

Pour une approche biopsychosociale de la douleur chronique: l'exemple de la douleur en cancérologie

Dr zaatout ramdane

Médecin - Psychologue

z.ramdan@gmail.com

A- Généralités :

1- En guise de définition : Qu'est ce qu'une douleur?

L'IASP en donne la définition suivante (2008) : « une expérience sensorielle et émotionnelle désagréable associée a un dommage tissulaire présent ou potentiel, ou décrite en termes d'un tel dommage »

Mais ! :

- la douleur chez l'enfant ; l'aphasique ; le muet

« L'incapacité de communiquer ne nie pas qu'une personne éprouve la douleur et est dans le besoin (nécessité) d'un traitement antalgique »

- La communication n'est pas exclusivement verbale.

- Le terme Nociception : « le processus neural de codage et de traitement des stimuli douleurs »

⇒ Douleur ≠ nociception
↓ ↓
Subjective physiologique

- L'adjectif : "subjective " : pose problème, ainsi l'absence de lésion, n'est pas équivalente

à : { Imaginaire
Discutable
Simulée
Psychogène

-L'aspect cognitif est ignoré par la définition, alors qu'il est primordial dans la compréhension de l'expérience douloureuse chronique principalement dans les pathologies invalidantes ou menaçantes comme le Cancer.

-S'agit-il d'un mécanisme de défense = le 5^{ème} signe d'alarme clinique.

-Désagréable = mauvais = inutile ?

Rappelant dans cas :

-Leriche en 1936 écrivait « la douleur ne protège pas l'homme, elle le diminue » ?

-Sternbach en 1974 : « la douleur chronique détruit physiquement, psychologiquement, et socialement » !!?

و شوقي يقول:

تفردت بالألم العبقري و أنبغ ما في الحياة الألم

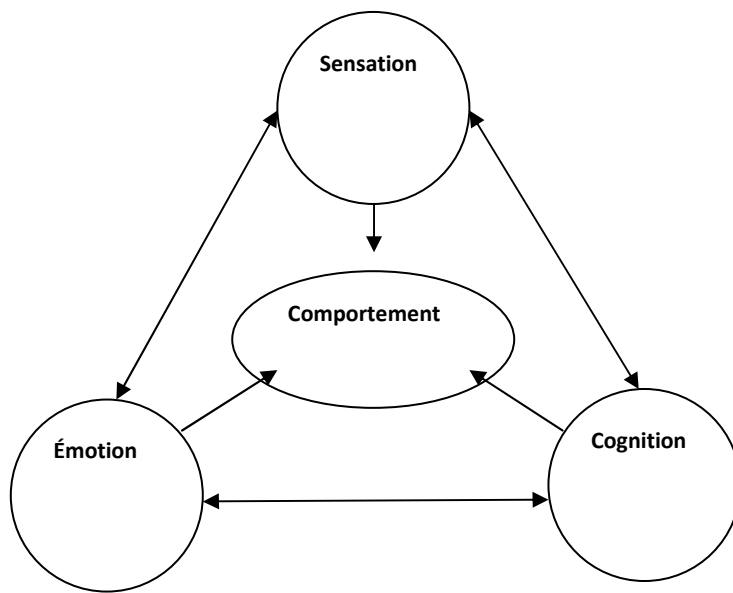
(Dans la douleur vous accouchez في الألم تلدين)

- La douleur est { Créative
Créatrice
Révélatrice

Le choc de naissance est il l'essence du malheur et de la souffrance, enfin le sens de la vie humaine , sont-elles des paradis philo-spirituels ou de vraies pistes éthiques ? Moi je l'ai déjà nommé : *homonis doloris*.

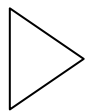
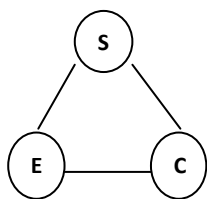
2- composantes de l'expérience douloureuse :

On s'accord actuellement à approcher la douleur (chronique surtout) comme un phénomène plurifactoriel interactif dont les composantes essentielles sont :



Expérience subjective

Comportements observables




Somatique
Neurovégétatif
Psychomoteur

Composantes et aspects du comportement douloureux

(Guide de la douleur. J.vibes. p20)

Nous résumons les caractéristiques des composantes comme suit :

