

DOULEUR ET TRAUMATISME

Séverine Conradi, Psychologue

- *Consultation d'Évaluation et de traitement de la douleur -
CHRU de Nancy – Hôpital Central*
- *Doctorante Laboratoire APEMAC-EPHAM Université de
Lorraine*
- Conradi.pro@wanadoo.fr



UNIVERSITÉ
DE LORRAINE

SLTC



Douleur - Généralités

- Douleur est une expérience sensorielle et émotionnelle désagréable associée à un dommage tissulaire présent ou potentiel, ou décrite en termes d'un tel dommage (IASP)
- Douleur chronique = un syndrome multidimensionnel, lorsque la douleur exprimée, quelles que soient sa topographie et son intensité (HAS, 2008) :
 - persiste ou est récurrent au-delà de ce qui est habituel pour la cause initiale présumée,
 - répond insuffisamment au traitement
 - entraîne une détérioration significative et progressive des capacités fonctionnelles et relationnelles du patient.
- Répond à une prise en charge pluriprofessionnelle et pluridisciplinaire (HAS, 2008 – Livre Blanc SFETD – Guides des bonnes pratiques en SDC (à paraître))

PSYCHO-TRAUMATISME

« Le traumatisme psychique est souvent réduit au syndrome de stress post-traumatique qui n'en est pourtant qu'une dimension formelle et partielle » (Defontaine, Bioy 2014)

Traumatisation

- Simple / complexe
- Type 1, 2 ou 3
- Direct / Vicariant

Tarquinio, 2014

Dissociation

- Au cœur des psychotraumatisme
 - résultat d'un manque d'intégration sur les composantes psychiques mais aussi somatiques
- Kédia, 2009

FACE À UN ÉVÈNEMENT TRAUMATIQUE

- Le traumatisme comporte un choc initial lié à l'intensité de l'inattendu, suivi d'une double caractéristique : (Defontaine Catteau, 2003)
 - Somatique = l'ébranlement le corps est saisi par l'angoisse et la lutte pour la survie
 - Psychique = l'expérience d'effroi où le sujet est confronté brutalement à l'étendue des dégâts corporelles et à la perspective de la mort pur lui-même et pour autrui



