

UNIVERSITE TOULOUSE

FACULTE DE MEDECINE TOULOUSE RANGUEIL

INSTITUT DE FORMATION EN PSYCHOMOTRICITE

REFLEXION SUR LA PLACE DU PSYCHOMOTRICIEN DANS LA PRISE EN CHARGE DE LA DOULEUR CHRONIQUE

CHEZ L'ADULTE

Mémoire en vue de l'obtention du Diplôme d'Etat de Psychomotricité

JUIN 2014
RIZZO CELINE

REMERCIEMENTS

MERCI

MERCI

MERCI

MERCI

MERCI

MERCI

MERCI



SOMMAIRE

INTRODUCTION.....	1
-------------------	---

PARTIE 1 : DONNEES GENERALES SUR LA DOULEUR ESSENTIELLES A CONNAITRE

I.	NOTION DE DOULEUR.....	4
II.	NEUROPHYSIOLOGIE DE LA DOULEUR.....	5
	DE LA STIMULATION DOULOUREUSE A LA PERCEPTION DOULOUREUSE	
	A. LES VOIES DE LA DOULEUR.....	5
	1. LA STIMULATION DOULOUREUSE	
	2. LE PHENOMENE INFLAMMATOIRE	
	3. LES VOIES AFFERENTES	
	E N B REF.....	7
	B. LA MODULATION DE LA DOULEUR.....	9
	1. LES MECANISMES SPINAUX : LA THEORIE DU PORTILLON	
	2. LES MECANISMES DESCENDANTS : LES CONTROLES INHIBITEURS DIFFUS NOCICEPTIFS (CIDN)	
	3. LES MECANISMES DES CENTRES SUPERIEURS DU SYSTEME NERVEUX CENTRAL	
	C. LA PERCEPTION DOULOUREUSE.....	12
	E N B REF.....	13
III.	LES PROCESSUS PSYCHOLOGIQUES SELON L'APPROCHE TCC.....	14
	A. LE COURANT COMPORTEMENTALISTE.....	14
	B. LE COURANT COGNITIVISTE.....	17
	C. LE COURANT D'ACCEPTATION.....	18
	E N B REF.....	19
IV.	LES COMPOSANTES DE LA DOULEUR.....	20
	E N B REF.....	22
V.	LES DIFFERENTS MECANISMES DE LA DOULEUR.....	23
	E N B REF.....	24
VI.	LA DOULEUR CHRONIQUE.....	25
	A. LA DOULEUR AIGUË ET LA DOULEUR CHRONIQUE.....	25
	B. ZOOM SUR LA DOULEUR CHRONIQUE.....	26
	1.	
	-11 DEFINITION	
	2.	
	-11 EPIDEMIOLOGIE	
	3.	
	-11 COMORBIDITE	
	E N B REF.....	29

PARTIE 2 : LA PRISE EN CHARGE DE LA DOULEUR CHRONIQUE

I.	UNE PRISE EN CHARGE PLURIDISCIPLINAIRE.....	31
	A. LA LEGITIMITE D'UNE PRISE EN CHARGE PLURIDISCIPLINAIRE.....	31
	B. LA PRISE EN CHARGE GENERALE DE LA DOULEUR.....	31
	1. LE MEDECIN	
	2. LE PSYCHOLOGUE	
	3. LE KINESITHEPEUTE	
	C. LES CLINIQUES DE LA DOULEUR.....	34
II.	LA PSYCHOMOTRICITE ET LA DOULEUR CHRONIQUE.....	36
	A. LES TROUBLES PSYCHOMOTEURS ET LA DOULEUR CHRONIQUE.....	36
	B. LA DEMARCHE PSYCHOMOTRICE.....	37
III.	L'EVALUATION PSYCHOMOTRICE DANS LE CADRE DE LA DOULEUR CHRONIQUE.....	39
	A. L'ENTRETIEN SEMI-STRUCTURE.....	39
	B. LES QUESTIONNAIRES ET LES ECHELLES.....	42
	1.	
	-11 LES ECHELLES UNIDIMENSIONNELLES D'AUTO-EVALUATION DE LA DOULEUR	
	2.	
	-11 LES ECHELLES MULTIDIMENSIONNELLES	
	3.	
	-11 LES ECHELLES NON VERBALES	46
	4.	
	-11 LES ECHELLES PSYCHOLOGIQUES	
	5.	
	-11 RECOMMANDATIONS DE L'ANAES	
	C. LE BILAN PSYCHOMOTEUR.....	
	1.	50
	-11 L'ATTITUDE GENERALE SPONTANEE DU SUJET	
	2.	
	-11 LA MOTRICITE	
	3.	
	-18 LA SENSIBILITE	
	4.	
	-11 LES FONCTIONS COGNITIVES	
	5.	
	-11 LE SCHEMA CORPOREL ET L'IMAGE DU CORPS	
	D. LE PROJET THERAPEUTIQUE.....	
IV.	LES OUTILS DU PSYCHOMOTRICIEN.....	51
	A. LA RELAXATION.....	51
	1. DESCRIPTION	
	2. LA RELAXATION ET LA DOULEUR	
	B. LE BIOFEEDBACK.....	52
	1. DESCRIPTION	
	2. APPLICATIONS	
	C. LA MEDITATION DE PLEINE CONSCIENCE : LE MINDFULNESS.....	53
	1. DESCRIPTION	
	2. LES DIFFERENTES TECHNIQUES	
	3. LES EFFETS DE LA MEDITATION DE PLEINE CONSCIENCE	
	D. L'EFFICACITE DES TECHNIQUES.....	54
	1. TCC ET DOULEUR CHRONIQUE	
	2. THERAPIES D'ACCEPTATION ET DOULEUR CHRONIQUE	
	3. TRAITEMENTS NON MEDICAMENTEUX ET FIBROMYALGIE	

E. LES AUTRES OUTILS 57

1. LA THERAPIE PAR LE MIROIR ET L'IMAGERIE MOTRICE

2. LE « PACING » (FRACTIONNEMENT DES ACTIVITES)

3. AUTRES

V. LA PSYCHOMOTRICITE EN LIEN AVEC LES AUTRES PROFESSIONS 60

DISCUSSION.....	62
CONCLUSION.....	66
BIBLIOGRAPHIE.....	69
ANNEXES.....	74

INTRODUCTION

Je commence cette 3^{ème} année de psychomotricité avec la réflexion suivante : la douleur est une notion largement abordée dans les autres cursus paramédicaux et médicaux, mais rarement développée en psychomotricité. Il est évident que la douleur est un phénomène complexe et selon moi le psychomotricien a sa place dans cette prise en charge.

