel que soit le type de douleur chronique dont ils souffrent (Rappard, 1997). Cette approche a même finalement été jugée assez peu cohérente même si certains praticiens poursuivent cette voie de recherche.

Nous avons vu précédemment que la composante affective-émotionnelle concerne essentiellement la connotation pénible rattachée à la perception douloureuse. Or cette émotion est susceptible de se prolonger vers des états affectifs plus différenciés tels que la dépression et l'anxiété.

La dépression reste le critère psychiatrique le plus souvent posé dans le diagnostic et le traitement de la douleur chronique. Les quelques études longitudinales sur la dépression chez le douloureux chronique ont montré, que la plupart du temps, la dépression apparaît après la douleur plutôt qu'elle ne la précède (Romano et Turner, 1985; Brown, 1990). La dépression peut se transformer en désespoir, face au constat réel ou imaginaire d'incurabilité. Des douleurs prolongées et incurables sont même susceptibles de conduire des patients au suicide (Melzack et Wall, 1989).

Un trouble dépressif majeur serait ainsi mis en évidence chez au moins 18% de patients douloureux chroniques. Selon d'autres auteurs, pour qui ce trouble est apparu secondairement à la douleur, ce pourcentage serait plus élevé: 26% (Turner et Romano, 1984), voire même 50% (Boureau *et al.*; Robin *et al.*, 2003).

Le processus affectif en jeu dans la douleur apparente souvent la perception sensorielle issue d'une lésion tissulaire à une menace ou à une vive inquiétude (Rappard, 1997). Or, il a été déjà constaté que l'anxiété abaisse le seuil de perception de la douleur (Bronzo et Powers, 1967; Malow, 1981).

L'anxiété est induite autant par les caractéristiques de la douleur elle-même (intensité, durée) que par les conséquences entrevues: risque vital, menace pour la santé, incertitude diagnostique, perte d'autonomie, incurabilité... Elle peut s'exprimer tant sur un registre psychique que somatique (Serra, 1999).

La douleur chronique est plus généralement associée à la dépression et la douleur aiguë à l'anxiété (Violon, 1992; Pélicier, 1990). Il apparaît que la coexistence anxiété-douleur est sous-estimée, dans le cadre de la douleur chronique. Selon certains auteurs, elle serait pourtant plus fréquente que l'association dépression-douleur (Serra, 1999).

Une recherche réalisée par Brocq *et al.* (2000) chez des patients douloureux chroniques ne met pas en évidence de profil de personnalité pathologique. Mais les entretiens cliniques réalisés témoignent d'une angoisse résiduelle importante, liée à des événements de vie traumatisants.

De nombreux patients lombalgiques évitent de se mouvoir et se retrouvent de ce fait très invalidés. En fait, leur comportement est en lien direct avec leur anxiété de voir augmenter leurs douleurs s'ils se mettent en mouvement (Violon, 2006).

Tout comme la dépression, l'anxiété peut bien entendu être modulée par plusieurs paramètres, tels que les circonstances d'apparition du stimulus nociceptif, l'attention et la signification qui lui sont accordées.

##### 5. DANS QUEL ÉTAT D'ESPRIT LES PATIENTS SE PRÉSENTENT-ILS À LA CONSULTATION DOULEUR?

Il arrive que leur attitude soit ambivalente, voire hostile, notamment s'ils craignent que le médecin ou le psychiatre ou le psychologue ne croit pas à leur douleur. Un grand nombre de patients rapportent en effet avoir déjà entendu des réactions du style: «C'est dans la tête, allez voir un psy...», y compris de la part de membres du corps médical. En réaction à ce type de propos, Queneau et Ostermann (2004) rapportent de leur côté quelques exemples de phrases prononcées par les malades douloureux: «Docteur, il faut me croire, j'ai mal. J'ai vraiment mal. Et surtout ne me dites pas vous aussi que j'invente»... «On nous répète que le mal est psychologique, une façon moderne et fausse de dire qu'il est imaginaire... de façon bien plus savante, on nous jette à la figure qu'il est «psychosomatique».