CONSENSUS

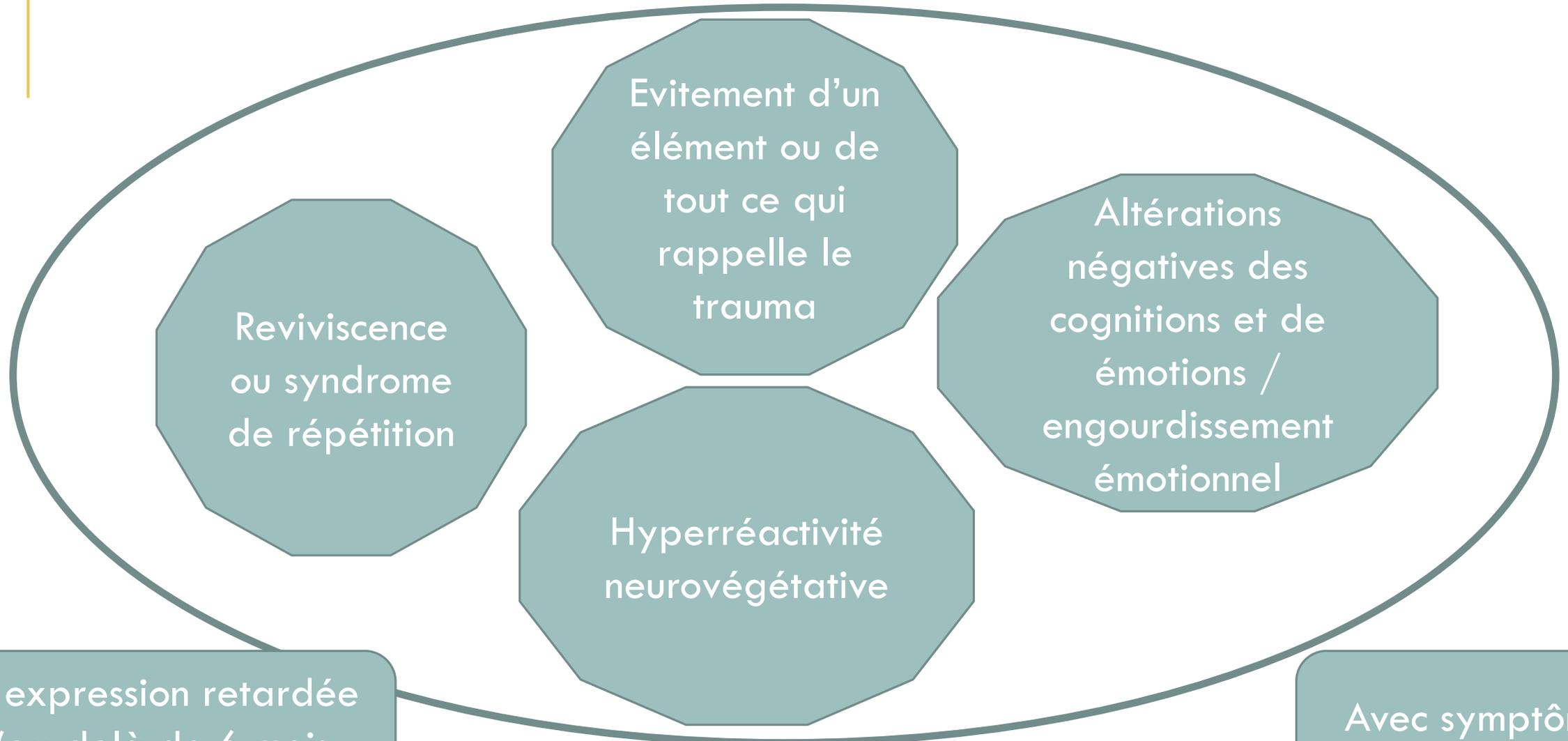


La personne victime d'un traumatisme voit alors une sidération de son fonctionnement psychique (Id)

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

- Dissociation qui va, soit se résoudre d'elle-même au fur et à mesure si capacité de synthèse suffisante, soit se cristalliser et se structurer ou favoriser l'émergence d'une nouvelle organisation psychique (avec résurgence du trauma ou dissociation structurelle personnalité).

TROUBLE DE STRESS POST-TRAUMATIQUES (TSPT) — DMS5



À expression retardée
(au-delà de 6 mois
après l'événement)

Avec symptômes
dissociatifs

DIAGNOSTIC DIFFÉRENTIEL (DSM-5)

Trouble de l'adaptation

Autres troubles et affections post-traumatiques

Trouble de stress aigu

Troubles anxieux et trouble obsessionnel-compulsif

Trouble dépressif caractérisé

Troubles de la personnalité

Troubles dissociatifs (ou inclus dans une forme avec symptômes dissociatifs)

Trouble de conversion (trouble à symptomatologie neurologique fonctionnelle)

Troubles psychotiques

Lésion cérébrale traumatique

ACTUELLEMENT

De 20 à 80% des TSPT développent une plainte algique chronique (Brennstuhl 2014)

- mauvais pronostic,
- augmentation de l'impact sur le travail et les répercussions sociales
- à un mauvais pronostic de traitement
- à la surconsommation de médicaments opioïdes
- coûts personnels et sociétaux considérables (Asmundson, Katz; 2009)

10% à 50% des patients douloureux chroniques ont une problématique trauma (Brennstuhl, 2014)

- 4000 nouveaux patients en SDC
- met en évidence plus de 50 % de prévalence de syndrome de TPST (allant de 1 des éléments du TPST aux 4 éléments le définissant).
- 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 (Langford, 2018)

TSPT et douleur chronique

Traumatisme complexe et douleur chronique ?

Dissociation et douleur ?

EN CLINIQUE DE LA DOULEUR ?

Traumatisme ancien ou répété : entre prédisposition et fragilisation ?

- devenir d'un TSPT ancien non traité ?
- peut-on guérir d'un TSPT / même traité quelle implication sur la réactivité neurobiologique, sur la psychopathologie ?
- Douleur comme reviviscences de trauma
- Quid quand un traumatisme qui se rajoute à une pathologie chronique et/ou douloureuse ?

