



# Traumatisation et Douleur chronique ?

Severine Conradi

► **To cite this version:**

Severine Conradi. Traumatisation et Douleur chronique ?. Colloque interdisciplinaire AlgoPsy, Jul 2019, Paris, France. hal-02954208

**HAL Id: hal-02954208**

**<https://hal.univ-lorraine.fr/hal-02954208>**

Submitted on 30 Sep 2020

**HAL** is a multi-disciplinary open access archive for the deposit and dissemination of scientific research documents, whether they are published or not. The documents may come from teaching and research institutions in France or abroad, or from public or private research centers.

L'archive ouverte pluridisciplinaire **HAL**, est destinée au dépôt et à la diffusion de documents scientifiques de niveau recherche, publiés ou non, émanant des établissements d'enseignement et de recherche français ou étrangers, des laboratoires publics ou privés.

Actes Algopsy Juillet 2019

Traumatisation et Douleur chronique ?

Séverine Conradi, psychologue Consultation Douleur- CHRU De Nancy, Doctorante laboratoire APEMAC-EPSAM Université de Lorraine.

*« L'organisation des structures de prise en charge de la douleur constitue un lieu privilégié où cette question d'une intrication entre douleur et traumatisme peut être entendue »* MC Defontaine-Catteau, 2014

Le psycho-trauma a une place incontournable dans la clinique de la douleur et se retrouve de plus en plus souvent au premier plan des problématiques complexes que nous rencontrons, notamment dans les structures de prise en charge de la douleur (SDC). Cependant son identification, son évaluation dans l'économie psychique de l'individu ainsi que les inter-relations entre la douleur chronique et le psycho-trauma sont autant de points à clarifier, ou tout du moins, de tenter de mieux comprendre dans le cadre de cette session.

### **La genèse d'un psychotraumatisme**

Face à un événement, le traumatisme comporte un choc initial lié à l'intensité de l'inattendu, suivi d'une double caractéristique :

- Somatique par l'ébranlement : le corps est saisi par l'angoisse et la lutte pour la survie
- Psychique par l'expérience d'effroi où le sujet est confronté brutalement à l'étendue des dégâts corporels. La personne victime d'un traumatisme voit alors une sidération de son fonctionnement psychique (Defontaine Catteau, 2003)

Il s'en suit une perturbation massive du fonctionnement psychique, de l'ordre de l'ébranlement voire l'effondrement (Bioy et col, 2014) où le corps prend une place particulière par la perspective de la mort pour lui-même et/ou pour autrui.

Etudier les psychotraumatismes, nous amène donc à ouvrir sur la psychopathologie de la Dissociation. Élément incontournable des psychotraumatismes, il peut être défini comme « la rupture de l'unité psychique, c'est-à-dire la désunion de fonctions normalement intégrées que sont la conscience, la mémoire, l'identité ou la perception de l'environnement » (Kédia, 2009).

Face à un événement potentiellement traumatique, i.e. qui déborde les capacités d'élaboration psychique du sujet, on peut supposer que la Dissociation, ainsi provoquée, va, soit se résoudre d'elle-même au fur et à mesure si capacité de synthèse suffisante, soit se cristalliser et/ou se structurer ou favoriser l'émergence d'une nouvelle organisation psychique, notamment dans le cas de traumatisation complexe (Tarquinio, 2014).

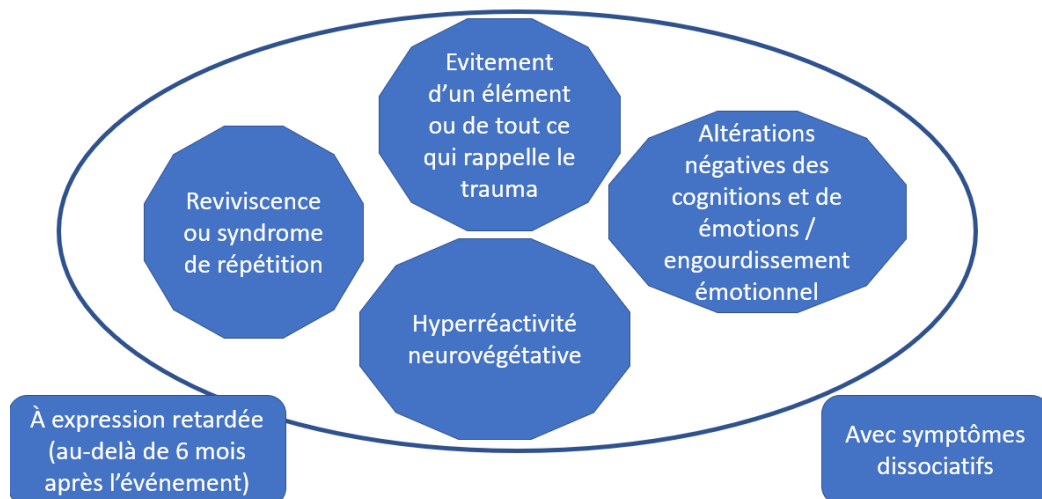
### **Trouble de stress post-traumatique (TSPT)**

Ce trouble défini par le DSM est un des syndromes possibles face au traumatisme. La présentation clinique des TSPT peut parfois être particulièrement compliquée, associées à des comorbidité fréquente pouvant parfois faire évoquer un polymorphisme de ce syndrome.