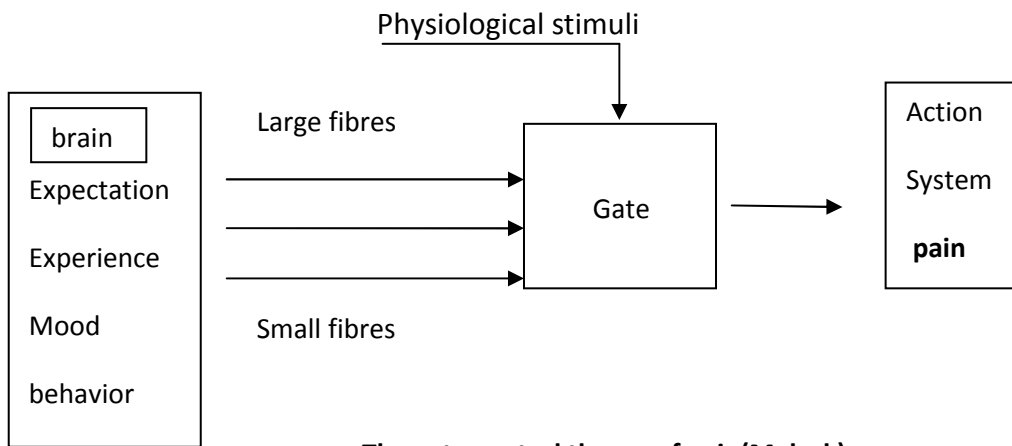
a- composante sensorio-discriminative :

* Le mécanisme neurophysiologique  Nociceptif
Neuropathique
???

*Qualité ; durée ; intensité.

*Absence de centres cérébraux de la douleur (stimulation de la cortex= indolore)

* La modulation des messages nociceptif : Gate Control Theory ou théorie de la porte. (1965) :



The gate control theory of pain(Melzak)

b- composante affectivo-émotionnelle :

- Impact de la douleur sur l'affect (wijdan) →nécessite un traitement.

-Signe d'alerte vital: implique le cerveau ancien: « amygdale + hypothalamus » → conditionnement profond (inconscient) →mémoire douloureuse de l'enfance→contreverse neuropsychologique : qui se rappelle les douleurs de sa circoncision ?!!

- L'association : douleur +
 ↓
 Dépression = existe dans 30-50%
 Anxiété = >80%

D'où l'importance de l'évaluation émotionnelle affective dans la pratique quotidienne. Le nouveau concept du "whole patient" .

-Troubles de la personnalité sous-jacent compliquant le vécu et entravant la communication médecin-malade.

-La douleur symptôme /maladie/syndrome : peut devenir soit :

→ Outil de communication
 ↘
 Professionnel
 Soignant
 Famille
 Revendication (ex : minerve pendant 03 ans lors de la visite chez le médecin conseil)

→ Modus vivendi : style de vie.

- Les facteurs psycho sociaux peuvent expliquer l'échec thérapeutique !!

c- composante cognitive :

- La représentation de la douleur, son sens, ainsi que les cognitions associées, déterminent la réaction voir le comportement (rappelant le modèle transactionnel du coping de Lazarus).

- L'attention, l'anticipation, l'attribution, le langage, le savoir et connaissances (sémantique), la mémoire épisodique (expérience douloureuse) → déterminants du "coping".

- Depuis que Beecher a fait ses observations sur la différence entre :

- les blessés militaires
 - les blessés civils
- } **Même stimulus mais évaluation différente ?**

- Parmi les cognitions on trouve :

- Désarroi des avis successifs discordants.

- Incertitudes résiduelles suite à des examens dits négatifs.

- Toute douleur persistante → situation grave : ex : lombalgie atroces → paralysie des membres inférieurs.

- Danger de fixer un adjectif cursif radical (illusion de guérison) → échec → abandon.

- croyance en l'origine somatique : → le renvoi à un psy → la douleur est imaginaire « on ne croit pas à sa douleur !! » .

Remarque errante ⇨ attitude vis-à-vis des "DNV" aux urgences !!???

- Ainsi : → les cognitions éclairées √√ l'angoisse.

- La manipulation des cognitions, et la reformulation de la situation permet d'adopter un comportement.

Sain = "healthy behavior"

d- composante comportementale :

- Attirer l'attention à l'expression de la douleur = manifestations verbales / non verbales (plaintes, mimiques, postures antalgiques, comportement anormal, agressivité) plus réponses végétatives et réflexes.

