

unisanté

Centre universitaire
de médecine générale
et santé publique · Lausanne

Douleur Chronique

Point de vue psychiatrique

*Dr Konstantinos Tzartzas
Unité de Psychiatrie de Liaison
Unisanté
14 octobre 2021*

Plan de présentation

1. Douleur chronique – Souffrance physique et psychique
2. Répercussions psychosociales des douleurs ostéo-articulaires chroniques
3. Influence dans la relation Médecin - Patient
4. Vignette clinique
5. Conclusion

1. Douleur chronique – Souffrance physique et psychique

- «Expérience **sensorielle et émotionnelle** désagréable, associée à une lésion tissulaire **possible** ou décrite en des termes évoquant une telle lésion»¹
- Evaluation/regard **extérieure** (*objective ?*) et **vécu rapporté** (*subjectif ?*)
- «**Légitimité**» des douleurs sans lésion décelable – Importance de la **perception / représentation**
- Traiter des douleurs ostéo-articulaires vs prendre en charge un **patient douloureux** (*position éthique ?*)²

1. IASP - International Association for the Study of Pain

2. Chevance A, Feuga V. CHAPITRE 60. Le patient douloureux. in Lemogne C et al. Psychiatrie de liaison. 2018 Lavoisier

1. Douleur Chronique

- «Durée plus de 6 mois affectant le **comportement** ou le **bien-être** du patient»¹
- La douleur persiste **au-delà de la cause initiale**, qui peut ne plus exister²
- Devient une «maladie en soi»³
 - ✓ *Composante sensori-discriminative*
 - ✓ *Composante affectivo-émotionnelle*
 - ✓ *Composante cognitive*
 - ✓ *Composante comportementale*

1. American Society of Anesthesiologists

2. Chevance A, Feuga V. CHAPITRE 60. Le patient douloureux. in Lemogne C et al. Psychiatrie de liaison. 2018 Lavoisier

3. Cedraschi C, Piguët V, Luthy C et al. Aspects psychologiques de la douleur chronique. Revue du rhumatisme, 2009, 76 : 587-592.

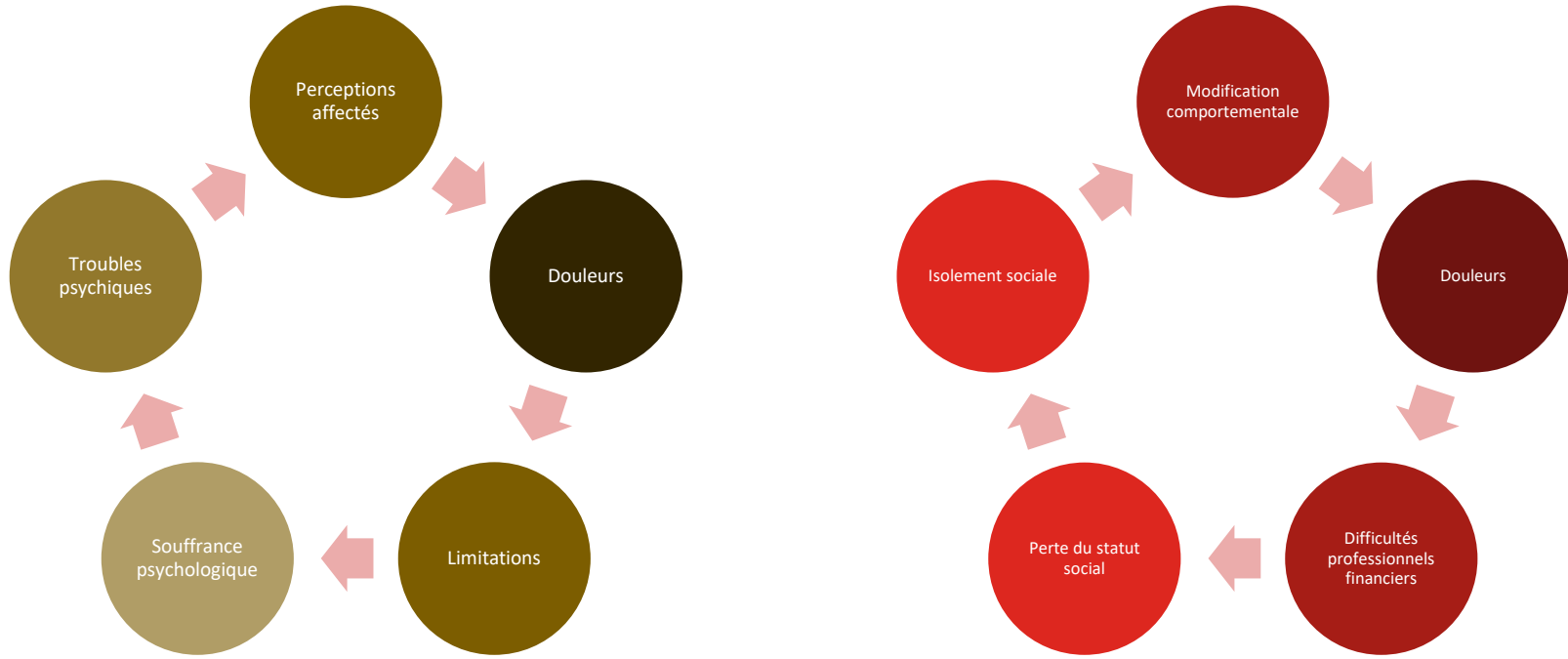
1. Troubles psychiques et douleurs chroniques