Je suis allée à l'école proposer mon projet de mémoire. Mme Ducuing, formatrice à l'institut de psychomotricité de Toulouse a accepté de suivre ce mémoire. Il était difficile de savoir par où commencer. Qu'est-ce que le psychomotricien peut apporter à ces sujets souffrants depuis généralement plusieurs années ? J'ai entrepris alors ma démarche afin de construire une réflexion sur la place de la psychomotricité dans la prise en charge de la douleur. Comme je n'ai pu trouver aucune documentation précise mettant en lien la psychomotricité et la douleur, j'ai décidé de faire un travail de recherche préalable en résumant ce qui me paraissait être le plus pertinent à connaître dans le cadre d'une intervention psychomotrice.

Parallèlement à ces recherches, Mme Ducuing m'a mise en relation avec le secteur douleur chronique d'une clinique. Les deux médecins du secteur, Mr Montigny et Mr de Truchis de Varennes m'ont reçu dans leur service où j'ai commencé mon stage début janvier. J'ai alors réduit mon champ de réflexion à la **douleur chronique chez l'adulte**. J'ai d'abord assisté aux consultations en ambulatoire avec les médecins puis progressivement j'ai pu commencer mes propres prises en charge. Une fois par semaine, nous avons une réunion pluridisciplinaire avec le psychologue et l'infirmier de la structure.

Ce mémoire s'est construit progressivement, au fil des lectures et des consultations. Ce sont les rencontres avec les patients douloureux chroniques qui m'ont permis de réfléchir à ce qu'il serait important d'aborder. Grâce à cette opportunité apportée par mon lieu de stage, j'ai pu illustrer mes propos par des cas cliniques que je présente tout au long du mémoire.

Ce mémoire est une réflexion sur la place du psychomotricien dans la prise en charge de la douleur chronique. Il tentera de répondre aux questions suivantes : Quelles sont les notions fondamentales impliquées dans le phénomène douloureux ? Qu'est ce qui

rapproche la psychomotricité de la douleur chronique ? Comment prendre en charge un patient douloureux chronique en tant que psychomotricien ?

Je présenterai en premier lieu la notion de douleur grâce aux données physiologiques et psychologiques. Nous verrons par la suite qu'elles sont les différentes composantes de la douleur à prendre en compte en clinique et enfin, les particularités de la douleur chronique.

Cette première partie sera ponctuée par des « **EN B REF . . .** » qui synthétiseront les paragraphes précédents afin de clarifier mes propos.

La seconde partie portera sur la prise en charge de la douleur chronique. Je vous présenterai brièvement les bénéfices d'une prise en charge pluridisciplinaire puis nous aborderons l'approche psychomotrice en douleur chronique.

Au fil de ces quelques pages, j'espère vous convaincre que le psychomotricien a sa place auprès des patients douloureux chroniques.

PARTIE 1

DONNEES GENERALES SUR LA DOULEUR ESSENTIELLES A CONNAITRE



I. NOTION DE DOULEUR

La douleur est définie par l'International Association for the Study of Pain (IASP) comme étant « une expérience sensorielle et émotionnelle désagréable, liée à une lésion tissulaire existante ou potentielle, ou décrite en termes évoquant une telle lésion ». Cette définition a été retenue par l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS).

La douleur a comme rôle premier l'adaptation et la survie. Elle nous sert d'alarme afin de protéger notre intégrité physique et d'adapter nos comportements. Ainsi, si nous nous blessons au bras, nous allons avoir un comportement de protection et éviter de mettre notre membre en mouvement. Au quotidien, la douleur permet de petits réajustements posturaux inconscients, indispensables pour protéger notre organisme. Les cas cliniques de sujets insensibles à la douleur nous permettent de prendre conscience de sa présence et de son importance au quotidien.

Ce système protecteur est très prégnant dans la douleur aiguë. Cependant, lorsque la douleur est plus complexe et qu'elle perdure, ce phénomène adaptatif perd son sens. La douleur devient au contraire très invalidante et désadapte progressivement le sujet au milieu.

II. NEUROPHYSIOLOGIE DE LA DOULEUR

DE LA STIMULATION DOULOUREUSE A LA PERCEPTION DOULOUREUSE

Il est important, pour comprendre le discours des autres professionnels de santé ainsi que le mode d'action des différentes thérapies de la douleur, que le psychomotricien en connaisse les bases neurophysiologiques.

A. LES VOIES DE LA DOULEUR

1. LA STIMULATION DOULOUREUSE

Lorsque nous recevons une stimulation douloureuse (mécanique, thermique, électrique ou chimique), elle est réceptionnée par des nocicepteurs qui se situent dans les tissus somatiques (muscles, os, peau, tissus sous-cutané, articulations et viscères). Les nocicepteurs sont des terminaisons libres de deux sortes ; les mécanorécepteurs (fibre A δ) qui répondent essentiellement à des stimulations mécaniques ou à la chaleur et les récepteurs polymodaux (fibre C) qui répondent à des stimulations nociceptives intenses mécaniques, thermiques et chimiques.

2. LE PHENOMENE INFLAMMATOIRE

Un stimulus douloureux entraîne localement la libération de facteurs inflammatoires (bradykinine, sérotonine, histamine, substance P, prostaglandine...). Ces substances facilitent le recrutement des nocicepteurs voisins et abaissent leur seuil d'activation, le territoire est hyperalgique (les réponses douloureuses sont exagérées suite à un stimulus normalement douloureux).