- La douleur peut devenir un moyen de communication surtout en association avec une **alexithymie**, ou une privation affective.

- L'expression comportementale de la douleur (illness behaviour) est fonction de :

1- L'apprentissage socioculturelle antérieure (contexte familiale, ethnoculturelle, le genre, l'âge, les normes et valeurs sociales).

2- Réaction de l'entourage

- Professionnel
- Soignant
- Famille

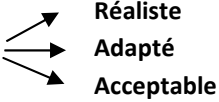
(Soutien, rejet, protection...)

Le patient peut demander

- Tout ou rien
- Modus vivendi = Homo doloris chronique

Attention !!!

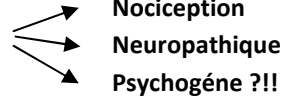
* La douleur (chronique surtout) est du point de vue comportemental et psycho-social = « **une construction socioculturelle** ».

* S'il ya équilibre = modus vivendi ≈ 
↓

Peser le positif et le négatif de le perturber par des espoirs trop confiants ; surtout quand les possibilités thérapeutiques sont limitées, le cas de la douleur cancéreuse en stade palliatif.

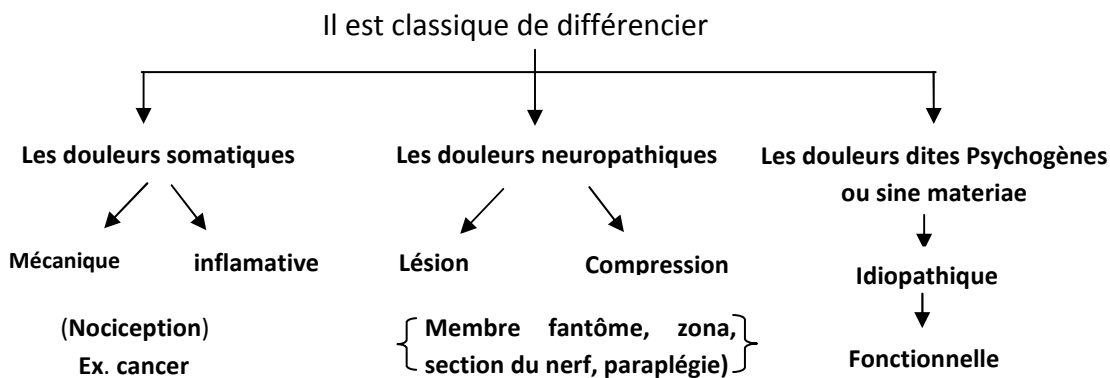
3- Types de douleurs :

- Déterminer le mécanisme et les critères psycho-physiologiques est indispensable pour l'évaluation, puis le traitement. Selon :

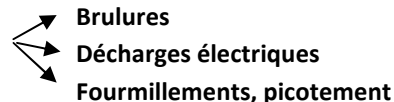
- Le mécanisme physiopathologique 

- La durée 

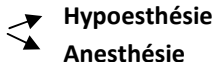
- Type de pathologie 




***Remarques** concernant les douleurs neuropathiques :

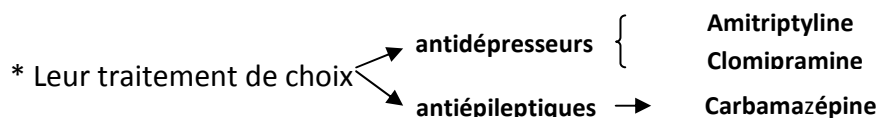
* Les reconnaître : 

* Contraste avec une absence de lésion somatique.

* Signes d'hypo sensibilité 

* Signes d'hypersensibilité 

N.B : Elles sont insensibles aux antalgiques périphériques ou AINS.



*** Remarques concernant les douleurs dites psychogènes :**

- On ne parle de telle douleur qu'après un bilan
}

 Clinique
Para clinique

}
Bien conduit

- L'origine psychogène n'est pas = non organique = c'est la sémiologie psychopathologique "cortège" qui oriente → conversion hystérique, somatisation (dépression masquée), hypochondrie.

- De plus la douleur sine materiae, existe-elle vraiment ?

(Penser au Némésis Médical : qualificatif servant aux médecins pour déguiser notre ignorance par des mots vides de sens !!?) (Ivan Illich).

- Où pour éviter : le métaphysique, le spirituel... (On parle aujourd'hui d'existentielle ?) ; Aliénation de la douleur = construction culturelle = chaque civilisation ; chaque culture à ses douleurs.

