



# ASPECTS PSYCHOLOGIQUES DE LA DOULEUR CHRONIQUE...

Maëlle DENIAUD

Psychologue

Unité d'Évaluation et de Traitement de la Douleur  
Médipôle

# *LA DOULEUR, C'EST QUOI ?*

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

**définition** officielle de l'association internationale pour l'étude de la **douleur** (IASP),

*La Douleur est d'abord une sensation mais aussi un sentiment, des affects où la résonance avec l'histoire du Sujet prend place... et où elle se raconte...*

# PEUT ON DISTINGUER DOULEUR PHYSIQUE ET DOULEUR PSYCHIQUE ?

A la douleur du corps répondrait la souffrance psychique : position clivante qui ne représente pas le discours du sujet !

*La douleur échappe au classement parce que finalement, lorsque j'éprouve de la douleur ou de la souffrance, quelle que soit son origine, ce qui souffre ce n'est pas mon corps, ni mon esprit, ni mon cœur, ni mon psychisme... Ce qui souffre c'est moi !*

« **Toute somatisation (soma : le corps) est alors sémantisation (sema : le sens) traduisant la porosité de la chair et du sens** » [A. LE BRETON, \(2012\), Expériences de la douleur, Entre destruction et renaissance, Métailié](#)

« **Parler de la douleur, c'est traiter d'une question qui atteint le corps et peine l'âme.** » [A.AUBERT \(1996\), La douleur. Originalité d'une théorie freudienne. PUF](#)

# LE PSYCHOLOGUE EN CLINIQUE DE LA DOULEUR ...

« Il s'agit (...) de saisir pour le sujet, et avec lui, ce qui se joue sur le plan psychique de cet éprouvé douloureux.

Dans cette clinique singulière, la spécificité du psychologue et l'importance de son regard résident précisément dans une appréciation de la dynamique psychique du patient qui interagit avec la douleur et qui s'exprime au sein de la plainte douloureuse au-delà des aspects somatiques. »

*in « Le psychologue en clinique de la douleur, (2020), sous la Direction de V.BARFETY-SERVIGNAT, S.CONRADI et A MASSELIN-DUBOIS, éditions in Press.*

# EXPERTISE ET CADRE D'INTERVENTION

Article L1110-5 de la Loi du 4 mars 2002 scelle la prise en charge de la douleur comme un droit fondamental de toute personne ouvrant sur une priorité de santé publique.

« (...) Toute personne a le droit de recevoir des soins visant à soulager sa douleur. Celle-ci doit être en toute circonstance prévenue, évaluée, prise en compte et traitée. (...) »

Les structures douleurs chronique (SDC) se développent sur tout le territoire pour créer un maillage de prise en charge des situations complexes, où la douleur est considérée comme chronique.

# EXPERTISE ET CADRE D'INTERVENTION

Au sein des SDC, l'évaluation psychologique est une étape primordiale dans la compréhension des problématiques douloureuses complexes. Elle s'inscrit dans une démarche pluridisciplinaire et pluriprofessionnelle .

Elle est citée comme telle dans les recommandations sur la douleur (HAS, 2008, 2009; SFETD, 2017) et dans le cadre réglementaire des SDC (DGOS 2011, 2016).

Dans ce dispositif, le patient confronté à une douleur, devenue chronique peut, sur l'orientation d'un professionnel de santé, rencontrer une équipe composée à minima d'un médecin, d'un infirmier et d'un psychologue.

=> Unité de lieu et interrelation de l'équipe.

# EXPERTISE ET CADRE D'INTERVENTION

« L'évaluation psychologique de la douleur chronique est un versant essentiel de l'évaluation globale avec un axe triple :

- ✓ L'évaluation psychologique de la douleur;
- ✓ L'analyse psychopathologique du patient;
- ✓ L'évaluation des conséquences psychologiques de la douleur ou des facultés d'adaptation à la douleur ou encore des possibilités d'acceptation d'une thérapeutique antalgique spécifique. » (SFETD, 2013)

# EXPERTISE ET CADRE D'INTERVENTION

« Le psychologue a donc comme mission de comprendre les processus psychologiques à l'œuvre dans le contexte somatopsychique que représente le syndrome douloureux chronique du Sujet. Son analyse et écoute des processus psychiques s'inscrit et se construit dans la rencontre avec le patient. (...) Il s'agit de proposer un lieu de rencontre, une écoute spécifique, d'adopter une posture qui permette l'émergence d'échanges nécessaires à la compréhension des processus psychiques. »

*Le psychologue en clinique de la Douleur, (2020) sous la direction de V.BARFETY-SERVIGNAT, S.CONRADI et A.MASSELIN-DUBOIS, Editions in Press.*

# PSYCHOLOGIE ET PSYCHOPATHOLOGIE DE LA DOULEUR

*« Alors que le corps semble aller de soi, il se réveille lorsqu'il sort du silence de ses organes. C'est un sentiment particulier et singulier de propriété du corps que la douleur va remettre en question... »*

# IMPACT SENSORIEL

La douleur est une sensation que le système nerveux détecte comme stimulus nociceptif, constituant une menace pour l'organisme.

Notre rapport à la douleur s'énonce donc d'abord sur un mode de l'épreuve et non de la fonction.

Douleur : éprouvé sensoriel soudain, inattendu, effractant, expérience de non sens dont nous ne pouvons nous soustraire !

*« Quand on a mal, on n'entend plus, on ne parle plus, on ne pense plus. » (Cavro, 2007)*

# IMPACT SENSORIEL

**Avoir mal ne se résume pas à une migraine mais envahit la réalité et la vie du Sujet !**

**La douleur désorganise !**

# IMPACT PSYCHIQUE

Les modifications corporelles et psychiques associées à la douleur conduisent à un sentiment d'étrangeté !

