

LA BOÎTE À OUTILS

DE LA

DOULEUR

ÉVALUATION ET TRAITEMENT

Christine Berlemont

Séverine Conradi

Virginie Piano

62

outils

clés en main



DUNOD

Crédits iconographiques : les illustrations sont issues de @pixabay.com, ou composées par les autrices sur Canva, Gimp, Microsoft Word ou Microsoft PowerPoint.

Conseiller éditorial : Pr Antoine Bioy

Assistanat d'édition : Anna Calvière

Mise en page : Belle Page

Conception de couverture : mokmok.agency

Le pictogramme qui figure ci-contre mérite une explication. Son objet est d'alerter le lecteur sur la menace que représente pour l'avenir de l'écrit, particulièrement dans le domaine de l'édition technique et universitaire, le développement massif du photocopillage.

Le Code de la propriété intellectuelle du 1^{er} juillet 1992 interdit en effet expressément la photocopie à usage collectif sans autorisation des ayants droit. Or, cette pratique s'est généralisée dans les établissements

d'enseignement supérieur, provoquant une baisse brutale des achats de livres et de revues, au point que la possibilité même pour

les auteurs de créer des œuvres nouvelles et de les faire éditer correctement est aujourd'hui menacée. Nous rappelons donc que toute reproduction, partielle ou totale, de la présente publication est interdite sans autorisation de l'auteur, de son éditeur ou du Centre français d'exploitation du droit de copie (CFC, 20, rue des Grands-Augustins, 75006 Paris).



© Dunod, 2022

11 rue Paul Bert, 92240 Malakoff

www.dunod.com

ISBN 978-2-10-083636-9

Le Code de la propriété intellectuelle n'autorisant, aux termes de l'article L. 122-5, 2° et 3° a), d'une part, que les « copies ou reproductions strictement réservées à l'usage privé du copiste et non destinées à une utilisation collective » et, d'autre part, que les analyses et les courtes citations dans un but d'exemple et d'illustration, « toute représentation ou reproduction intégrale ou partielle faite sans le consentement de l'auteur ou de ses ayants droit ou ayants cause est illicite » (art. L. 122-4).

Cette représentation ou reproduction, par quelque procédé que ce soit, constituerait donc une contrefaçon sanctionnée par les articles L. 335-2 et suivants du Code de la propriété intellectuelle.

VOUS AUSSI, AYEZ LE RÉFLEXE

Boîte à outils

Des outils classés par dossiers thématiques

5 DOSSIER

IMAGE PERSONNELLE ET NOTORIÉTÉ

“ Être le meilleur est bien, car tu es le premier. Être unique est encore mieux car tu es le seul. ”

Wilson Kanadi

Une présentation visuelle de chaque outil

Exercices

EXERCICE 1 : AMÉLIORER SA CONCENTRATION

- Fermez les yeux, représentez-vous le chiffre 1.
- Lorsque vous le voyez clairement en pensée, effacez de votre esprit l'image du chiffre 1.
- Réapprenez-vous le chiffre 0. Continuez ainsi jusqu'à 10.

EXERCICE 2 : LA MÉTHODE DE « L'ÉCOUTE AVEC LE CŒUR »

- La technique se résume en cinq questions

1. Qui s'est-il passé ?

Quelle émotion avez-vous ressentie ?

Quelle a été la plus difficile pour vous ?

Outil 33 Le Personal Branding

“ Aujourd'hui, à l'ère de l'individu, vous devez être votre propre marque. ”

En quelques mots

Le Personal Branding ou la gestion de sa marque personnelle est un outil de réflexion et de mise en œuvre d'actions définies visant à contribuer à la construction de son image personnelle.

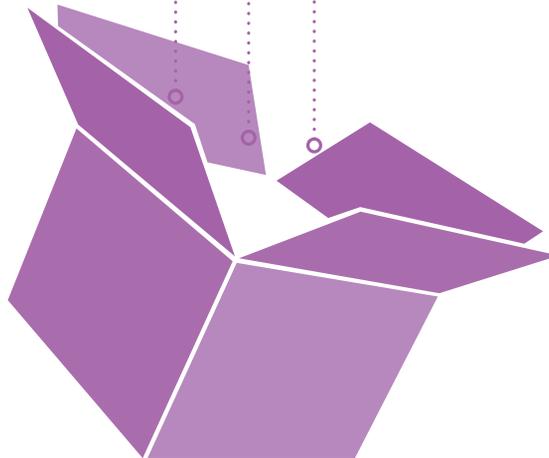
En marketing de soi, le Personal Branding est l'ensemble des moyens techniques et canaux que l'on va utiliser afin de construire son identité, sa renommée visible et sa promesse de façon pertinente et efficace.

À l'instar des entreprises qui créent des marques, les rendent visibles, développent leur notoriété et travaillent leur image, il est possible d'être utile de construire et mettre en avant sa propre « marque ».