- Matérialisation de toute expérience humaine : c'est l'homme unidimensionnel.

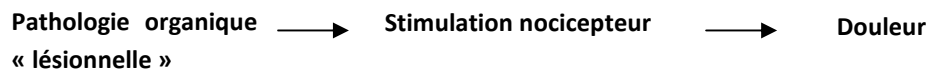


	Aigue = symptomatique	Chronique = syndrome = maladie = totale...
Finalité biologique	Utile, protectrice, physiologique (5 ^{ème} signe)	Inutile, pathologique, destructrice
Mécanisme générateur	Unifactoriel	Plurifactoriel (totale, complexe)
Réaction somato-végétatives	Réactionnelles	Habituation ou entretien
Composante affective	Anxiété	Dépression
Comportement	Réactionnel (spontané, adapté...)	Appris = construction sociale
Modèle	Biomédical classique	Bio-psycho-social (voir spirituel)
Objectif thérapeutique	Curatif	Réadaptatif

(D'après : J. Viber ; Guide de la douleur ; UPSA institut pratique et traitement de la douleur).

4 - Approches théoriques de la douleur :

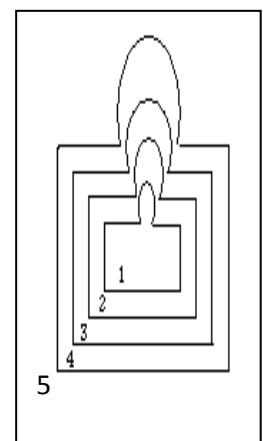
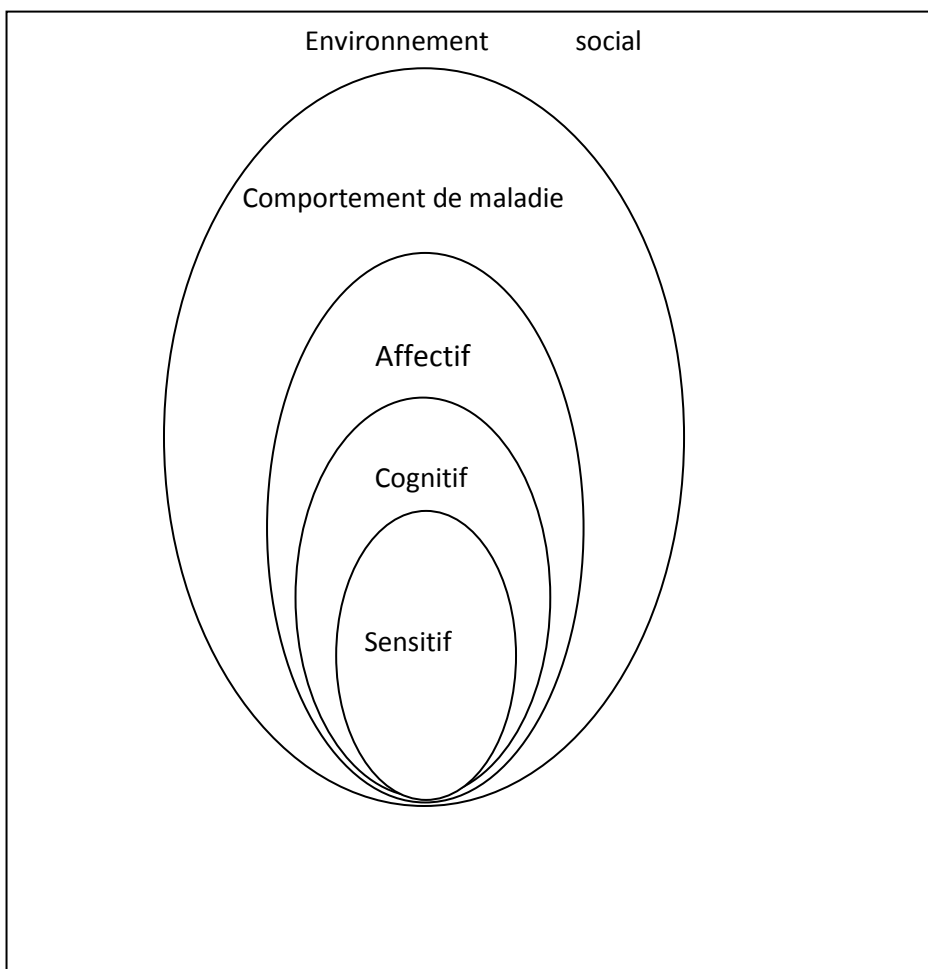
- Modèle médical classique = « Biomédical »



→ Totalement dépassé par les études approchant la douleur chronique.