Cet écueil, déjà évoqué dans notre introduction, est de toute façon souvent souligné.

En effet, s'il n'y a pas de reconnaissance que la douleur est bien réelle, toute autre évaluation et tout traitement est impossible. Une absence d'accord entre patient et soignant est source de malentendus, de réactions agressives, d'anxiété, voire d'angoisse face à l'inattendu, à l'inconnu et au non-maîtrisable. (Cedraschi *et al.*, 1998).

Le temps de l'évaluation de la douleur peut constituer un sujet de désaccord, par exemple, si, le thérapeute suspecte une exagération des douleurs en lien avec l'arrêt de l'activité professionnelle. Ainsi, dans le domaine des lombalgies, la



notion de simulation provoque un débat souvent plus passionnel que scientifique (Cedraschi *et al.*).

Il arrive, donc, que la communication malade et médecin se révèle parfois difficile, face au risque d'une double culpabilité: échec du médecin et du patient quant à leurs attentes respectives, risque de rejet mutuel, avec une impasse relationnelle totale, parfois irréversible. (Laurent, 2001; Ostermann et Queneau, 2004).

Une fois que les patients sont rassurés sur le fait que l'on «croit» réellement à l'existence de leur douleur, une autre difficulté peut surgir. Lorsqu'ils sont convaincus d'une étiologie organique, ils croient que cette douleur persistante (qui dure depuis déjà plusieurs mois) témoigne d'un processus pathologique évolutif susceptible d'empirer (Dousse, 1994; Boureau *et al.*, 1997). Ils s'acharnent, alors, à demander des explorations supplémentaires, afin d'arriver à mettre en évidence une cause physique (Boureau *et al.*, 2002).

Or, ils reçoivent, souvent, des avis successifs discordants ou bien les résultats des examens complémentaires sont qualifiés de «négatif», laissant entendre que l'origine de la douleur reste mystérieuse puisque «non visualisée». La revendication fait donc place à l'incertitude et au désarroi (Pélicier, 1990). En effet, les patients «sont insuffisamment préparés pour comprendre que leur douleur n'a pas une causalité unique, qu'elle soit médicale, psychologique ou autre» (Boureau *et al.*, 2002).

La difficulté de soulagement de ces patients, déjà inhérente à la nature même de la douleur chronique rebelle, est de surcroît susceptible d'être majorée par l'effet pervers d'une focalisation médiatique généreuse. Les messages véhiculés de façon naïve par les médias sont la non-fatalité de la douleur, le droit de ne plus souffrir, l'hospitalisation sans douleur et enfin les prescriptions de morphine comme traitement de toute douleur (Boureau *et al.*, 2002; Allaz, 2004). Les progrès de la médecine, régulièrement commentés dans les médias, rendent, en effet, de plus en plus difficilement acceptables les limites des thérapeutiques face à la douleur (Eizembaum *et al.*, 1988).

## 6. CHANGER LE REGARD DES SOIGNANTS, CRÉER UNE ALLIANCE THÉRAPEUTIQUE

La prise en charge globale des patients exige autant de la disponibilité et de la motivation que des connaissances médicales et psychologiques relatives à la personne souffrant de douleur chronique.

Des étiquettes psychiatriques sont susceptibles d'être utilisées de façon abusive, avec la suspicion que les patients simulent leur douleur (Allaz *et al.*, 1998).

Les comportements des malades les moins bien supportés par les soignants sont, généralement, les plaintes, la résignation ou la revendication qui confrontent souvent le soignant à ses limites.

Face à ces patients qui ont, souvent, connu errements diagnostiques et échecs thérapeutiques, les médecins reconnaissent vivre une situation particulièrement difficile et inconfortable (Ostermann et Queneau, 2004), car la rudesse de l'épreuve met à mal l'idéal et la toute puissance thérapeutique.

Le travail clinique dans la cadre de la douleur chronique est reconnu pour être source certes de brillants succès, mais également d'échecs répétés qui mettent les praticiens dans l'impasse (Ferragut, 2001).