LES COMPOSANTES DE LA VALEUR DE L'EXPÉRIENCE POUR LE CLIENT

Composante de la valeur perçue dans l'expérience	Ressources apportées par l'entreprise à l'origine de cette valeur
Stabilité Fait économiser ou gagner de l'argent	Des offres spéciales, des ventes flash, des cadeaux à partir de achats ou des départs gratuits
Temporité Fait gagner du temps ou respecte l'urgence souhaitée par le client	Une ouverture, une disponibilité

Des exemples, cas ou exercices pour approfondir



Remerciements

Nous remercions sincèrement Antoine Bloy et Valérie Le Rey pour leur soutien, leur confiance, et leurs conseils.

Merci à Didier Marchand et Delphine Casalini pour leur relecture.

Nous remercions vivement nos étudiants ainsi que les professionnels de santé qui se forment et qui nous poussent à expliquer précisément et synthétiquement notre discipline.

Nous remercions cordialement nos patients qui sont de plus en plus désireux de comprendre tous les aspects de leur maladie.

Nous remercions chaleureusement nos familles qui nous ont accompagnés.

Auteurs

Christine BERLEMONT	Infirmière ressource douleur, impliquée dans les parcours adulte et pédiatrique, autrice de plusieurs publications sur la thématique douleur. Elle complète son expérience avec une participation à la recherche (CNRS, laboratoire neurosciences) et ne compte pas les déplacements pour favoriser la formation des professionnels de santé.
Séverine CONRADI	Psychologue clinicienne du CHRU de Nancy, exerçant depuis 2001 en SDC (Structure Douleur Chronique), formée aux thérapies comportementales et cognitives et à l'hypnose à visée antalgique, membre actif de la SFETD (Société Française d'Étude et de Traitement de la Douleur) et actuellement doctorante dans le laboratoire EPSAM-APEMAC de l'Université de Lorraine sur le thème de traumatisation et chronicisation de la douleur.
Virginie PIANO	Médecin MD PhD, algologue depuis 2010 au CHU de Nice, puis l'AP-HM et enfin chef de service au centre hospitalier de la Dracénie. Avec plusieurs publications (articles scientifiques, livres douleurs et revues pour la SFETD) à son actif, elle a pu poursuivre son travail de thèse de sciences à l'UMC Saint-Radboud de Nimègue aux Pays-Bas. Clinicienne confirmée, elle œuvre à une prise en charge globale.

Préface

Vous tenez entre les mains un ouvrage essentiel ! Lorsque j'ai proposé aux éditions Dunod cette thématique, c'est parce qu'il me semblait manquer un livre synthétique de première approche, rigoureux et offrant une lecture de la prise en soin de la douleur depuis la rencontre clinique, jusqu'au devenir de la douleur au fil de l'accompagnement du patient. Un ouvrage « points de repères » destiné à la fois aux personnes en formation initiale ou continue, et aussi aux professionnels qui souhaitent avoir à disposition un guide dans leur travail clinique complexe et exigeant auprès des patients douloureux.

Le choix des auteurs reflète le travail pluriel nécessaire aux prises en soin : médical, paramédical et psychologique ; d'autres approches – notamment sociales – pouvant dans certains cas être sollicitées. Christine Berlemont, Séverine Conradi et Virginie Piano sont trois grandes professionnelles, expertes dans ce champ et fines cliniciennes. Cela a été un grand plaisir pour moi lorsqu'elles ont accepté de travailler à l'écriture de cet ouvrage, et surtout de les accompagner dans cette aventure éditoriale. Et je dois dire que je suis vraiment heureux de la qualité de l'ouvrage qu'elles vous proposent, à la fois d'une grande richesse et qui offre de nombreuses ressources cliniques.

La douleur est un ressenti et aussi une expérience allant de l'inconfort à la souffrance insupportable. Dit sommairement, le ressenti correspond à la part physiologique du phénomène douleur, et l'expérience est l'appropriation par le patient de ce phénomène passé aux filtres de son histoire, de son identité, de la façon dont il se saisit du contexte où sa douleur naît et s'enracine. Il s'agit là des deux faces de la douleur, d'une dissociation première qui annonce l'objectif à atteindre dans les accompagnements, que la douleur soit aiguë ou chronique : *in fine*, le patient doit se réassocier et donner du sens à cette douleur qui a pris siège dans son corps ainsi que dans son histoire.