A -Approche écologique : ex. model de Glasgow.

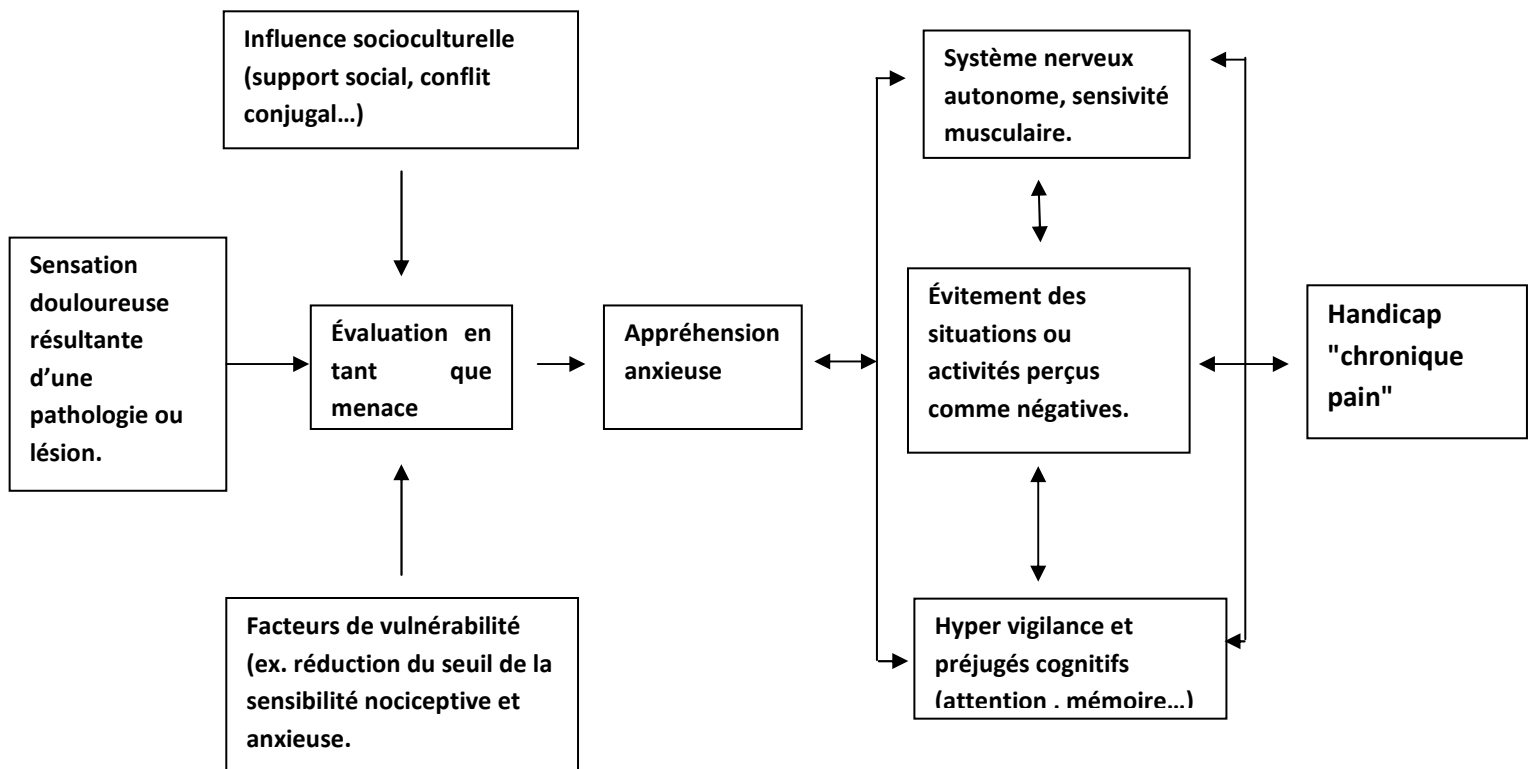
Selon les niveaux d'organisation psycho-socio-physiologiques



Poupées Russes

(D'après : G.J.G Asmundson et K.D.wright)

b - Modèle diathesis – stress (biopsychosociale) de la douleur chronique.