D'une manière synthétique, le TSPT reprend 4 grandes caractéristiques : reviviscence, évitement, hyperréactivité neurovégétative et engourdissement émotionnel (figure 1). Il peut être associé à des troubles dissociatifs et peut parfois apparaître d'une manière décalée par rapport à l'événement en lui-même (expression retardée lorsque la souffrance apparaît au-delà des 6 mois après l'événement).

**Figure 1 :**

#### Trouble de stress post-traumatiques (TSPT) – DMS5



Le diagnostic différentiel est également important afin de distinguer le TSPT de Trouble de l'adaptation, des Autres troubles et affections post-traumatiques, du Trouble de stress aigu, des Troubles anxieux et trouble obsessionnel-compulsif, du Trouble dépressif caractérisé, des

Troubles de la personnalité, des Troubles dissociatifs (ou inclus dans une forme avec symptômes dissociatifs), du Trouble de conversion (trouble à symptomatologie neurologique fonctionnelle), des Troubles psychotiques et des lésions cérébrales traumatiques.

A noter que la prévalence est de 1% vie entière ou de 7% de la population (selon études, type de trauma), avec une proportion de 2 Femmes pour 1 homme et un risque de développer un TSPT auprès un trauma supposé autour de 10% (Ferreri, 2011).

### **TSPT et douleur chronique**

La proportion de TSPT après de la population douloureuse est importante tout comme la proportion de plainte douloureuse chronique dans le cas de TSPT. On retrouve de 20 à 80% des patients présentant un TSPT qui développent une plainte algique chronique et 10% à 50% des patients douloureux chronique ont une problématique traumatique (Brennstuhl, 2014).

Dans une étude portée sur 4000 nouveaux patients en SDC, Langford et col (2018) met en évidence plus de 50 % de prévalence de syndrome de TPST (allant de 1 des éléments du TPST aux 4 éléments le définissant). Par ailleurs, plus le TPST est complet, plus les répercussions sur la douleur, les conséquences sociales de celle-ci ainsi que la qualité de vie seront plus préjudiciables (id).

Cette co-existence amène à supposer des liens forts entre ces deux problématiques, d'autant plus que cela aura un impact négatif en termes d'évolution naturelle des deux pathologies et que les répercussions ainsi que les risques de mésusages médicamenteux seront plus importants (Asmundson et Katz, 2008).

Ainsi il n'est pas rare en clinique de la douleur de mettre en évidence dans le cadre de la prise en charge, la présence de traumatisme ancien ou répété dans la population présentant une douleur chronique. La question de l'effet prédisposant ou d'une certaine fragilisation par la confrontation à des événements traumatisant se pose. Quel est le devenir d'un TSPT non traité ? Peut-on guérir d'un TSPT ? Même traité quelle implication sur la réactivité neurobiologique et psychopathologique ?

Par ailleurs, au sein de la clinique des SDC, les patients nous rapportent régulièrement que la douleur, présente, réactive le trauma parfois très ancien, comme si la douleur pouvait avoir un impact sur la reviviscence du trauma, qu'il pensait jusque-là « enfoui ».

Cet aller-retour permanent entre douleur et TSPT est souvent plus facile à étudier lorsque la problématique douloureuse et l'événement traumatique sont dans la même temporalité. Il s'agit ici des situations où les deux problématiques vont d'emblée être étroitement liées par leur émergence conjointe dans l'histoire du patient. On peut par exemple se référer aux accidents de la voie publique ou les accidents du travail.

Mais il peut être également intéressant d'étudier la douleur en tant que potentiel traumatisme. En effet, « le caractère traumatique de la douleur est ainsi lié à cette absence de préparation et à l'impossibilité pour le sujet de fuir l'expérience douloureuse » (Defontaine-Catteau, 2014). Ce vécu se retrouve fréquemment auprès des patients confrontés à des douleurs post-opératoires où parfois le vécu traumatique de la chirurgie ou du problème médical, de part la confrontation à la mort ou la perte potentielle ou effective, favorise l'émergence d'un TSPT.

Il peut également être possible de supposer que la confrontation à une douleur très intense ou à une douleur chronique puisse provoquer un débordement des défenses psychiques, comme une impossibilité de synthétiser (« au sens de Janet ») cette perception interne. L'épuisement, que rapportent les patients face à la douleur chronique, pourrait également avoir un impact similaire.

Ce défaut de synthèse pourrait favoriser l'émergence de la dissociation et ainsi avoir un impact traumatique. Il pourrait être particulièrement intéressant d'étudier ces éléments pour ainsi mieux identifier ce processus et favoriser une meilleure prise en charge.

### **Piste en termes de prise en charge**

Le premier des éléments de prise en charge est un meilleur repérage du TSPT en clinique générale mais également en milieu somatique. Cela passe par une meilleure identification des signes d'un état de stress aigu juste après l'événement potentiellement traumatique, permettant d'ouvrir sur une prévention efficace.