L'inflammation locale provoquée entraîne la libération de nouveaux facteurs algogènes. Quelques fois, cette « soupe inflammatoire » augmente la sensibilité des récepteurs à des stimuli normalement non douloureux, on parle d'allodynie. Parfois la lésion initiale disparaît et le phénomène inflammatoire persiste. Ceci peut expliquer certaines douleurs chroniques.

3. LES VOIES AFFERENTES

DU RECEPTEUR AU PROTONEURONE

A partir d'une certaine intensité, le stimulus douloureux provoque un potentiel d'action : ce phénomène est la transduction. Il est transmis via les fibres A δ (faiblement myélinisées) et C (amyéliniques) vers la moelle épinière. Ces fibres ont une vitesse de

conduction différente ce qui explique le phénomène de première et seconde douleur. Après un stimulus douloureux important, l'influx plus rapide des fibres A δ est responsable de la première douleur ressentie. Elle est localisable, brève et sa sensation est proche d'une piqûre. La seconde douleur, plus diffuse et persistante, arrive plus tardivement et provient des fibres C.

DU PROTONEURONE AU DEUTONEURONE

Ces fibres ont leurs corps cellulaires au niveau des ganglions rachidiens postérieurs. Elles se terminent dans la corne postérieure de la substance grise de la moelle épinière où elles font synapses avec les deutoneurones.

DU DEUTONEURONE AU TROISIEME NEURONE

Une majorité des deutoneurones décussent au niveau médullaire pour aller rejoindre les faisceaux spinothalamique et spinoréticulaire.

Le faisceau spinothalamique latéral rejoint le thalamus latéral. Les deutoneurones font alors synapses avec les neurones de troisième ordre. Ces derniers se projettent vers le cortex somesthésique primaire (S1) et secondaire (S2). Ce faisceau serait responsable de l'analyse sensori-discriminative du stimulus nociceptif (la qualité, la localisation et l'intensité). Ces informations sont ensuite transmises au niveau des cortex préfrontal, pariétal postérieur (consacré surtout à l'attention) et cingulaire qui complètent l'analyse cognitive et permettent l'élaboration d'une réponse motrice de défense par exemple.

Le faisceau spinoréticulaire émet des collatérales au niveau du tronc cérébral qui passent par :

- la substance réticulée, impliquée dans les mécanismes d'éveils, de vigilance et dans les réactions aversives de fuite
- la substance grise périaqueducale (SGPA), reliée aux centres du système nerveux autonome (SNA).

Ensuite, les neurones font synapses avec les 3^{èmes} neurones au niveau du thalamus médian et se projettent dans presque tout le SNC :

- les noyaux gris centraux, le cortex moteur et le cervelet aident à la préparation motrice

- l'hypothalamus joue un rôle important dans l'adaptation des paramètres neurovégétatifs
- le cortex associatif dont le cortex préfrontal intègre les informations et les évalue en fonction des expériences antérieures
- le système limbique est en partie responsable des réactions émotionnelles, et de la mémoire implicite qui permet l'encodage et le stockage de l'évènement douloureux

EN BREF ...

- } UN STIMULUS DOULOUREUX EST RECEPTIONNE PAR DES NOCICEPTEURS
- } IL EST CONDUIT PAR INFLUX ELECTRIQUE VIA LES PROTONEURONES (FIBRES AFFERENTES A δ ET C)
 - JUSQU'A LA CORNE POSTERIEURE DE LA MOELLE EPINIERE
- } A CE NIVEAU LES PREUTONEURONES FONT SYNAPSES AVEC LES DEUTONEURONES
- } LES DEUTONEURONES CONDUISENT L'INFLUX JUSQU'AU CENTRES SUPERIEURS PAR DEUX FAISCEAUX :
 - LE SPINOTHALAMIQUE LATERALE RESPONSABLE DE LA LOCALISATION ET DE L'INTENSITE
 - LE SPINORETICULAIRE RESPONSABLE DES AFFECTS, DE LA MOTRICITE SPONTANEE
- } AU NIVEAU DU THALAMUS LES DEUTONEURONES FONT SYNAPSES AVEC LES TROISIEMES NEURONES
- } LE MESSAGE DOULOUREUX EST ALORS TRAITÉ A PLUSIEURS NIVEAUX DU CERVEAU ET IL EN RESULTE
UNE PERCEPTION DOULOUREUSE (INTENSITE, LOCALISATION, AFFECTS...)