D'après : Asmundson et wright

B - Douleurs en Cancérologie :

Les données déjà citées sont valables pour la douleur chronique en cancérologie, l'aspect psychosocial est ici plus prononcé corrolaire des représentations individuelles et collectives (ethno et socioculturelle) de la maladie cancéreuse per se.

1- épidémiologie :

Avec 10 millions de nouveaux cas par année / Avec 6.6 millions de décès par année.

Le cancer

Reste une pathologie grave qui doit être considérée comme une priorité de santé publique : peut on parler d'une épidémie ; Dans les pays industrialisé ?? (Fléau, lutte, traitement, éradication, guérison..).

- La douleur est là ; chez 50% des cancéreux ; et ↗ de 60-90% en phase terminale.
- Dans les études européennes : 25-30% des cancéreux ne bénéficient d'aucun traitement antalgique ou le traitement est mal conduit (que dirons les chiffres dans notre pays ?) .

- **paradoxe** : le traitement antalgique peut soulager 85-90% des douleurs cancéreuses.

2-Causes :

* Les douleurs chez le cancéreux sont dues soit à :

- la pathologie cancéreuse elle-même : 70%.
- Au traitement du cancer : 20%.
- non liées aux cancers (ex. Neuropathie diabétique).

* Les localisations les plus douloureuses sont :

- Tête et cou : 67 - 91 %
- Prostate : 56 - 94 %
- Utérine : 30 - 90 %
- Génito-urinaire : 58 - 90 %
- Poumons : 40 - 89 %
- Pancréas : 72 - 85 %

* Il est classique de rappeler la triade dite "très douloureuse":

- Ed Pancoast Tobias
 - Épithélioma pleural
 - Cancer du pancréas
- } aussi les métas osseuses .

* Les causes de ses douleurs :

- Exposition tumorale → pression mécanique du voisinage.
- Médiateurs algogènes sécrétés par la tumeur.
- Infiltration du tissu nerveux = neuropathique.
- Métastases osseuses.
- Occlusion, distension, dilatation des viscères creux, les capsules des viscères pleines, inflammation des muqueuses ou séreuses, ischémie ou nécrose d'organe.
- Perte de poids, hypercatabolisme musculaire, immobilisation prolongée et spasmes musculaires, voir étirement ou déchirement.
- Accès paroxystique douloureux sur fond chronique. (Breakthrough pain)

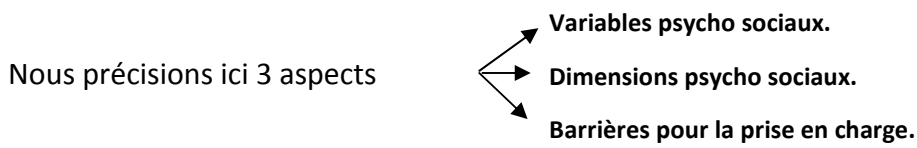
3- Psychosociologie de la douleur cancéreuse :

La douleur revêt une importance particulière en oncologie car :

1. elle est liée à la progression de la maladie. (retour de la douleur ou exacerbation → rechute).

2. après amélioration chimique (parfois "guérison"), la douleur persiste chez certain malades.

3. elle est sous estimée par la médecine organique ou rangée parmi : "le psychogène".



3-1 : les variables psycho sociologiques à prendre en considération :

- La particularité de la pathologie cancéreuse a laissé parlé de "la douleur aigue – chronique "



*** Les variables psycho sociales modulant l’expérience douloureuse sont :**

Psycho	Socio
- Perception, attention	- Age, sexe
- Cognition, mémoire, association	- Handicap
- Conditionnement, modèle	- Bénéfice secondaire
- Attribution	- Problème familial ou de couple
- Sentiment de control (self efficacy)	- Soutien social
- Peur, anxiété, dépression	- Facteurs culturels voir spirituels
- Somatisation, hypochondrie	
- Abus de drogue	

- Il faut ajouter à ces facteurs :

- . L’anorexie, vomissement.
- . Désengagement social
- . Insomnie.
- . Dépendance vis-à-vis des établissements et des soins et des soignants.

→ Ce qui revient à parler de la qualité de vie et non plus de l’état du malade ou de sa maladie.