- Syndrome douloureux somatoforme persistant
- Expression d'un épisode dépressif / deuil (*Aspects culturels*)
- Idées délirantes
- Anxiété - Déplacement du malaise psychique au corps
- Stress post-traumatique (*Fixation du vécu traumatique au vécu corporel*)
- Sevrage aux médicaments / substances psychoactives
- Moyen d'être entendu / Modalité de communication avec le MF (*p.ex. trouble de personnalité, retard mental, etc.*)

2. Répercussions psychosociales des douleurs ostéo-articulaires chroniques

- **Répercussions psychiques :**
 - Troubles du sommeil
 - Deuils multiples à faire face aux limites – Risque de dépression
 - Anxiété face à la perte de «contrôle» - incertitude
 - Fixations – Tendances obsessionnelles
 - Irritabilité – troubles du comportement – manque de flexibilité
 - Effets secondaires des antalgiques (*dépendance – troubles cognitifs*)
- **Répercussions socio - économiques:**
 - Isolement social
 - Sentiment d'incompréhension – d'exclusion - stigmatisation
 - Incapacité de travail (*limitations fonctionnelles*)
 - Perte du «statut social» préalable

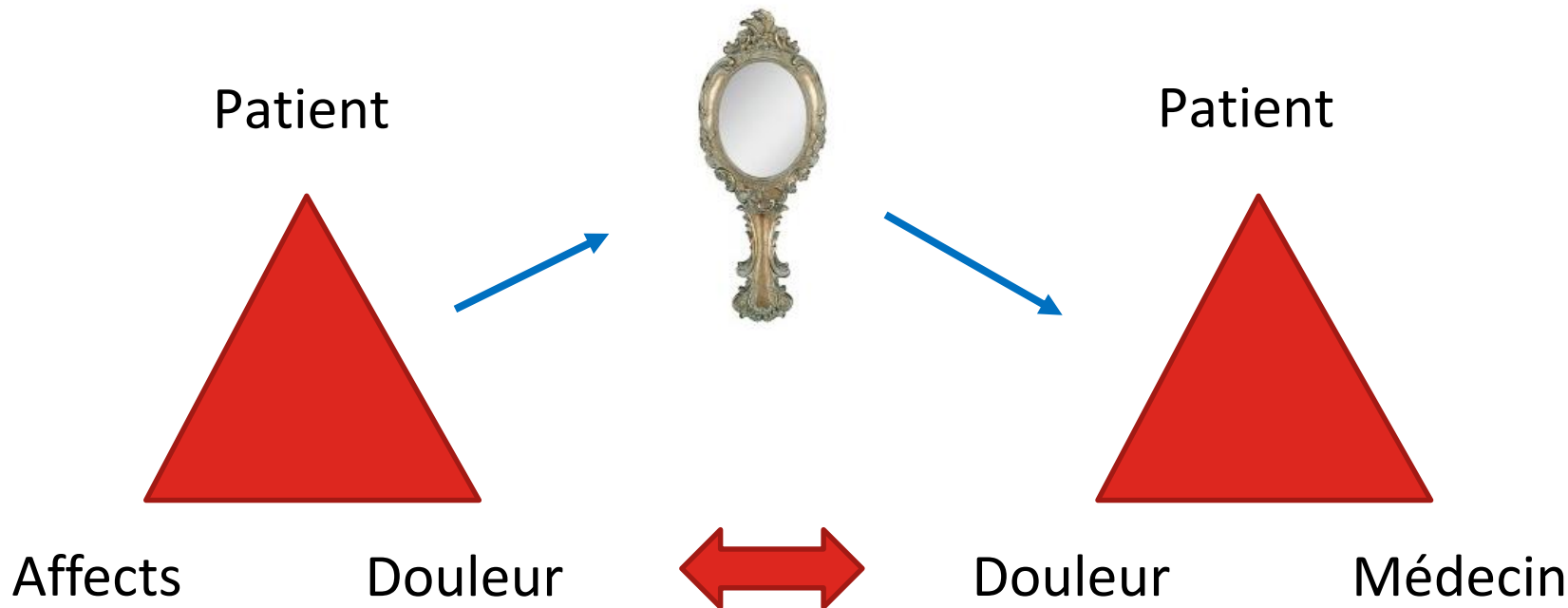
2. «Cercles vicieux psychosociales» des douleurs ostéo-articulaires chroniques