**= Le sentiment de ne plus être Soi !**

La douleur revêt un caractère traumatique ( effraction, soumission, elle provoque sidération et altération des système de pensée) qui menace l'équilibre du Sujet !

# IMPACT PSYCHIQUE

La douleur qui se répète n'est pas juste une douleur !

**Elle est succession, répétition, accumulation et conduit à un épuisement physique et psychologique !**

La sujet a donc recours à des mécanismes de défenses:

- L'isolement
- L'évitement
- L'externalisation

# IMPACT PSYCHIQUE

## La douleur est une expérience de la Solitude !

**Le vécu d'impuissance** prend également place rapidement : impuissance face à la douleur qui s'impose à moi, impuissance par rapport à l'ébranlement identitaire que je traverse, impuissance par rapport à l'entourage mais aussi impuissance dans le rapport aux soignants et aux soins...

**Lorsque l'on parle de chronicité, on parle également du rapport au temps !**

Il existe un « avant » et « après » mais aussi de nombreuses injonctions paradoxales qui altèrent la capacité du sujet à se projeter...



La résonance douloureuse infiltre toutes les sphères du sujet, autant face à lui-même que dans ses relations professionnelles, conjugales, parentales...

Ces résonances se présentent sous forme de symptômes tels que sommeil perturbé, une alimentation compliquée surtout au travers du rôle social, une fatigue chronique, une sexualité appauvrie ou absente, une altération des capacités cognitives...

Dans ce contexte il n'est plus possible d'appréhender le monde avec la même sécurité!

**La douleur n'est donc jamais que Sensation, elle est aussi émotion !**

# IMPACT COGNITIF ET COMPORTEMENTAL

Depuis plusieurs dizaines d'années, les chercheurs tentent de comprendre ou d'identifier les mécanismes sous jacents dans la perception douloureuse ou les répercussions de celle-ci.

**Il s'agit d'étudier les capacités d'adaptation mise en place par le Sujet face à une situation provoquant une douleur.**

C'est à la fin des années 70, que les premières études parlent de « catastrophiseurs » pour désigner les personnes aux prises avec l'inquiétude, la peur de la douleur et l'incapacité à diriger son attention ailleurs que sur la douleur (SPANOS, 1979; CHAVES et BROWN, 1978).

EN 1995, les travaux de SULLIVAN confirment la présence d'un biais de catastrophisme ou de pensées catastrophiques face à la douleur. Un instrument de mesure spécifique est créé « *Pain Catastrophizing Scale (PCS)* ».

# IMPACT COGNITIF ET COMPORTEMENTAL

**Le catastrophisme** : « ensemble de pensées négatives amenées à l'esprit durant l'expérience actuelle ou anticipée de la douleur » (SULLIVAN et Coll., 2001)

Cet ensemble est composé, à proportion différente d'un individu à l'autre, de **ruminations** face à la douleur (*y penser sans cesse*), d'**amplification** (*par un phénomène de focalisation de l'attention et/ou de l'évocation de situations douloureuses antérieures*) et un sentiment d'**impuissance** face à la douleur (*impliquant des scénarios négatifs quant à son évolution*).

On pourrait identifier ce biais comme un véritable agent modifiant les perceptions et perturbant les systèmes de retroaction reflexes sur le système nerveux de la douleur.



**La kinésiophobie**, ou l'évitement par la peur de la douleur:

Face à la survenue d'une douleur, un individu réagira par des pensées catastrophiques face à la douleur induisant une peur du mouvement ou d'une nouvelle lésion ou de la douleur qui, elle-même, va favoriser des comportements d'échappement et/ou d'évitements ainsi qu'une hypervigilance.

Au fur et à mesure, l'abandon des activités, le sentiment d'incapacité et la dépression seront augmentés et vont renforcer de ce fait l'expérience douloureuse. (VLAEYEN et coll., 2009)

# IMPACT COGNITIF ET COMPORTEMENTAL

« La psychologie des conduites nous permet d'ouvrir sur une compréhension de la problématique douloureuse, au-delà de la simple nociception, mais bien d'un comportement appris, mémorisé s'appuyant sur la fonction initiale de la douleur, c'est-à-dire le signalement d'un danger. Fait incontournable de la condition humaine, très tôt, ce système réflexe sera modulé par une série d'influence (personnel, familial, culturel, sociétal) et amènera chacun à pouvoir mobiliser ses capacités d'adaptation, plus ou moins longtemps, plus ou moins efficacement, surtout quand la confrontation à la douleur dure dans le temps. »

*le psychologue en clinique de la Douleur, (2020) sous la direction de V.BARFETY-SERVIGNAT, S.CONRADI et A.MASSELIN-DUBOIS, Editions in Press.*

# CONCLUSION

« Pour en transformer l'expérience, la douleur doit être abordée dans toutes ses composantes et par le recours à différents thérapeutes (et thérapeutiques), avec toujours l'espoir d'en venir à bout. (...)

L'essentiel du travail thérapeutique se tricote autour de la recherche de sens de la douleur : sens individuel mais aussi collectif ... »

# REMERCIEMENTS

## Merci de votre attention

Des remerciements à mes collègues de l'Unité D'Evaluation et de Traitement de la Douleur du Médipole, conduite par le Dr LUC BRUN et tous les patients rencontrés depuis 13 ans ... à tous ces partages...

Des remerciements tous particuliers à mes collègues psychologues correspondants de la SFETD qui ont écrit ce magnifique ouvrage dont je me suis très largement inspiré pour mon propos d'aujourd'hui :

*[le psychologue en clinique de la Douleur, \(2020\) sous la direction de V.BARFETY-SERVIGNAT, S.CONRADI et A.MASSELIN-DUBOIS, Editions in Press.](#)*