3-2 : Dimensions :

L’intégration des facteurs sur cité dans la vie quotidienne du malade cancéreux, et son vécu nous amène à prendre en charge ces dimensions :

- Concernant la douleur elle même :

- Représentation et sens donnée à celle-ci.
- Expérience passée de la douleur.
- Adaptation à la douleur.

- Concernant le traitement :

- Connaissances des traitements disponibles de la maladie cancéreuse.
- Représentation de ces traitements.
- Préoccupations liées au traitement de la douleur.
- Adaptation aux effets secondaires souvent pénibles.

* La dimension liée au sens du vécu :

- Le sujet s'identifie à la douleur ± a la maladie(quelle différence !).

-on a parlé d'un "masochisme gardien" et de "tolérance psychologique", les variables spirituelles sont ici absentes telles : patience = *العلاقة بين الصبر والأجر ومفهوم الابتلاء ; الصبر*

3-3: Barrières psycho-sociales à la prise en charge de la douleur en cancérologie :

La négligence des variables psycho-sociales peut être une des causes majeures de l'échec de la prise en charge du malade cancéreux.

a - Relatifs aux professionnels de la santé :

- Faible ou mauvaise évaluation de la douleur (je peux parler d'une absence d'évaluation systématique de la douloureuse cancéreuse, sauf peut être en faisant référence à la demande "volontaire" du douloureux).
- Connaissances pauvres.
- Absence de spécialistes + généraliste entraînées.
- Réticence concernant les drogues utilisées (dépendance, législation, effets secondaires).

b-Relatifs aux patients :

- Cacher sa douleur = "le bon patient" = "nous connaissons la représentation et l'attitude de personnel soignant envers les "plainauts" " douloureux " , " كيف يتعامل الأطباء و الممرضون مع المريض الأثان ؟ "
- L'idée : *la douleur est normale dans le cancer.*
- Réticence vis-à-vis du traitement : ce sont des drogues. (Que dire des représentations de psychotropes chez les médecins et les psychologues !).
- Évitement des effets secondaires = généralement désagréables.
- Reconnaître la douleur, c'est sentir la maladie progresser, revenir (mécanisme du déni).

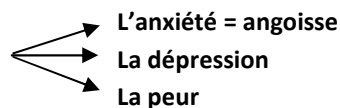
c-Relatifs au système de santé :

- Règles restrictives de la prescription des opiacés.
- Disponibilité du traitement = son coût → responsabilité du malade.
- La douleur cancéreuse est secondaire, l'essentiel c'est le traitement de la maladie, les médecins n'étant pas préparés à traiter la douleur maladie plutôt ils traitent la douleur "symptôme".
- Déjà : les références médicales professionnelles : *médicales et paramédicales* ne relègue (ou pas de tout), qu'un pauvre chapitre voir un grand paragraphe à la douleur : paradoxe , les analgésiques pèsent mieux sur les stores pharmaco?!
- Les aspects coût-accès, régulation des soins, assurances, éthique, législation relative à la douleur sous estimée.

**** Rappelant que l'identification de ses barrières permet une meilleure prise en charge de la douleur cancéreuse.**

Rappeler

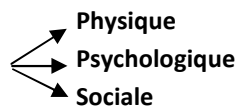
- Le malade cancéreux vit sa maladie dans



(r1) → L'anxiété : le corps source de plaisir, de confort, de bonheur "bonne santé" ; devient source de menace , le corps est "l'ennemi du moi", le processus léthale est introjectée = en tant que "processus morbide étranger", rejeté, nié, refusé. Hélas il est toujours là !!

(r2) → La dépression : pourquoi pas :

- Perte d'espoir : hoplessness.
- Perte de la position sociale.
- Perte d'identité = remaniement
- Perte de prestige, dignité.

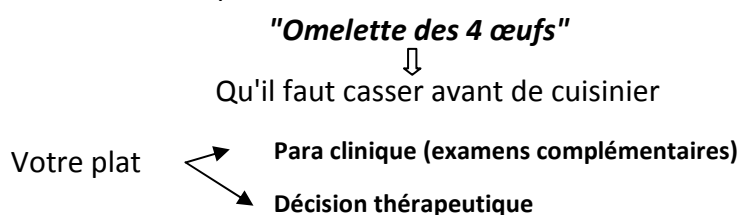


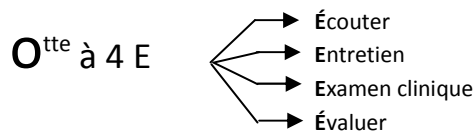
Le tout *camisolé* dans un silence, plutôt "une conspiration de silence" mensongère!!!.