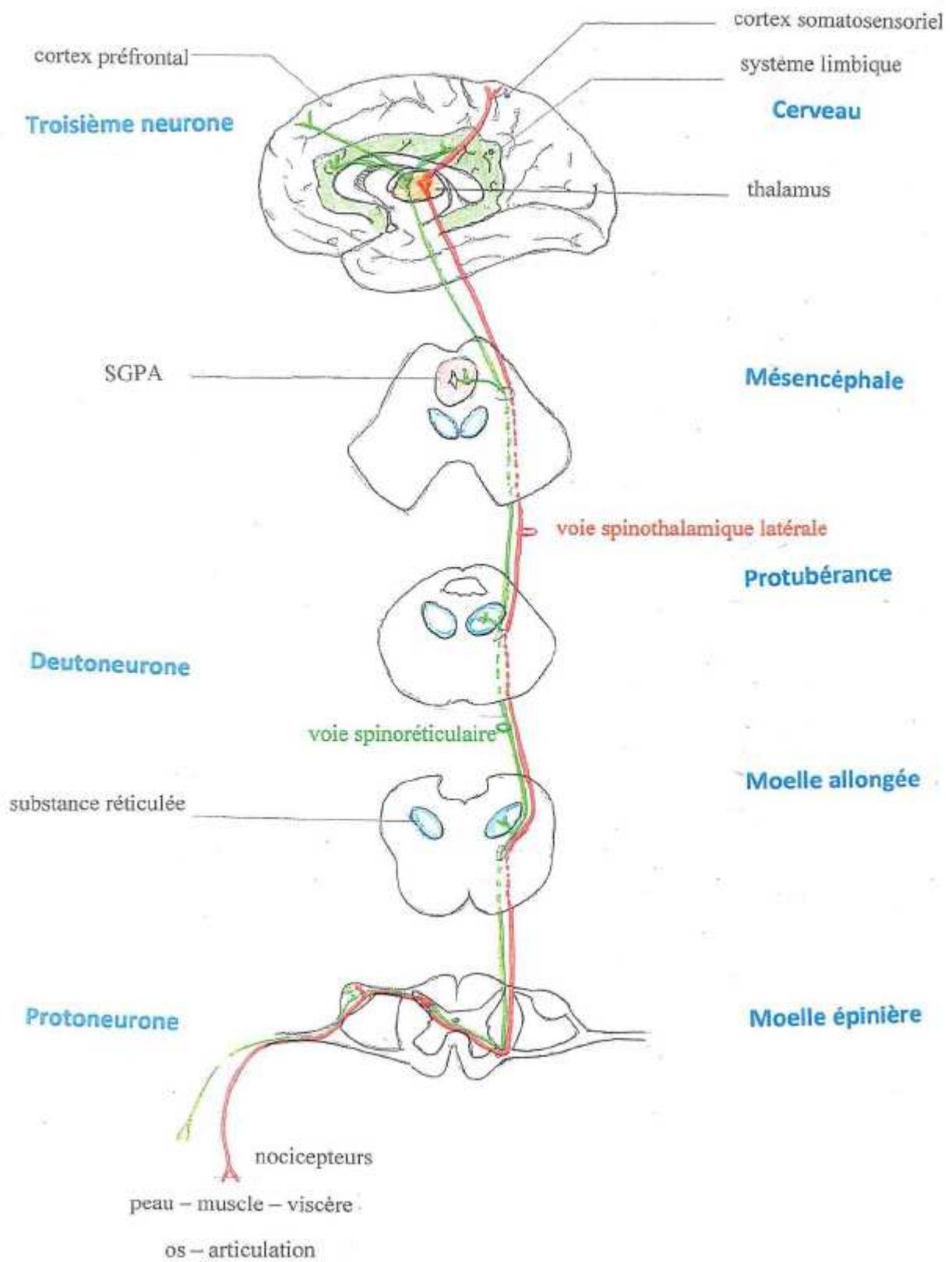


Schéma des principales voies nociceptives

B. LA MODULATION DE LA DOULEUR

Différents systèmes de modulations sont présents au sein de notre organisme et permettent d'exacerber ou de diminuer la sensation douloureuse en agissant sur le circuit de la douleur détaillé précédemment. La modulation a lieu à tous les niveaux du système nerveux central. Un dysfonctionnement de ces systèmes pourrait être à l'origine de certaines douleurs chroniques (Julien et al., 2005). Les principaux traitements agissent sur ces systèmes. Voici les plus connus.

1. LES MECANISMES SPINAUX : LA THEORIE DU PORTILLON

Au niveau de la moelle épinière, une de ces modulations est décrite par la *théorie du portillon médullaire* de Melzack et Wall (1965). Ce contrôle implique l'activation des fibres sensibles A β au niveau de la zone douloureuse. Ces fibres ont une vitesse de conduction plus rapide que les fibres A δ et C. Elles exercent au niveau de la corne postérieure de la moelle épinière une inhibition des afférentes sur la même zone. Ce mécanisme d'inhibition est segmentaire et ne concerne que le territoire du dermatome stimulé (Vibes, 2001).

Cette théorie permet d'expliquer :

- que l'on se frotte après s'être cogné
- l'action de la neurostimulation électrique transcutanée (TENS conventionnel) qui recrute les fibres sensibles non douloureuses. Les électrodes sont placées sur le trajet des nerfs ou autour du site douloureux. Cette technique est surtout pratiquée par le kinésithérapeute

2. LES MECANISMES DESCENDANTS : LES CONTROLES INHIBITEURS DIFFUS NOCICEPTIFS (CIDN)

La SGPA et la substance réticulée sont à l'origine de **voies descendantes**. Une fois **activées par des stimulations nociceptives**, ces voies déclenchent une inhibition des deutoneurones à tous les étages de la moelle épinière. Seul le métamère d'où provient la stimulation douloureuse la plus intense n'est pas concerné. Ainsi nous ressentons mieux le contraste entre la zone la plus douloureuse et le reste du corps dont le bruit de fond est atténué.

Les IRM fonctionnels nous montrent que ce circuit descendant est aussi en lien avec le cortex pré-frontal ventro et dorso latérale et le cortex cingulaire antérieur (CCA). Il peut être activé volontairement ou involontairement (Bouhassira, 2009).

3. LES MECANISMES DES CENTRES SUPERIEURS DU SYSTEME NERVEUX CENTRAL

Différentes zones cérébrales jouent un rôle important dans la modulation de la douleur, en agissant via les structures du tronc cérébral sur les mécanismes d'inhibition ou d'exacerbation de la douleur.

i. LE ROLE DE L'ATTENTION

La douleur est un phénomène qui permet d'alerter le sujet sur une situation dangereuse en attirant son attention. L'ignorer est difficile.

Plusieurs études rapportent que se concentrer sur une autre modalité sensorielle diminue la perception douloureuse : c'est la décentration d'attention. L'activité cérébrale des zones liées à la douleur est réduite (Gilbert 2007, in Wiech 2008), parallèlement les échanges de certaines zones du système de contrôle de la douleur sont augmentés (Villemure, 2002). Nous pouvons penser que porter son attention sur la douleur en augmente l'intensité, pourtant certaines études ne vont pas dans ce sens (Hadjistavropoulos 2000, in Villemure & Bushnell 2002). Il faut néanmoins nuancer le résultat de ces études car il est important de souligner que la majorité d'entre elles ont été réalisées sur des sujets sains, ne souffrant pas de douleurs chroniques.

En ce qui concerne la douleur chronique, le fonctionnement du SNC se modifie, le seuil de perception de la douleur est généralement situé plus bas. Il s'avère difficile pour le sujet atteint de douleur chronique de se distraire de la sensation algique qui fait partie de son quotidien.