Parfois, ce sens est simple, « mécanique » : une douleur comme reliquat d'une intervention chirurgicale, par exemple. Parfois il est plus obscur ; c'est le cas lorsque par exemple cette douleur commence à durer plus que ce qui est attendu, à distance de ladite opération. La question est alors de comprendre et de travailler ce qui favorise la chronicisation de la douleur. Et parfois enfin le sens de la douleur est difficilement accessible, donne lieu à des « excroissances symptomatiques » qui signent la souffrance et marquent combien la dissociation continue à meurtrir (douleurs dites rebelles aux traitements, apparition d'un tableau dépressif, comportements atypiques et parfois délétères comme la kinésiophobie, etc.). Et dans ce cas, c'est une lecture plurielle qui est d'emblée requise, alliant l'art du médical, du paramédical et du psychologique. Aucun des intervenants n'a le savoir

ni la compétence pour – seul – travailler à la réassociation du patient, c'est-à-dire à la réappropriation par ce dernier de son corps, de son histoire, de son identité. Les trois lectures sont nécessaires pour mettre en place une stratégie thérapeutique venant en aide à celui qui souffre, mêlant méthodes dites conventionnelles (entretien, examen et évaluation clinique, thérapeutiques médicamenteuses, art de la rhétorique, travail de la relation...) et aussi non conventionnelles (approches psychocorporelles, acupuncture, activité physique adaptée...).

L'idée n'est pas de travailler pour le patient, ni même de le mettre au centre de la prise en charge (car il devient alors comme une bête curieuse, au centre de toutes les attentions). Mais bien de travailler avec lui, c'est-à-dire d'installer d'emblée la démarche éthique qui consiste à s'enquérir chaque fois que possible du consentement du patient quant aux options thérapeutiques évoquées. Et aussi, côté praticien, d'installer un questionnement éthique perpétuel consistant à s'interroger sans cesse sur la façon dont notre influence peut parfois heurter le patient dans sa temporalité et ses points cardinaux de vie. Par exemple, lorsque nous sommes dans la conviction que le « bon traitement » existe et que nous souhaitons le mettre en place d'emblée dans un contexte chronique, sans prendre garde à tout ce qui doit se travailler auparavant et progressivement. Ou encore lorsque nous faisons des interprétations trop directes à propos de la survenue d'une douleur ou de sa chronicisation, pensant que la justesse d'un propos serait toujours supérieure au choix de « l'instant de dire », tout en précaution pour ce que le patient est *a priori* en capacité d'entendre à un moment donné du suivi.

Il est question dans cet ouvrage de tout cela et de bien plus. Le souhait que je formule est que l'expérience que les auteures vous transmettent vous accompagne le plus longtemps possible, pour le bien de nos concitoyens que la douleur harasse. Bonne lecture !

Pr Antoine Bioy
Enseignant chercheur, université de Paris 8, LPPC
Psychologue psychothérapeute, CHU de Bordeaux, IMIC
Ancien vice-président de la SFETD

Avant-propos



La douleur est une expérience sensorielle et émotionnelle désagréable associée à une lésion tissulaire réelle ou potentielle ou décrite dans ces termes.

Définition de la douleur, Organisation Mondiale de la Santé

À l'instar des repères que nous nous sommes construits suite à l'exercice de nos professions, depuis de nombreuses années, auprès des patients présentant des douleurs aiguës ou chroniques, nous vous proposons une série d'outils. Nous les avons voulus accessibles et ludiques afin de favoriser leur intégration et leur transmission. Cet ouvrage ne remplace pas pour autant une formation spécifique en douleur. Par ailleurs, nos trois regards permettront d'approcher une vision globale de ce phénomène complexe qu'est la douleur.

L'expérience de la douleur

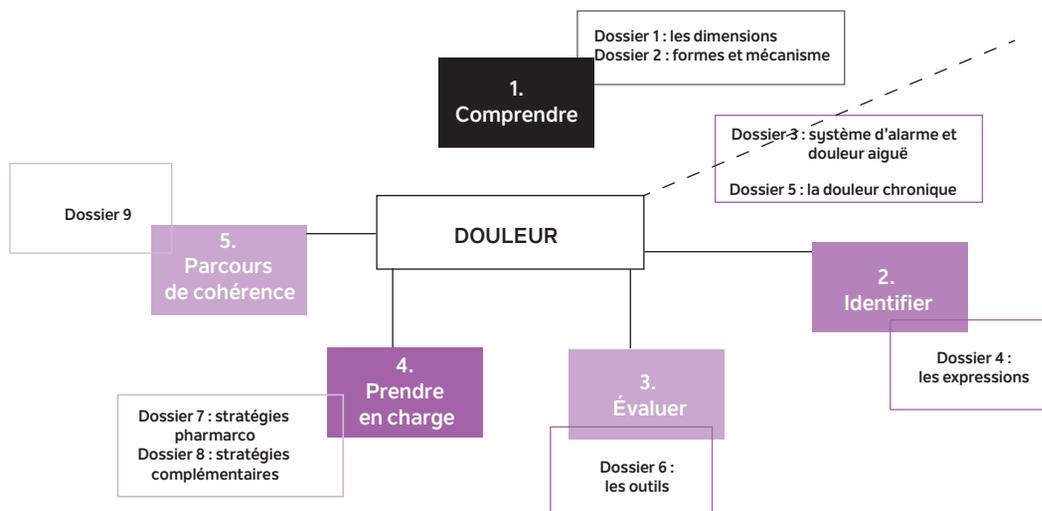
La douleur est une expérience, une expérience pour la personne, une expérience pour l'entourage, une expérience pour le soignant. D'emblée, comment formaliser des connaissances expérientielles sous la forme d'un ouvrage ? Défi de taille ! C'est pourtant ce que nous tentons de faire ici en partant de nos différentes pratiques cliniques.