3. Influence dans la relation Médecin - Patient

- Douleur – «objet central» de la consultation et de la relation :
 - Demandes
 - Attentes
 - Communication / Compréhension de la souffrance
 - Histoire (*médicale et personnelle*)
- Limites de la médecine – Confrontation avec incertitude / impuissance **vs** Défis / Découvertes (*prix Nobel!*)
- Risques:
 - Patient - vécu d'incompréhension – injustice
 - Soignant – sentiment de mise en échec / risque de contre-attitudes / de «burnout»
 - Relation - Malentendus
- Deuils à faire (*pour le patient et pour le thérapeute*)
- «Coordination» relationnelle à trouver

3. Enjeux des relations «internes» et «externes»



4. Vignette clinique

- *47 ans, érythréen, en Suisse depuis 2004, suivi MF – nettoyeur*
- *Fait plus que son âge - il se déplace avec canne, présentant une boiterie – l'interprète l'aide à se relever et pour s'asseoir – «montre» son corps*
- *Douleurs multiples, de lombalgies (depuis 1999), progressivement augmentés*
- *Exacerbation depuis la fracture du poignet, en 2014*
- *Complications post opératoires amènent à une incapacité de travail totale*
- *Incapable de rester debout (quelques minutes), douleurs insupportables*
- *Réhabilitation sans résultat souhaité – demande AI en cours*
- *Traitements pharmacologiques - effets secondaires multiples*
- *Aux séances il exprime souffrance physique et psychique face aux limitations (symptômes dépressifs présents)*

4. Vignette clinique - ...et si on revient à son histoire

- *1974, né dans un village, sud d'Erythrée, 5e d'une fratrie de 7, parents paysans*
- *Un de ses frères aînés et ses deux frères cadets ont été victimes de la guerre (1993-2000)*
- *Marié, père de cinq enfants (1991, 1994, 1997, 2000, 2004)*
- *Mère décédée en 1999, patient pas présent à son enterrement*
- *1998 – 2000 fait la guerre contre l'Ethiopie (scènes violentes)*
- *1999 blessure au dos durant la guerre, peur de mourir, symptômes post-traumatiques*
- *2002 emprisonné par sa propre hiérarchie*
- *2003 fuit, migration difficile (naufrage, emprisonnement, etc.), 2004 CH*
- *2013 regroupement familial*
- *2014 change l'emploi pour être présent pour la famille - fracture du poignet*
- *Aucune thérapie psychologique ou psychopharmacologique*

4. Réflexions – Propositions Cliniques

- Importance d'une «*bonne communication*» - «*partage / accueil du récit*»
- Exploration psychosociale (*culture du patient*)
- Compréhension de ce qui fait crise - des «*conflits internes*»
- Conscience et travail autour des mouvements émotionnels du soignant¹
- Traitements psychotropes (*Duloxetine, Prégabaline, Amitriptyline...*)²
- Traitements non-pharmacologiques (*physiothérapie, psychothérapie, acupuncture...*)
- Mobiliser le réseau primaire et secondaire (famille, AS, CMS, spécialistes, etc.)
- Prise en charge bio-psycho-social dans une perspective de réhabilitation³

1. Balint M. Le médecin, son malade et la maladie. Paris : éd. Payot et Rivages ; 1996

2. Jon Streltzer. Chronic Pain. Chapter 22.in Handbook of Consultation-Liaison Psychiatry, Second Edition. Springer, New York, 2015

3. Engel GL., « The clinical application of the biopsychosocial model », Am J Psychiatry, no 137, 1980, p. 535-44

5. Conclusion

- Patient avec des douleurs chroniques - Prise en charge centrée sur la personne
- Investigation biopsychosociale et culturelle (relation du patient avec son propre corps)
- Symptômes – Leur histoire / signification
- Importance primordiale de la relation médecin-patient (stabilité/confiance à établir – processus de long terme)
- Attention à ses propres mouvements émotionnels – «*Deuil du thérapeute*»
- Sevrage des opioïdes et proposition de traitements non-opioïdes (psychotropes et/ou non-pharmacologiques)
- Intégrer l'entourage / des collaborateurs aux soins proposés – «Ne pas rester seul»

Discussion ouverte