La relaxation et la méditation de pleine conscience utilisent le phénomène de décentration d'attention

ii. L'ANTICIPATION DE LA DOULEUR

L'anticipation augmente l'activité des zones cérébrales des voies afférentes de la douleur. Grâce à l'utilisation de l'imagerie cérébrale, on peut constater que l'anticipation active les mêmes zones que la stimulation douloureuse (Rainville, 2002). Pour un stimulus de

même intensité, l'activité cérébrale se révèle plus importante si le sujet anticipe une douleur forte plutôt qu'une faible (Tracey, 2007). Certains sujets ressentent de la douleur lorsqu'on leur fait croire que la prochaine stimulation sera douloureuse alors qu'elle ne l'est pas (Tracey, 2007).

Le phénomène d'anticipation est mis en jeu lorsque le sujet a peur d'avoir mal. Les attentes du sujet permettent au corps d'anticiper les stimuli nociceptifs à venir. Il est essentiel de détecter la distorsion entre ces attentes et la vraie intensité du stimulus afin d'éviter que la perception douloureuse soit aggravée par une anticipation erronée (Wiech, 2008).

La prise de conscience des phénomènes d'anticipation peut aider à diminuer indirectement le vécu douloureux.

iii. LE ROLE DE L'HUMEUR

Dans le domaine de la douleur, il est difficile de faire la part des choses entre l'émotion et l'attention.

Des études démontrent que si des individus sont placés dans un environnement paisible et agréable, les stimuli douloureux sont perçus comme moins désagréables. Au contraire, s'ils sont dans un environnement entraînant un état émotionnel négatif, ces stimuli seront ressentis comme plus désagréables (Villemure, 2002).

Les sujets douloureux chroniques peuvent présenter des symptômes dépressifs ce qui réduit le seuil de tolérance de la douleur et augmente l'aspect désagréable de la douleur.

La méditation de pleine conscience permet de prendre du recul par rapport à ses émotions et ses cognitions.

iv. L'IMPRESSION DE CONTROLE

Le sujet qui pense avoir un contrôle (réel ou illusoire) sur sa douleur a une perception douloureuse moins intense que s'il a le sentiment de ne pouvoir la contrôler (Arntz & Schmidt 1989, in Wiech 2008).

Remarque : l'effet d'un médicament placebo diminue l'intensité douloureuse perçue. Elle s'explique probablement par le sens attribué au médicament, les attentes (anticipation d'un soulagement de la douleur), l'illusion d'un contrôle sur sa douleur (pouvoir décider de prendre ou non au comprimé), un état émotionnel qui peut être moins stressant (Wiech, 2008). La majorité des mécanismes de modulation des centres supérieurs semblent impliqués dans ce phénomène.

C. LA PERCEPTION DOULOUREUSE

Cette description des voies de la douleur et des systèmes de modulation nous montre la complexité de la sensation douloureuse et le grand nombre de structures impliquées dans ce phénomène. La douleur n'est pas simplement la résultante d'un stimulus nociceptif mais c'est aussi un état émotionnel, qui comprend des modifications neurovégétatives importantes et des réponses motrices, comportementales et cognitives particulières.

Il n'y a pas nécessairement de lien entre l'intensité de la douleur ressentie et le stimulus nociceptif : une lésion d'un nerf périphérique peut provoquer des douleurs survenant de stimulations non nociceptives, une lésion thalamique peut provoquer des douleurs centrales. La douleur peut aussi être due à un dysfonctionnement des mécanismes de modulations.

Ceci nous montre à quel point l'interprétation de la douleur est une perception personnelle et subjective qui dépend de l'intégrité physique mais aussi de facteurs d'ordres psychologiques et environnementaux.

EN BREF ...

UNE PERCEPTION DOULOUREUSE EST MODULEE A DIFFERENTS NIVEAUX :

- } LA THEORIE DU PORTILLON EXPLIQUE COMMENT, AU NIVEAU MEDULLAIRE, DES STIMULATIONS SENSITIVES NON NOCICEPTIVES SUR LA REGION DOULOUREUSE PEUVENT REDUIRE L'INFLUX DOULOUREUX
- } SUITE A UNE STIMULATION DOULOUREUSE IMPORTANTE, DES CONTROLES DESCENDANTS EN PROVENANCE DES STRUCTURES DU TRONC CEREBRAL INHIBENT LES AUTRES MESSAGES NOCICEPTIFS MOINS INTENSES A TOUS LES ETAGES MEDULLAIRES
- } LES CONTROLES DES CENTRES SUPERIEURS MODULENT SURTOUT L'ASPECT DESAGREABLE DE LA DOULEUR
 - LA DECENTRATION D'ATTENTION DIMINUE LA PERCEPTION DOULOUREUSE
 - L'ANTICIPATION DE LA DOULEUR AUGMENTE CETTE PERCEPTION
 - UN ETAT EMOTIONNEL NEGATIF AUGMENTERA L'ASPECT DESAGREABLE DE LA DOULEUR, UN ETAT EMOTIONNEL POSITIF LE DIMINUERA

C'EST LE CERVEAU, ET NON LA LESION, QUI TRAITE ET RESSENT LA DOULEUR. IL EST AUSSI RESPONSABLE DU TRAITEMENT ET DU RESENTI DES EMOTIONS. CES ZONES COMMUNIQUENT ET S'INFLUENCENT.

III. LES PROCESSUS PSYCHOLOGIQUES SELON L'APPROCHE TCC

Dans ce chapitre, nous allons aborder les facteurs psychologiques qui sont susceptibles d'intervenir dans l'apparition et l'évolution de la douleur chronique. Pour cela, je me base sur le modèle des thérapies comportementales et cognitives (TCC) dont les connaissances sont issues de la psychologie scientifique.

A. LE COURANT COMPORTEMENTALISTE

Pavlov découvre en 1890 l'**apprentissage répondant**. Certains stimuli déclenchent des réponses inconditionnelles. L'apprentissage répondant consiste à associer temporellement un stimulus inconditionnel (dans notre exemple, produisant de la douleur) à un stimulus neutre (ne produisant pas de douleur) et une réponse inconditionnelle (la douleur) jusqu'à ce qu'il y ait un conditionnement et que le stimulus neutre suffise à déclencher un grand inconfort (Serra & Monestès, 2012). L'association doit souvent être répétée pour que le conditionnement ait lieu, cependant en cas de grande douleur une seule association suffit.