Depuis plus de 50 ans, de nombreux chercheurs et cliniciens œuvrent à développer une meilleure connaissance de ce phénomène complexe et commencent à nous permettre d'avoir un substrat théorique suffisant pour pouvoir approcher cette complexité expérientielle.

Alors commençons l'expérience en travaillant en premier lieu la mise en mots de cette expérience (dossier 1) pour ensuite développer des connaissances plus précises grâce à l'avancée de la recherche (dossiers 2 à 5) et pour œuvrer au développement d'une prise en soin performante (dossiers 6 à 8). Nous terminerons, à travers le dernier

dossier, par des perspectives en lien avec la nécessité de créer des dispositifs tant au niveau de l'organisation sanitaire qu'au niveau des pratiques professionnelles permettant de limiter l'impact néfaste de la chronicisation de la douleur. Pour rendre ces outils le plus pratique possible, nous avons réalisé la plupart des illustrations pour qu'elles vous accompagnent au quotidien.

STRUCTURE DU LIVRE



Sommaire

Remerciements	4	
Auteurs	5	
Préface	6	
Avant-propos	8	
DOSSIER 1	LA DOULEUR : DIMENSIONS QUI LA COMPOSENT 12	
• <i>Outil 1</i>	Ce que je sens	14
• <i>Outil 2</i>	Ce que je ressens	16
• <i>Outil 3</i>	Ce que je pense (et comprends)	18
• <i>Outil 4</i>	Ce que je montre	20
• <i>Outil 5</i>	Ce que l'on entend	22
DOSSIER 2	LA DOULEUR : FORMES ET MÉCANISMES QUI LA DÉFINISSENT 24	
• <i>Outil 6</i>	La douleur nociceptive	26
• <i>Outil 7</i>	La douleur neuropathique	28
• <i>Outil 8</i>	La douleur nociplastique	32
• <i>Outil 9</i>	La douleur inflammatoire	34
• <i>Outil 10</i>	La douleur projetée	36
• <i>Outil 11</i>	La douleur viscérale	42
• <i>Outil 12</i>	Le champ du somatoforme	46
DOSSIER 3	LA DOULEUR AIGÜE : UN SYSTÈME D'ALERTE PERFORMANT 50	
• <i>Outil 13</i>	La genèse de la douleur I : les nocicepteurs et les fibres de la douleur	52
• <i>Outil 14</i>	La genèse de la douleur II : les voies ascendantes de la douleur	54
• <i>Outil 15</i>	La douleur en images	56
• <i>Outil 16</i>	Les voies de contrôle de la douleur	58
• <i>Outil 17</i>	La douleur aiguë	62
• <i>Outil 18</i>	Quand le système d'alarme dysfonctionne : hyperalgésie	64
DOSSIER 4	UN PHÉNOMÈNE À MULTIPLES EXPRESSIONS 66	
• <i>Outil 19</i>	La plainte douloureuse et ses composantes	68
• <i>Outil 20</i>	Singularité du contexte de soins	72
• <i>Outil 21</i>	Singularité du contexte postopératoire	74
• <i>Outil 22</i>	Spécificités chez l'enfant	76
• <i>Outil 23</i>	Spécificités de la plainte douloureuse chez la personne âgée	79
• <i>Outil 24</i>	Spécificités de la plainte douloureuse en psychiatrie	81
DOSSIER 5	QUAND LA DOULEUR DEVIENT CHRONIQUE 84	
• <i>Outil 25</i>	Définition de la douleur chronique	86
• <i>Outil 26</i>	Le fardeau de la douleur chronique	88
• <i>Outil 27</i>	Faire face à la douleur	90
• <i>Outil 28</i>	De la peur de la douleur à la kinésiophobie	92
• <i>Outil 29</i>	Douleur chronique postopératoire (DCPO)	94