Quand Douleur et traumatisme surviennent dans le même moment de vie :

- AVP, accident du travail / TSPT
- Douleur post-opératoire et place du TSPT (Katz, 2009, 2015)
- Vécu traumatique de la chirurgie ou du problème médical et la confrontation à la mort ou la perte

La douleur en tant que traumatisme :

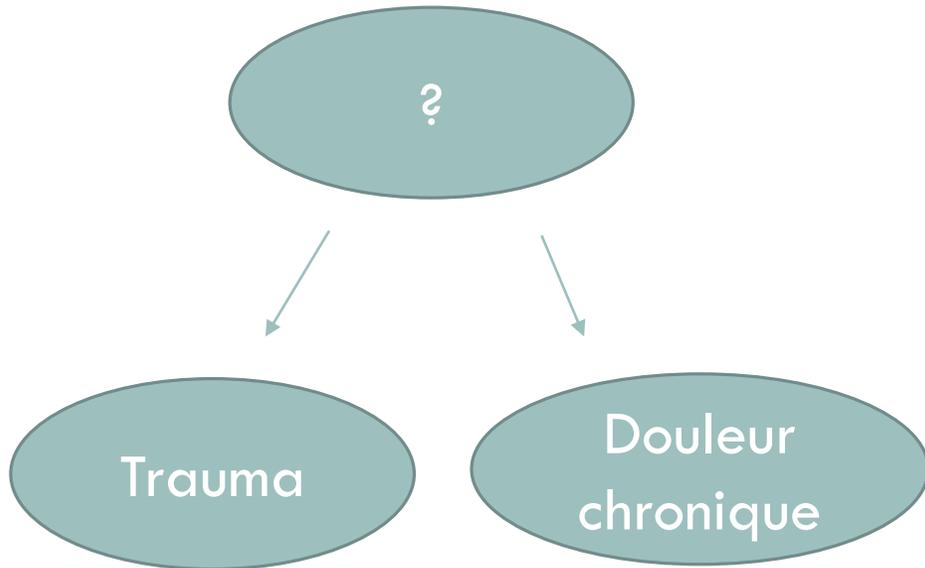
- « le caractère traumatique de la douleur est ainsi lié à cette absence de préparation et à l'impossibilité pour le sujet de fuir l'expérience douloureuse » (Defontaine-Catteau, 2014)
- Débordement des défenses psychiques / comme une impossibilité de synthétiser cette perception interne / Epuisement (Janet)
- Soit dans un contexte de douleur intense ++ sur une durée courte
- Soit contexte de douleur répétée dans le temps qui épuise, qui grignote les défenses psychiques

Théorie du maintien mutuel



- Asmundson 2006, 2002 – Sharp 2001: 7 biais impliqués
 - Rappel persistant du traumatisme (reviviscence douloureuse)
 - Biais attentionnel,
 - sensibilité anxieuse,
 - style cognitif évitant,
 - dépression et diminution de l'activité,
 - perception douloureuse,
 - ressources cognitives
- Modèle d'évitement perpétuel (PAM) = impact majeur de l'hyperactivité neurovégétative ou « hyperarousal » ou à la tension musculaire et à l'évitement. (Liedl et Knaevelsrud 2008)

Théorie de la vulnérabilité individuelle



- Facteur communs de différence individuelles qui prédisposent à la fois à la douleur et au TSPT
- Vulnérabilité anxieuse / Triple vulnérabilité
- Propension à développer des réponses somatiques, cognitives, émotionnelles et comportemental liés à l'anxiété de la douleur qui ressemblent aux caractéristiques d'une réaction de stress traumatique = *Sensibilité à la traumatisation de la douleur* (Kleiman, - Katz, 2017)

Focus Confrontation à la maladie

Une maladie mortelle ou une affection médicale potentiellement mortelle n'est pas nécessairement à considérer comme un événement traumatique

Les incidents médicaux traumatiques : des événements soudains, catastrophiques (par ex: se réveiller pendant une intervention chirurgicale, choc anaphylactique)

Être témoin d'une mort naturelle, ou accidentelle mais aussi une catastrophe médicale concernant l'un de ses enfants (par ex: hémorragie mettant en jeu le pronostic vital)

Exposition indirecte en apprenant un événement doit concerner des événements affectant des parents, des proches ou des amis, et des événements qui sont violents ou accidentels (par ex une mort due à des causes naturelles ne doit pas être prise en considération).