CAS CLINIQUE . . .

Mr A a été électrocuté sur son lieu de travail. Suite à ce traumatisme, il présente des douleurs de différentes sortes : des céphalées, des cervicalgies et des douleurs neuropathiques car son système nerveux a été endommagé.

Lorsqu'il doit retourner sur le lieu pour récupérer des affaires ses douleurs augmentent et il ressent des tensions musculaires importantes au niveau du cou, il dit manquer d'air.

Voici comment nous pourrions résumer l'apprentissage répondant de Mr A :

STIMULUS INCONDITIONNEL

Electrisation, traumatisme



REPONSE INCONDITIONNELLE

douleurs neuropathiques, céphalées

STIMULUS NEUTRE +STIMULUS INCONDITIONNEL

Lieu de travail + électrisation



REPONSE INCONDITIONNELLE

douleurs neuropathiques, céphalées

STIMULUS CONDITIONNEL

Lieu de travail

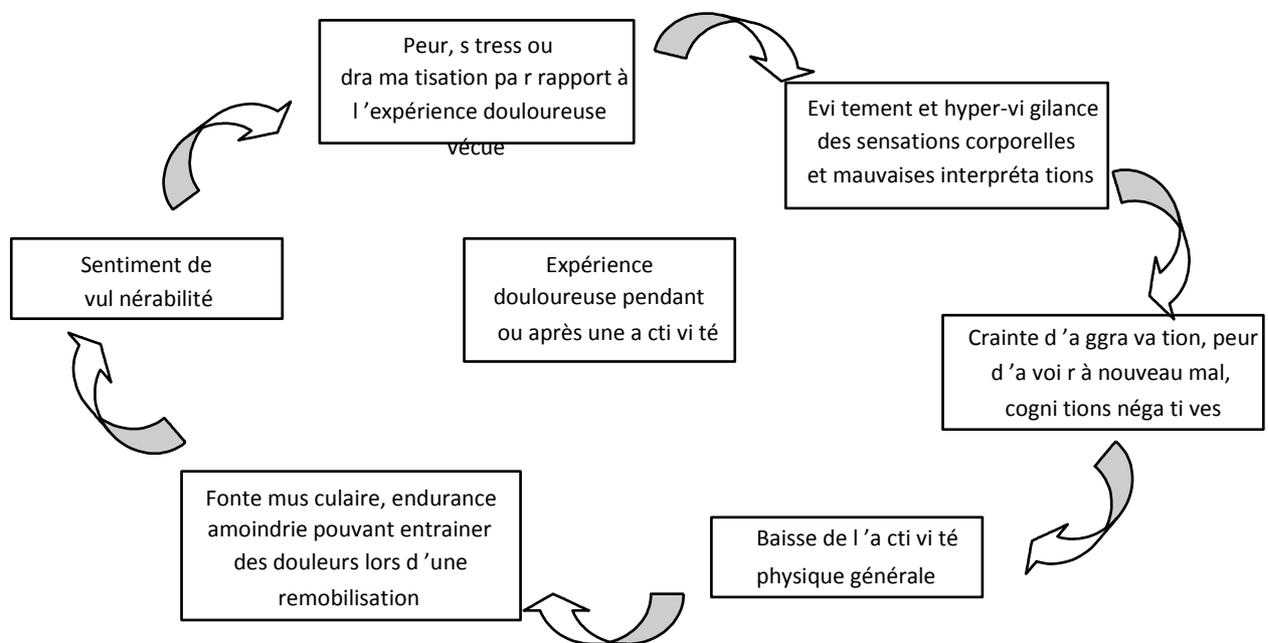


REPONSE CONDITIONNELLE

augmentation des douleurs neuropathiques, céphalées

La **kinésiophobie** est un phénomène s'appuyant sur un mécanisme d'affaiblissement positif. Cette peur du mouvement et de la réapparition de la douleur est un problème que nous pouvons rencontrer chez les patients douloureux chronique.

Certains sujets, par peur de la réapparition de la douleur, en viennent à éviter une grande quantité d'activités. Ces évitements peuvent résulter d'une expérience antérieure douloureuse mais certaines activités peuvent ne pas avoir été expérimentées réellement. Les incapacités du sujet sont alors anticipées et généralisées. Cette peur entraîne une hypervigilance portant sur les sensations corporelles. Les conséquences peuvent être importantes : l'interprétation des sensations corporelles peut être erronée, le manque d'activité entraîne une fonte musculaire, le sentiment de vulnérabilité du sujet augmente (Serra & Monestès, 2012).



Bandura découvre dans les années 70 le rôle des phénomènes cognitifs dans l'apprentissage. Il parle d'apprentissage social par observation, en lien avec la notion d'efficacité personnelle. Le sujet fait des apprentissages sans forcément expérimenter directement l'évènement. Il compare ce qu'il voit par rapport à la représentation qu'il a de sa propre efficacité et des conséquences probables de l'évènement (Serra & Monestès, 2012).

Cette nouvelle approche amène à penser que, plus que la situation elle-même, c'est la façon dont le sujet perçoit la situation qui influence ses comportements. La deuxième vague TCC prend place : le cognitivisme.

B. LE COURANT COGNITIVISTE

Le cognitivisme est le courant qui s'intéresse aux cognitions, c'est-à-dire aux interprétations, pensées et croyances d'un sujet, par rapport à une situation donnée, plutôt qu'à la situation elle-même. Ces cognitions influencent notre façon d'appréhender une situation et d'anticiper les situations à venir. Elles peuvent amplifier ou diminuer la perception douloureuse (Wiech, 2008). Les thérapies cognitives sont basées sur la modification des distorsions des pensées et des croyances (Serra & Monestès, 2012).

Les croyances du sujet ont une importance capitale dans le vécu douloureux. Elles peuvent être erronées et elles peuvent entraîner une anxiété importante. Cette anxiété aggrave le vécu douloureux. Le fait de croire que l'on n'a aucun contrôle sur sa douleur diminue notre sentiment d'efficacité. Quelques fois, l'amélioration du sentiment d'efficacité serait plus efficace qu'une modification comportementale par rapport à la douleur (comme par exemple les techniques comportementales d'exposition visant à diminuer la peur du mouvement) (Aguerre, 2012).