DOSSIER 6	ÉVALUER LA DOULEUR AVEC DES OUTILS ADAPTÉS	96
	• <i>Outil 30</i> La démarche d'évaluation	98
	• <i>Outil 31</i> Évaluer le patient pédiatrique	101
	• <i>Outil 32</i> Évaluer la douleur de la personne âgée	104
	• <i>Outil 33</i> Évaluer en situation de handicap	107
	• <i>Outil 34</i> Évaluer dans les circonstances particulières	110
	• <i>Outil 35</i> Évaluation des dimensions psychologiques	112
	• <i>Outil 36</i> Évaluation et outils spécifiques	115
DOSSIER 7	STRATÉGIES THÉRAPEUTIQUES MÉDICAMENTEUSES	118
	• <i>Outil 37</i> La philosophie générale de l'approche médicamenteuse	120
	• <i>Outil 38</i> Bonnes pratiques autour du médicament	122
	• <i>Outil 39</i> Les principes généraux : les paliers de l'OMS	124
	• <i>Outil 40</i> Comprendre la classification de Lussier et Beaulieu	126
	• <i>Outil 41</i> Intérêt des co-antalgiques	128
	• <i>Outil 42</i> Intérêt des traitements locaux	130
	• <i>Outil 43</i> Bonnes pratiques concernant les opioïdes	132
	• <i>Outil 44</i> Utilisation des opioïdes forts	135
DOSSIER 8	STRATÉGIES THÉRAPEUTIQUES NON MÉDICAMENTEUSES ET/OU COMPLÉMENTAIRES	138
	• <i>Outil 45</i> Philosophie générale de ces approches	140
	• <i>Outil 46</i> Quelles méthodes sont habituellement proposées en douleur ?	143
	• <i>Outil 47</i> Quand et comment proposer une TNMC ?	146
	• <i>Outil 48</i> Les métiers de la rééducation	149
	• <i>Outil 49</i> Psychothérapie et Douleur	151
	• <i>Outil 50</i> Éducation thérapeutique et douleur chronique	154
	• <i>Outil 51</i> Stimulation transcutanée externe	156
	• <i>Outil 52</i> Acupuncture pour traiter la douleur	158
	• <i>Outil 53</i> Prévention de la douleur : activité physique adaptée, alimentation, hygiène de vie	160
DOSSIER 9	AU-DELÀ DES TECHNIQUES DE PRISE EN CHARGE, LA COHÉRENCE DE LA RELATION	164
	• <i>Outil 54</i> Prendre en charge la douleur : une obligation de santé	166
	• <i>Outil 55</i> Soins primaires et prise en charge de la douleur : quelques pistes d'orientation	169
	• <i>Outil 56</i> La prise en charge de la douleur à l'hôpital	172
	• <i>Outil 57</i> Les SDC : l'expertise au soutien au médecin traitant, à l'équipe de soin	174
	• <i>Outil 58</i> Les traitements dont l'emploi nécessite une orientation vers une structure douleur	176
	• <i>Outil 59</i> Pluriprofessionnalité	179
	• <i>Outil 60</i> Placebo et effet placebo : restons éthiques	182
	• <i>Outil 61</i> La relation thérapeutique	185
	• <i>Outil 62</i> Association de patients, patient-expert en douleur chronique	187
	Réponses aux quiz	190
	Glossaire	191
	Abréviations	193
	Bibliographie	194

1

DOSSIER

LA DOULEUR : DIMENSIONS QUI LA COMPOSENT

“

La douleur est un grand maître...
Elle nous apprend qu'on est vivant.

Dominique Lévy-Chédeville, L'homme aux passions tristes



© Gordon Johnson

La douleur tout le monde la connaît ! Inhérente à la condition humaine, elle est présente à toutes les étapes de la vie, de la naissance à la mort, dans plusieurs situations de la vie quotidienne ou lors d'un traumatisme ou d'une pathologie.

Alors comment parler de la douleur à travers cette universalité¹ du phénomène et en même temps son unicité ? En effet, chaque douleur est différente. On parlera de la subjectivité inhérente à la perception douloureuse qui impose que chaque douleur soit d'abord et avant tout celle que vit l'individu. Or, intégrer cette subjectivité est un des enjeux majeurs pour la compréhension de ce phénomène.

Nous allons découvrir dans ce dossier les différentes dimensions qui composent l'expérience douloureuse au moment où survient un événement qui génère une douleur, comme une expérience que nous allons suivre étape par étape. Ce dossier sera à visée d'introduction de la suite du travail effectué dans cet ouvrage.

Quelques éléments de base

Prendre en compte la douleur nous amène à nous placer dans la perspective d'un modèle bio-psycho-social de l'humain. Ce modèle postule l'intrication et l'interrelation des 3 dimensions en permanence dans son environnement, d'où la nécessaire confrontation à la complexité du phénomène.

1. *Nota bene* : une petite partie de la population est née dépourvue d'un système algique activable. Il s'agit de l'insensibilité congénitale à la douleur.

Ces dimensions sont présentes quelle que soit l'étiologie de la douleur (blessure, atteinte d'un nerf, maladie auto-immune inflammatoire ou évolutive, etc.) mais aussi quels que soient les conditions ou l'âge de l'individu.

Alors débutons cette expérience !

Posons tout d'abord le décor : nous sommes dans une dernière belle journée de septembre. En entrant dans la cuisine, où des travaux viennent de se terminer, votre pied entre violemment en contact avec un clou oublié sur le sol.