Si le thérapeute (somaticien ou psy) et le patient se fixent pour objectif la complète guérison, la prise en charge se terminera inévitablement par un abandon générant l'incompréhension du malade. À l'inverse, la proposition directe d'une approche «palliative» ou celle demandant au malade d'accepter la situation en faisant le deuil de sa guérison lui paraît carrément illogique (Boureau *et al.*). Cette proposition figure pourtant bien dans la circulaire de 1994 qui, de fait, stipule qu'en cas d'insuccès partiel ou total, il faudra apprendre au malade à vivre avec sa douleur.

La prise en charge de la part affective et émotionnelle de la douleur chronique ne va donc pas de soi. Les patients refusent la part psychologique qui participe à leurs symptômes et attendent essentiellement un geste technique qui les soulage (Allaz, 2004; Dousse, 1994). Si les patients sont réticents à une approche psychologique de leurs symptômes, les praticiens craignent de ne pas suffisamment cerner le poids de la participation psychologique à ces mêmes les symptômes. Ils se trouvent embarrassés en constatant que les malades mettent à l'écart un pan entier participant à la compréhension de la douleur. Parallèlement, les patients exercent une forte pression pour obtenir un soulagement complet (Allaz, 2004).

Les patients douloureux ne semblent pas toujours bien comprendre la notion de composante psychique de la douleur, ils se sentent jugés, accusés ou rejetés (Stenger, 1992; Radat, 2003).

Les praticiens ont, donc, des difficultés à faire accepter une rencontre avec un psychiatre ou un psychologue. Il s'avère indispensable d'expliquer au patient que l'objectif de la rencontre n'est pas de rechercher une cause d'origine psychique mais d'évaluer le retentissement psychologique de la douleur (Boureau, 2002). L'explication et l'acceptation des différentes composantes impliquées dans la douleur chronique reposent sur une alliance thérapeutique de qualité, basée sur la confiance mutuelle, entre le praticien et le patient. C'est à cette seule condition que le patient pourra accepter une prise en charge multidisciplinaire.

#### BIBLIOGRAPHIE

- ALLAZ A.-F., PIGUET V., DESMEULES J. (1998). Bénéfices d'une approche conjointe somaticien-psychiatre dans une consultation de la douleur. *Douleur et Analgésie*, 2, 87-90.
- ALLAZ A.-F. (2004). Aborder la notion de syndrome douloureux chronique avec le patient: savoir gérer les conséquences psychologiques. *L'Observatoire de la Douleur*, avril 2004, n° 17, 13-16.