Ainsi le contrôle perçu d'une situation ou le soutien social perçu n'est pas forcément en adéquation avec les réelles possibilités de contrôle du sujet et le réel soutien présent (Aguerre, 2012).

Il existe différentes stratégies cognitives et comportementales pour faire face à une situation stressante. C'est ce que l'on appelle des styles de « coping ». Ces « coping » ont une influence sur le vécu douloureux. Nous les simplifions en deux parties (Serra & Monestès, 2012) :

- le « coping » positif : le sujet utilise généralement des stratégies actives (résolution de problème, distraction, acceptation). Il considère qu'il dispose de **ressources internes** suffisantes pour gérer la situation.
- le « coping » négatif : le sujet peut adopter des stratégies actives (le catastrophisme, se centrer sur ses émotions, l'auto-accusation, l'ergomanie) ou passives (s'en remettre au hasard ou à un tiers, à la médecine, à la religion, à la fatalité). Il estime que les **ressources** nécessaires pour gérer la situation sont **externes**.

Dans les douleurs chroniques, le catastrophisme est un mécanisme fréquemment rencontré. Cette distorsion cognitive est un discours intérieur négatif quant à l'évolution de la maladie. Le sujet est pessimiste et s'attend au pire, ceci entraîne une hyperfocalisation de l'attention

sur la douleur et une perpétuelle anticipation. Ce phénomène engendre un stress, une tristesse et un découragement important (Serra & Monestès, 2012).

Actuellement, « faire avec » la douleur semble plus indiqué que « faire contre » la douleur. Le but étant d'accepter la situation et de trouver de meilleures stratégies de « coping » plutôt que de chercher à supprimer de mauvaises stratégies (Aguerre, 2012). C'est dans cette évolution de pensée qu'est née la troisième vague des TCC : le courant d'acceptation.

C. LE COURANT D'ACCEPTATION

Les TCC se sont intéressés aux comportements et aux cognitions afin de comprendre et d'entraîner un changement bénéfique sur le sujet. La dernière vague TCC prend plus en compte le rôle des émotions. Les cognitions et les émotions ont un lien très étroit. Des pensées négatives engendrent généralement des émotions négatives et vice versa. Le processus s'auto-entretient (Serra & Monestès, 2012).

Les thérapies cognitives visent à supprimer volontairement toutes les distorsions cognitives. Ce phénomène peut avoir un effet rebond : « je ne veux pas penser à un éléphant rose donc j'y pense ». Le courant d'acceptation consiste à recevoir les pensées, les situations, les émotions de façon neutre, sans jugement. Ceci permettrait de prendre du recul par rapport à une situation trop éprouvante et de diminuer l'intensité des affects qui l'accompagne.

EN BREF ...

L'ÉVOLUTION DES CONNAISSANCES SUR LE RÔLE DES COMPORTEMENTS, DES COGNITIONS ET DES ÉMOTIONS AIDE À COMPRENDRE LE PHÉNOMÈNE DE DOULEUR CHRONIQUE.

- } LA PERCEPTION DOULOUREUSE EST INFLUENCÉE PAR LES ÉVÉNEMENTS ASSOCIÉS À L'EXPÉRIENCE DOULOUREUSE. AINSI, LE CONTEXTE DANS LEQUEL S'EST PRODUIT CETTE EXPÉRIENCE PEUT INDUIRE À LUI SEUL UN GRAND INCONFORT (APPRENTISSAGE RÉPONDANT).
- } LE COMPORTEMENT DOULOUREUX EST AUSSI INFLUENCÉ PAR SES CONSÉQUENCES (APPRENTISSAGE OPÉRANT). LE PHÉNOMÈNE DE KINESIOPHOBIE (PEUR DU MOUVEMENT ET DE LA REAPPARITION DES DOULEURS) ILLUSTRE CET APPRENTISSAGE OPÉRANT : LE SUJET FAIT UNE ACTIVITÉ SUITE À LAQUELLE IL A MAL (AFFAIBLISSEMENT POSITIF), L'ACTIVITÉ AURA MOINS DE PROBABILITÉ D'ÊTRE RÉPÉTÉE ET SERA ÉVITÉE. CET ÉVITEMENT PEUT SE GÉNÉRALISER À D'AUTRES ACTIVITÉS.
- } CEPENDANT ON DÉCOUVRE QUE L'EXPÉRIMENTATION N'EST PAS OBLIGATOIRE POUR FAIRE DES APPRENTISSAGES (APPRENTISSAGE SOCIAL OU PAR OBSERVATION). LES CROYANCES QUE LE SUJET A SUR LES CONSÉQUENCES DE SES COMPORTEMENTS ET SUR SES CAPACITÉS D'EFFICACITÉS PERSONNELLES JOUENT UN RÔLE NON NÉGLIGEABLE.
- } DANS LE CADRE DE LA DOULEUR CHRONIQUE, LES CROYANCES DU SUJET PAR RAPPORT À SA DOULEUR ET SES STRATÉGIES DE COPING (STRATÉGIES COGNITIVES POUR GÉRER UNE SITUATION DE STRESS) PEUVENT ENTRAÎNER UN ÉTAT ÉMOTIONNEL NÉGATIF, UN FOCUS ATTENTIONNEL SUR LA DOULEUR ET UNE ANTICIPATION DES PHÉNOMÈNES DOULOUREUX. CES CONSÉQUENCES AUGMENTENT LA DOULEUR RESENTIE.
- } LA SITUATION DE DOULEUR CHRONIQUE EST TRÈS ÉPROUVANTE. LES DERNIÈRES EXPÉRIMENTATIONS EN TCC MONTRERONT QU'IL EST PARFOIS PLUS EFFICACE D'ACCEPTER SA SITUATION POUR PRENDRE DE LA DISTANCE PAR RAPPORT À SES ÉMOTIONS ET SES PENSÉES PLUTÔT QUE DE CHERCHER À LUTTER CONTRE LES DISTORSIONS.