Quiz

	VRAI	FAUX
1. Plus j'ai mal, plus la lésion est grande.		
2. En pratique clinique, il est plus important de s'intéresser à la composante sensori-discriminative de la douleur.		
3. Quand je ne sens pas de douleur dans mon corps, c'est que mes neurones impliqués dans le système de la douleur sont au repos ou désactivés.		
4. Quand une douleur est présente à un endroit du corps, c'est nécessairement qu'il y a une lésion à cet endroit-là.		
5. Il existe plusieurs systèmes de renforcement des douleurs aiguës : sensibilisation, hyperalgésie, etc.		
6. Les bébés ne ressentent pas la douleur car les récepteurs ne sont pas encore matures.		

Réponses au quiz en fin d'ouvrage

Les outils

1	Ce que je sens	14
2	Ce que je ressens	16
3	Ce que je pense (et comprends)	18
4	Ce que je montre	20
5	Ce que l'on entend	22



Outil

1

Ce que je sens

“

*La douleur est aussi
nécessaire que la mort.*

Voltaire

En quelques mots

Le clou touche le pied et pénètre les tissus. Les **récepteurs sensoriels** sont activés, une cascade de réactions se met en marche ! C'est la première composante, qui vient de prime abord lorsqu'on réfléchit à la douleur. Elle se réfère à la **localisation** de la douleur, la **durée** et les **qualificatifs** ou adjectifs pour la décrire. Très ancrée dans nos mémoires, cette composante a longtemps été considérée comme étant la seule présente. En effet, pendant des centaines d'années, les théories s'appuyaient sur l'idée selon laquelle la douleur était issue de l'activation d'une série de récepteurs (détectant une température dangereuse, une pression menaçant les tissus ou une atteinte tissulaire menaçant l'intégrité corporelle ou des substances chimiques (outil 13)).



UNE ACTIVATION D'UN SYSTÈME RÉFLEXE A PRIORI SIMPLE

C'est le modèle des fibres spécifiques, activées par une ou des stimulations, d'une intensité suffisante, produisant une réponse réflexe. C'est ce que l'on observe classiquement dans notre exemple : dès que les récepteurs du pied sont stimulés d'une manière importante par l'intrusion du clou dans les tissus, une série de messages nerveux sont transmis à la suite du système pour obtenir une réaction réflexe de protection, à savoir le retrait du pied.

Cette activation se réalise quand l'intensité de la stimulation sensorielle est haute et suffisante pour supposer une menace de l'intégrité de l'organisme. C'est ce que l'on appelle la nociception. Permettant d'identifier rapidement la source de la douleur et de réagir (retirer le pied du clou !), ce système d'alarme joue, dans la majorité des cas, un rôle majeur dans la préservation de l'être humain. Il repose sur un système neuro-physiologique de mieux en mieux identifié (dossier 3).

Cependant, ce système, qui apparaît comme simple, se complique dans de nombreuses situations, dont les situations cliniques. C'est le cas par exemple des douleurs projetées (où la source de la douleur n'est pas là où l'on sent la sensation douloureuse - outil 10) et les situations où la perception de la douleur n'est pas activée par une blessure tissulaire (comme dans la migraine par exemple). Décrivons maintenant deux autres situations fréquentes.

QUAND LE SYSTÈME NERVEUX EST LUI-MÊME BLESSÉ

Parfois le système nerveux (SN) de la douleur est lui-même atteint : soit par une maladie, une lésion ou après une amputation, ou encore à la suite d'un accident vasculaire. Cette atteinte affecte alors le SN provoquant une modification des sensations et la localisation de la douleur. Ainsi des stimulations normalement non douloureuses peuvent déclencher une douleur (comme le frottement ou le contact de l'eau à température normale) ou au contraire la zone peut devenir anesthésiée ou totalement insensible.

La localisation peut être impactée et semble illogique, comme ressentir une douleur dans un membre qui a été amputé ou ressentir une douleur plus largement que la zone atteinte (ex : une douleur dentaire qui impacte une autre zone). La cartographie corporelle peut être en effet modifiée par l'atteinte du système nerveux.

QUAND LES SENSATIONS SONT MODIFIÉES PAR LA MODULATION

Lorsque la douleur devient chronique ou que les accès douloureux se répètent dans le temps, le modèle des fibres spécifiques ne tient pas. Dans notre exemple, imaginons que le pied de la personne qui rencontre le clou ait déjà eu plusieurs atteintes particulièrement douloureuses, et que même si l'intégrité du pied est présente, une sensation douloureuse intense peut être activée.

En effet, grâce aux travaux de Melzack et Wall, dans les années 1960, nous savons maintenant que le système de la douleur est constitué de plusieurs systèmes de modulations endogènes dont par exemple le *gate-control* (outil 16).