(r3) → La peur de qui ? :

- de l'hôpital = la fuite.
- du traitement.
- de la douleur.
- de la mort.
- de la famille.
- de l'avenir.

Ainsi : L'évaluation nécessite une approche méthodologique fondamentale, systématique;;se rappeler la formule mnémotechnique :





- **Les échelles d'évaluation sont de 3 types :**

a- *échelles unidimensionnelles* : auto évaluation

EVS : échelle verbale simple.

EN : échelle numérique (0-10).

EVA : échelle visuelle analogique (règle).

b- *échelles multidimensionnelles* : auto évaluation

MPQ : Mc Gill Pain Questionnaire.



QDSA : Questionnaire de la douleur de St Antoine.

c- *échelles comportementales* : hétéro-évaluation

-échelle du retentissement de la douleur sur le comportement quotidien.

-échelle du retentissement émotionnelle = HADS = Hospital anxiety depression scale.

N.B : Il existe des échelles adaptés aux

```

graph LR
    A[adaptés aux] --> B[enfants]
    A --> C[Âgé]
    A --> D[Non verbales]
  
```

- L'évaluation doit être : facile, reproductible, d'usage quotidien, surtout accessible au personnel infirmiers.

- Les avantages de cette évaluation sont multiples :

→ Identifications systématique des patients douloureux.

→ Amélioration de la communication Médecin -Malade: on croit à sa plainte ?

→ Faciliter les prises de décisions thérapeutiques symptomatiques → analgésie adaptée à l'intensité.
ex. titration de la morphine.

→ Homogénéisation des décisions des différentes équipes prenant en charge le même malade.

→ Permettre la transmission de l'information entre le malade, le personnel infirmier, ainsi qu'entre ses derniers.

→ Information objective et quantitative figurant sur le dossier du malade (trace) et non dépendant des souvenirs du patient et des soignants.

Ainsi: toute évaluation de la douleur cancéreuse ; doit inclure :

-le vécu de la douleur.

-peur et attribution de l'expérience douloureuse.

-l'interaction avec l'entourage.

-la qualité de soins.

C - En guise de conclusion:

- La douleur chronique est un phénomène complexe, multifactoriel, nécessitant l'intervention d'une équipe pluridisciplinaire.
- Les facteurs psycho sociaux voire spirituels jouent un rôle déterminant dans le diagnostic, l'évaluation et la décision thérapeutique.

- Il n'est plus acceptable au début du 21^{ème} siècle de se réfugier dans une médecine réductionniste, organique par excellence qui caricature "matériellement" l'être humain en ne prenant que le prénom.
- Les limites de cette médecine devant la douleur chronique (malgré les victoires toujours en cours...) et cancéreuse nous laissent dire avec JEAN BERNARD : ***s'il l'on ne peut plus donner des jours à la vie, il est encore possible de donner de la vie aux jours !!!***

Bibliographie

- 1- Institut UPSA de la douleur ; pratique du traitement de la douleur 2006 sur : WWW.institut-upsa-douleur.org
- 2- Vibes Jean : Guide de la douleur. Édition ESTEM. Paris. 2001.
- 3- Ivan illich : Némésis médicale : l'expropriation de la santé. Ed: seuil. Paris. 1975.
- 4- Razavi. D et Delvaux N.: précis de psycho -oncologie. Masson. Paris. 2008.
- 5- Boudarene Mahmoud : le stress entre bien être et souffrance. Berti éditions. Alger. 2005.
- 6- Sutton. L. M. et all: cancer pain at the end of life: a biopsychosocial percpective. Pain, 99(2002) 5-10.
- 7- Kalso Eija; : Global year on cancer pain (editorial). Pain, 140(2008) 247-248.

SOMMAIRE:

A - En guise de définition : Généralités

- 1- En guise de définition: qu'est ce qu'une douleur?
- 2- Composants de l'expérience douloureuse.
- 3- Types de douleur.
- 4- Approche théorique de la douleur.

B - Douleur en cancérologie :

- 1- Épidémiologie.
- 2- Causes.
- 3- Psychosociologie de la douleur cancéreuse.
- 4- Évaluation et prise en charge.

C - En guise de conclusion :

- Bibliographie.