DSM-5

Focus Confrontation à la maladie

- Pathologie cardiaque (Roberge 2010 / Edmondson, 2017)
- Cancer (Arnaboldi, 2017 / Cordova, 2017 / O'Connor, 2011)
- Accouchement (Denis, Callahan 2009 / Krings-George, 2013)
- Chirurgie :
 - hypophysaire (étude pilote DUPUY 2016 4/60 patients)
 - Amputation (Ladds, 2017)
- Réanimation (Bauerheim, 2013)
- Soins intensifs (Aaron Khitab, 2013)
- Blessure liées à l'accident (AVP, TC, ...)

PRÉVENIR ET DÉPISTER

Repérer les TSPT en clinique somatique ?

Mieux identifier les signes d'un état de stress aigu juste après l'événement, car souvent prédictifs du développement d'un TSPT

Mieux repérer les situations à risques en connaissant le vécu des patients mais également rester attentifs aux réactions pouvant faire évoquer l'émergence d'un trauma (même dans une situation peu réputée traumatisante)

Identifier et évaluer la douleur en cas de TSPT

Orienter et accompagner dans une démarche pluriprofessionnelle coordonnées

EVALUATION PSYCHOPATHOLOGIQUE

Bilan psychologique spécifique douleur

Diagnostic psychologique

Evaluation dynamique (et non une fixation) des phénomènes psychiques / identification des ressources

Construction d'un projet thérapeutique accessible et explicité au patient

Fonction thérapeutique en soi

*Defontaine-Catteau, 2014 / Barfety-Servignat
2018 / Conradi, Régnier 2018*

PRISE EN CHARGE

Conjointe douleur et trauma

Coordination des moments de prise en charge

Nécessaire pluriprofessionnalité et pluridisciplinarité

MODALITÉS DE PRISE EN CHARGE

- Prise en charge des psycho-traumatisme : reco pour un traitement pharmacologique et psychothérapeutique dans les TSPT (Cochrane, 2010), psychothérapie ++ dans les traumatismes complexes
- Place prépondérante de la psychothérapie
 - TCC
 - Psychanalyse
 - EMDR
 - Hypnose (psychothérapeutique)
 - MBSR

- Associer une prise en charge de la douleur adaptée (en fonction du type de douleur, etc...)
 - Ttt adapté
 - Technique non médicamenteuse (TENS, mouvement, etc...)
 - Approche non médicamenteuse (relaxation, hypnose à visée antalgique).
- Avec une inscription dans le temps
 - Récupération de la qualité du sommeil
 - Désamorçage de la Sensibilisation Centrale
 - Reprise progressive de capacités physiques et psychique

EN CONCLUSION

Éléments de base

Reviscience, Evitement, hyperréactivité,
Emotions et cognitions négatives

Orienter rapidement, dans l'alliance, vers
une évaluation psychologique et
psychopathologique

Prise en charge conjointe des deux
problématiques (TSPT et douleur)

A venir

Améliorer le dépistage sans fragiliser les
patients ni survictimiser

Développer les recherches pour mieux
comprendre les mécanismes communs ou
renforçateurs

Place de la Dissociation à mieux
comprendre

*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

BIBLIOGRAPHIE

Tarquino, Cyril ; Montel Sébastien. (2014). Les Psychotraumatismes. Paris: Dunod.

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>

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>

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>

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>

Brennstuhl, M.-J., Tarquino, 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>

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>

Bioy, A., Conradi, S., & Barfety, V. (2014). Entendre, évaluer et répondre au traumatisme psychique. *Douleur et analgésie*, 27, 75-81

Defontaine-Catteau, M. C., & Bioy, A. (2014). Place du traumatisme psychique en clinique de la douleur Psychological traumatism in pain management. *Douleur et analgésie*, 27(2), 68-74.

Barfety-Servignat, V. (2018). La question du diagnostic psychologique en clinique de la douleur. *Annales Médico-psychologiques, revue psychiatrique*, 177, 4, 352-357

Conradi, S., Régnier, M. (2018). De la question de l'évaluation psychologique et de la psychométrie en douleur chronique. *Pratiques psychologiques*, 25(1), 51-61.