Les recherches scientifiques ont permis également de déterminer des modulations du système sur le versant hyperalgisant ; c'est-à-dire une augmentation de la perception douloureuse, soit par l'absence des mécanismes de contrôle soit par des mécanismes d'hyperalgésie spécifiques (outil 18).

Avant de vous lancer...

- ✓ Avez-vous déjà rencontré des personnes présentant des douleurs difficiles à comprendre ?
- ✓ Prenez quelques instants pour réfléchir sur la description qu'ils en ont faite et faites le lien avec l'évaluation de la douleur et de ses composantes (cf. dossier 2) puis les mécanismes (cf. dossier 3).
- ✓ Savez-vous comment on appelle des douleurs présentes sur un membre amputé ? Ce sont des douleurs fantômes.

Outil

2

Ce que je ressens

“

Ah ! l'insignifiance de tout
face à la douleur !

Louis Nucera, *Ils s'aimaient*

En quelques mots

Le système d'alarme est activé. Une cascade de réactions est lancée. Parmi celles-ci, **l'émotionnel** a une place prépondérante. En effet, l'émotionnel est présent dans toute douleur, colorant nécessairement l'expérience de la douleur.

Même si ce pan de la recherche est moins développé, les neurosciences et la psychologie nous apportent quelques éléments pertinents.



IMPACT DES ÉMOTIONS SUR LA DOULEUR : UNE RÉACTION INDISSOCIABLE

Il a ainsi pu être démontré que les émotions désagréables impactent à la fois le seuil de perception (diminution) et la perception (augmentation) ainsi que la tolérance à la douleur. De la même manière, mais avec une intensité moindre, les émotions agréables réduisent généralement l'intensité douloureuse et augmentent le seuil de perception de la douleur et la tolérance à la douleur.

Les mécanismes physiologiques de la nociception et de l'émotionnel sont communs à la fois dans le ressenti et dans la modulation par les systèmes de contrôle (outil 16). Ainsi, la prise en considération de l'état émotionnel de l'individu au moment de la douleur mais aussi de la réaction émotionnelle face à un stimulus douloureux sont des éléments primordiaux. Par exemple, selon l'état émotionnel dans lequel je suis, mais également celui qui est provoqué par la stimulation du clou, ma perception de la douleur dans mon pied sera différente, allant d'une douleur très importante à une douleur assez limitée.

DOULEUR ET STRESS

Suite à la stimulation des récepteurs déclenchant une douleur, l'activation du système de la douleur actionne de manière conjointe et simultanée un autre système réflexe : celui du stress.

D'un point de vue phylogénétique, l'activation des deux systèmes semble être à visée de protection, permettant d'activer plus rapidement une réaction de protection ou de fuite. D'ailleurs, la neurophysiologie du stress et celle de la douleur ont de nombreux mécanismes en commun, permettant en cas de douleur aiguë, de stimuler des réactions physiologiques et cognitivo-comportementales réflexes aboutissant, par exemple, à la mise en place des comportements préservant l'individu.

La réaction de stress peut être d'intensité variable, déterminée par des facteurs génétiques, personnels, culturels et ceux en lien avec le contexte. Il est habituel de penser à l'impact renforçateur du stress sur la perception de la douleur (tel qu'une huile que l'on jette sur le feu) mais il n'est pas rare de voir également l'effet inverse : l'individu peut ne plus percevoir la douleur sur le moment, notamment en cas de stress intense, afin notamment de lui permettre de mettre en place des comportements de protection.

Enfin en cas de répétition de la douleur et/ou du stress, les efforts fournis par le corps pour préserver l'homéostasie peuvent occasionner des désordres. Nous parlons alors d'une charge allostatique élevée, connue pour avoir un impact négatif sur plusieurs pathologies, voire impliquée dans la genèse de certaines problématiques douloureuses (par ex. fibromyalgie).

Avant de vous lancer...

- ✓ **Rappelez-vous que les émotions de base sont : la tristesse, la peur, la joie, la colère, la surprise et le dégoût.**
- ✓ **Quels impacts des émotions sur la perception douloureuse avez-vous pu observer ?**

Ce que je pense (et comprends)

“

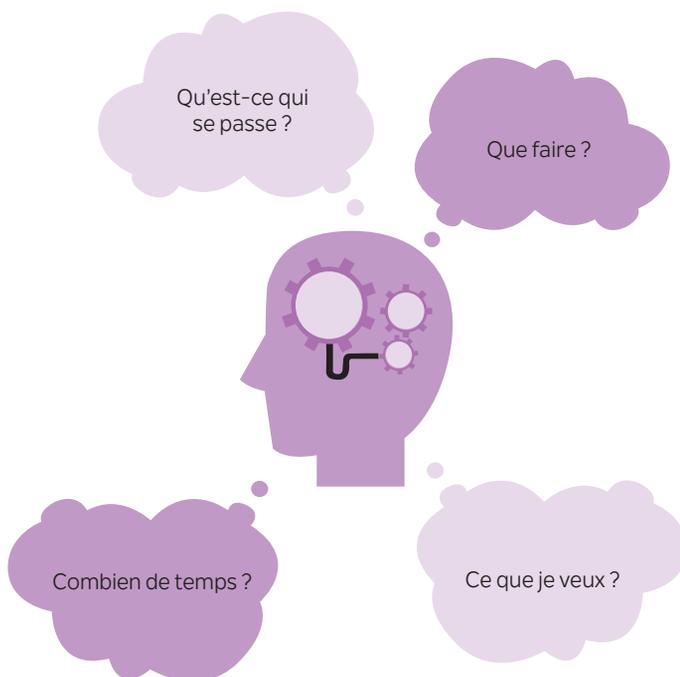
Je pense, donc je suis.