Il conviendra également de repérer les situations à risque en connaissance le vécu des patients face aux événements, mais également en restant attentifs aux réactions pouvant faire évoquer l'émergence d'un trauma (même dans une situation peu réputée traumatisante).

On peut également supposer qu'une adaptation de la prise en charge du TSPT dans les cas de douleur pourrait aider. Il s'agira ainsi d'identifier et évaluer la douleur d'une manière systématique en cas de TSPT et de favoriser une coordination des soins, avec si besoin une orientation vers les SDC.

En cas de problématique traumatique confirmée ou supposée, l'évaluation psychologique et psychopathologique reste un incontournable (Barfety-Servignat, 2018). Il est possible de l'inclure au sein d'un bilan psychologique spécifique douleur (Conradi, Régnier, 2018). Mais il conviendra également au-delà du diagnostic psychologique et psychopathologique de déterminer la dynamique des phénomènes psychiques en jeu et d'identifier les ressources afin d'accéder à un projet thérapeutique accessible.

Enfin l'orientation vers les psychothérapies reste une étape primordiale. Il y a bien évidemment des recommandations sur des traitements médicamenteux possibles mais la psychothérapie reste une modalité thérapeutique de choix dans les problématiques traumatiques (Cochrane, 2010).

Le choix de la thérapie dépendra principalement de la problématique du patient et des modalités accessibles. Les principales psychothérapies (psychanalytique, thérapies comportementales et cognitives, Psychothérapie par hypnose) ont toutes leur indication dans la prise en charge du traumatisme avec une prévalence actuellement de l'EMDR.

Il n'en reste pas moins qu'il semble particulièrement intéressant d'y associer une prise en charge de la douleur adaptée (en fonction du type de douleur, etc...) reprenant un traitement adapté, l'utilisation de techniques non médicamenteuse (de type TENS, mouvement adapté, etc...) et les approches psycho-corporelles à visée antalgique (relaxation, hypnose à visée antalgique, méditation), une fois le nœud traumatique apaisé.

Conclusion

La prise en compte des problématiques traumatiques est donc incontournable en clinique mais nécessite un développement et un affinage de l'évaluation psychologique et psychopathologique sur cette question. L'identification des TSPT est une étape primordiale mais nous avons bien conscience que la question du psychotraumatisme va bien au-delà du TSPT et ouvre sur une clinique beaucoup plus complexe.

## Bibliographie

- Asmundson, G. J. G., & Katz, J. (2008). Understanding pain and posttraumatic stress disorder comorbidity: Do pathological responses to trauma alter the perception of pain?: *Pain*, 138(2), 247-249. <https://doi.org/10.1016/j.pain.2008.06.020>
- Auxéméry, Y. (2012). Une conception moderne du traumatisme psychique à l'usage des médecins somaticiens : Des différentes formes cliniques du trauma à leurs perspectives pharmacologiques. *La Revue de Médecine Interne*, 33(12), 703-708. <https://doi.org/10.1016/j.revmed.2012.08.016>
- Barfety-Servignat, V. (2018). La question du diagnostic psychologique en clinique de la douleur. *Annales Médico-psychologiques, revue psychiatrique*. <https://doi.org/10.1016/j.amp.2018.01.011>
- Bioy, A., & Defontaine-Catteau, M.-C. (2014). Importance du traumatisme psychique en clinique de la douleur. *Douleur et Analgésie*, 27(2), 67-67. <https://doi.org/10.1007/s11724-014-0390-z>
- Brennstuhl, M.-J., Tarquinio, C., & Montel, S. (2015). Chronic Pain and PTSD: Evolving Views on Their Comorbidity: *Chronic Pain and PTSD: Evolving Views on Their Comorbidity. Perspectives in Psychiatric Care*, 51(4), 295-304. <https://doi.org/10.1111/ppc.12093>
- Conradi, S., & Régnier, M. (2018). De la question de l'évaluation psychologique et de la psychométrie en douleur chronique. *Pratiques Psychologiques*. <https://doi.org/10.1016/j.prps.2018.02.002>
- Defontaine-Catteau, M.-C., & Bioy, A. (2014). Place du traumatisme psychique en clinique de la douleur. *Douleur et Analgésie*, 27(2), 68-74. <https://doi.org/10.1007/s11724-014-0381-4>
- M. Ferreri, C. Agbokou, C.-S. Peretti ; *Psychotraumatismes majeurs : état de stress aigu et états de stress post-traumatique Psychiatrie* [37-329-A-11], 2011. Doi : 10.1016/S0246-1072(11)48126-8
- Kédia, M. (2009). La dissociation : Un concept central dans la compréhension du traumatisme. *L'Évolution Psychiatrique*, 74(4), 487-496. <https://doi.org/10.1016/j.evopsy.2009.09.013>
- Tarquinio, Cyril ; Montel Sébastien. (2014). *Les Psychotraumatismes*. Paris: Dunod.