- BENEZECH J.-P. (2002). Quelques traits de la personnalité du patient douloureux chronique à intégrer à nos pratiques. *Douleurs*, 3, 3, 137–139.
- BOUREAU F. et DOUBRERE J.-F. (1988). Le concept de douleur. Du symptôme au syndrome. *Douleur et analgésie*, 1, 11–17.
- BOUREAU F., LAURENT B. et KRAKOWSKI I. (2002). Les structures d'évaluation et de traitement de la douleur chronique rebelle: quel bilan? Quelles orientations? *Douleur et analgésie*, 4, 215–222.
- BROcq H., MANNONI P., BONARDI C. et MEMRAN N. (2000). Déplacement de la plainte du malade du trouble organique au traitement médical. *Douleur et analgésie*, XIV, 2, 113–114.
- BRONZO A.J. and POWERS G. (1967). Relationship of anxiety with pain threshold. *The Journal of Psychology*, 66, 181–183.
- BROWN G.K. (1990). A causal analysis of chronic pain and depression. *Journal of abnormal psychology*, 99, 127–137.
- CEDRASCHI C., ALLAZ A.F. et PIGUET V. (1998). Le rôle des représentations de la maladie et de la douleur dans la relation patient-thérapeute. *Douleur et analgésie*, 2, 91–95.
- CIRCULAIRE DGS/DH n° 94–3 du 7 janvier 1994 relative à l'organisation des soins et la prise en charge des douleurs chroniques.
- CONSTANTIN-KUNTZ M. et DOUSSE M. (2009). Pluridisciplinarité dans les structures douleur: état des lieux et perspectives. *Douleur et analgésie*, 22, 3, 175–185.
- CRAIG K.D. (2006). Emotions and psychobiology, in Wall P.D. and Melzack R., *Textbook of pain*. London, Churchill Livingstone, Elsevier, Eds McMahon S.B. and Kolitzenburg M., 669–681.
- DOUSSE M. (1994). Approche psychologique du patient douloureux chronique, in Serrie A. et Thurel C., *La douleur en pratique quotidienne*. Paris, Arnette, 145–149.
- EIZEMBAUM J.-F., KERAVAL Y., MONFORT J.-C. (1988). Envoi vers une consultation de la douleur, in Boureau F., sous la direction de – *Pratique du traitement de la douleur*. Paris, Doin, 255–263.
- ENGEL G.L. (1977). The need for a new medical model: a challenge for biomedicine. *Science*, 8 April 1977, 196, 4286, 129–136.
- FERRAGUT E. (1994). Prise en charge psychologique du patient douloureux chronique, in Serrie A. et Thurel C., *La douleur en pratique quotidienne*. Paris, Arnette, 151–163.
- GAY M.-C., PHILIPPOT P., LUMINET O. (2002). Differential effectiveness of psychological interventions for reducing osteoarthritis pain: a comparison of Erickson hypnosis and Jacobson relaxation. *European Journal of pain*, 6: 1–16.
- LARGE R., RICHARD D. (1997). Evaluation des centres de traitement de la douleur, in Brasseur L., Chauvin M. et Guilbaud G., *Douleurs*. Paris, Maloine, 385–387.
- LAURENT B. (2001). La douleur chronique: une communication difficile. *Douleurs*, 2, 1, 39–44.
- LAZORTHES Y. (1993). *Les douleurs rebelles: évaluation et stratégies thérapeutiques*. Paris, Maloine.
- MALOW R.M. (1981). The effects of induced anxiety on pain perception. A signal detection analysis. *Pain*, 11, 3, 397–405.
- MELZACK R. (1973). *The puzzle of pain*. Harmondsworth, England, Penguin books.
- OSTERMANN G. et QUENEAU P. (2004). Comment aborder le malade souffrant?, in Queneau P. et Ostermann G., *Le médecin, le malade et la douleur*, Tome I. Paris, Masson, 71–78, 1993.
- PELICIER Y. (1990). La douleur: aspects psychologiques. *Psychologie Médicale*, 22, 3, 191–193.
- QUENEAU et OSTERMANN (1998). *Soulager la douleur*. Eds O. Jacob.
- RADAT F. (2003). La dimension psychique de la douleur chronique: modèles étiopathogéniques. *Douleur et Analgésie*, 4, 221–224.
- RAPPARD E. (1997). Entretien psychiatrique du patient douloureux, in Brasseur L., Chauvin M. et Guilbaud G. – *Douleurs*. Paris, Maloine, 417–423.

- ROBIN B., NIZARD J., HOUART C., GELUGNE F., BOCHER R. et LAJAT Y. (2003). Place du psychiatre dans un Centre de Traitement de la Douleur: intégration de la «lésion psychique douloureuse». *Douleur et Analgésie*, 3, 161–167.
- ROMANO J.M. and TURNER J.A. (1985). Chronic pain and depression: does the evidence support a relationship? *Psychological Bulletin*, 97, 1, 18–34.
- SERRA E. (1999). Douleur et anxiété: une association sous-estimée, *Annales de Psychiatrie*, 14, 3, 240–245.
- STENGER E.M. (1992). Chronic Back pain: view from a psychiatrist's office. *The Clinical Journal of Pain*, 8, 242–246.
- VIOLON A. (1992). *La douleur rebelle*. Paris, Desclée de Brouwer.
- VIOLON A. (2006). Les progrès en psychothérapie de la douleur. *Douleurs*, 7, 4, 178–183.