René Descartes,
Discours de la méthode

En quelques mots

D'une manière quasi instantanée, la survenue d'une stimulation douloureuse est accompagnée de pensées, d'images mentales et de croyances : les **cognitions**. C'est un réflexe en lien avec la douleur : l'identification de la **situation** (« y a-t-il un ou plusieurs clous ? »), de **l'atteinte** (« ce n'est pas grave ! ») et de la **conduite à tenir** (« me mettre en sécurité ! »).

L'ensemble de notre système cognitif s'active pour intégrer cet événement, lui donner un sens.



UNE MÉMOIRE TOUJOURS ACTIVE

Véritable banque de données, la mémoire active un mécanisme qui, couplé avec la nociception, nous permet de nous adapter au mieux. On retrouve ainsi un potentiel d'apprentissage par la douleur important. Il impacte nos comportements parfois en dehors de notre conscience : identifier (se souvenir) plus rapidement des sources de douleur, adapter au mieux les réactions, et permettre l'émergence de conduites orientées vers la préservation de l'être humain.

Par ailleurs, la mémoire est activée très tôt dans la construction de l'individu (dès la période *in utero*) au même titre que la nociception. On comprend que la banque de données soit bien remplie ! Enfin, en cas d'altération de la mémoire, il a pu être démontré que le souvenir de la douleur reste (même si l'intégralité des composantes du souvenir de la douleur ne peut être transmise) !

LA CONSTRUCTION D'UN SENS

Très rapidement, l'identification de ce qui se passe, de ce qui arrive à l'individu génère la construction d'un sens cohérent. Dans nos sociétés occidentales, le recours au savoir médical est fréquent, ritualisé, aboutissant dans la plupart des cas à une démarche de soins. Certaines douleurs du quotidien sont, quant à elles, plutôt « entendues » dans l'entourage, le plus souvent familial ou d'une manière plus large par les médias.

Le vécu de la douleur est modulé en fonction du sens que le sujet va donner à l'expérience douloureuse ; suivant le contexte, les conséquences, etc. amenant dans certains cas à une fixation de la pensée sur la douleur, le corps et ses conséquences et un progressif désinvestissement des autres centres d'intérêt (dossier 5).

Le sens que prend une douleur dépend donc des informations détenues par l'individu (outil 50), de sa personnalité, son histoire mais aussi de la société ou la culture dans laquelle il vit. Dans certaines cultures, le sens de la confrontation à la douleur a un impact. Par exemple, dans certaines sociétés, il est possible de marcher sur des clous sans exprimer de douleur (cela ne veut pas dire que cela n'est pas perçu par l'individu) !

Ainsi nos pensées face à la douleur sont modulées par nos expériences vécues ou observées (outil 27). Les attentes envers notre corps, les traitements, les modalités de prise en charge ont également un impact, amenant un niveau de complexité plus grand encore.

Avant de vous lancer...

- ✓ Si je vous dis de ne pas penser à un éléphant blanc, que se passe-t-il ? le cerveau reconnaît-il la négation ? Refaites l'exercice en essayant de ne pas penser à la douleur.
- ✓ Connaissez-vous d'autres exemples de l'impact de nos pensées sur la perception de la douleur ?
- ✓ Connaissez-vous l'effet placebo ? (outil 60).

Outil

4

Ce que je montre

“

*Je ris de douleur et
l'on me trouve gai.*

Étienne de Senancour

En quelques mots

Dernière étape apparente de ce système d'alarme, les réactions observables face à la douleur représentent la partie émergée de l'iceberg. En effet, une multitude de **réactions** peuvent être présentes. C'est le pied que je retire du clou, mais c'est aussi l'expression de la douleur amenant à des manifestations **comportementales** et/ou **communicationnelles** parfois non conscientes (outil 5).

De plus, les conséquences de mes réactions face à la douleur ont en elles-mêmes un impact sur le système de douleur, en le modulant ou le renforçant. Le système de la douleur ne s'arrête jamais. Il est en perpétuel renouvellement : nos réactions, nos mouvements vont moduler la sensation douloureuse, et ainsi de suite.