IV. LES COMPOSANTES DE LA DOULEUR

Pour une analyse clinique plus simple et pour une prise en charge plus globale, il faut prendre en compte quatre composantes de la douleur. Ces composantes s'influencent et dépendent de facteurs socioculturels, économiques, environnementaux, personnels, familiaux, génétiques et biologiques (Matillon & Agence Nationale d'Accréditation et d'Évaluation en Santé [ANAES], 1999).

COMPOSANTE SENSORI-DISCRIMINATIVE

Cette composante englobe les voies physiologiques douloureuses permettant de localiser la douleur, d'en donner son intensité et ses qualificatifs (décharge, diffus, irradiation, superficiel, brûlure...). Des échelles unidimensionnelles peuvent être utilisées pour que le sujet puisse coter l'intensité de sa douleur.

Cette analyse permet d'orienter le diagnostic et de faire, si besoin, des examens complémentaires adéquats afin de rechercher la cause de la douleur. C'est généralement la dimension la plus représentative de la douleur aiguë.

COMPOSANTE AFFECTIVE ET EMOTIONNELLE

Cette composante correspond aux aspects désagréables, gênants, stressants, perturbants, déprimants ou pénibles de la douleur. Elle entretient un lien étroit avec le vécu émotionnel qui dépend de plusieurs notions abordées précédemment (la douleur elle-même, son contexte, les expériences passées, les cognitions). Des troubles associés comme l'anxiété ou la dépression sont à rechercher.

COMPOSANTE COGNITIVE

La composante cognitive regroupe les pensées, les croyances, les représentations et les interprétations sur les causes possibles de la douleur ainsi que les stratégies cognitives utilisées en cas de stress. Ces cognitions influencent nos perceptions en guidant notre attention, elles modifient aussi nos comportements.

CAS CLINIQUE . . .

Mme B ressent une douleur neuropathique à sa jambe gauche. Elle décrit des décharges électriques et une douleur permanente.

Mme B nous rapporte que sa douleur est augmentée lorsqu'elle passe dans des lieux où il y a beaucoup d'électricité. Par exemple, lorsque la nuit tombe et que les lampadaires s'allument, ou lorsqu'elle se rend au centre commercial.

Elle fait le lien entre « l'électricité ambiante » et ses douleurs. Lorsqu'elle estime qu'un lieu est fortement électrique (même à tort), elle ressent plus de douleur.

COMPOSANTE COMPORTEMENTALE

La composante comportementale regroupe toutes les manifestations verbales ou non verbales de la douleur (réflexe de retrait, sudation, grimace, discours, évitement, limitation des activités...). Ces comportements peuvent être volontaires ou non, conscient ou non, ils dépendent fortement de l'âge, l'environnement familial, l'éducation, la culture, la société dans laquelle on est et des possibilités d'expression du sujet.

EN BREF ...

POUR UNE SIMPLIFICATION ET UNE ANALYSE CLINIQUE GLOBALE, LA DOULEUR PEUT SE DIVISER EN QUATRE COMPOSANTES QUI DOIVENT ETRE EVALUEES :

- } LA COMPOSANTE SENSORI-DISCRIMINATIVE QUI PERMET DE DEFINIR LES ASPECTS QUANTITATIFS (INTENSITE) ET QUALITATIFS (LOCALISATION, TYPE DE SENSATION) DE LA PERCEPTION DOULOUREUSE

- } LA COMPOSANTE AFFECTIVE ET EMOTIONNELLE TRADUIT L'ASPECT DESAGREABLE DE LA SENSATION DOULOUREUSE ET LES AFFECTS ASSOCIES A CELLE-CI (PRENDRE EN COMPTE LES COMORBIDITES PSYCHOPATHOLOGIQUES)

- } LA COMPOSANTE COGNITIVE REGROUPE LES COGNITIONS (PENSEES, CROYANCES, REPRESENTATIONS) DU SUJET PAR RAPPORT A SA DOULEUR. SES STRATEGIES DE COPING (CAPACITES COGNITIVES A GERER DES SITUATIONS STRESSANTES) ENTRENT EN JEU DANS LE VECU DE LA DOULEUR

- } LA COMPOSANTE COMPORTEMENTALE REGROUPE LES MANIFESTATIONS VERBALES ET NON VERBALES DE LA DOULEUR

CES COMPOSANTES SONT ELLES MEMES INFLUENCEES PAR DIVERS FACTEURS (SOCIOCULTURELS, ENVIRONNEMENTAUX, ECONOMIQUES, PERSONNELS, FAMILIAUX, GENETIQUES, BIOLOGIQUES...)

V. LES DIFFERENTS MECANISMES DE LA DOULEUR

Les douleurs par excès de nociception. Ces douleurs sont secondaires à une stimulation des nocicepteurs. Le système nerveux central et le système nerveux périphérique sont intacts. La stimulation peut être d'origine mécanique, inflammatoire, tumorale... Ce sont le plus fréquemment des douleurs aiguës mais elles peuvent se retrouver aussi dans les pathologies chroniques (par exemple dans les pathologies rhumatismales chroniques).

Les douleurs neuropathiques sont secondaires à une lésion du système nerveux périphérique ou central.

Dans un premier temps, cette lésion produit une perte de la fonctionnalité du système nociceptif (hypoalgésie dans la zone concernée). Il est possible qu'elle soit accompagnée par la suite de douleur. Cette douleur est associée à un déficit de la sensibilité aux stimulations tactiles (hypoesthésie) ou thermiques, une probable paresthésie (sensation de picotements, d'engourdissements, de fourmillements) ainsi qu'une modification de la sensibilité douloureuse (allodynie, hyperalgésie, hypoalgésie des zones innervées par le nerf atteint).

Le questionnaire DN4 (annexe 1) permet de dépister de probables douleurs neuropathiques. Ce questionnaire regroupe les sensations les plus fréquemment rapportées en cas de lésions nerveuses : les sensations de brûlures, de froid douloureux, de décharges électriques, de fourmillements, d'engourdissements, de picotements et de démangeaisons.

Les douleurs dysfonctionnelles ont généralement une description semblable aux douleurs par excès de nociception ou aux douleurs neuropathiques, seulement aucune étiologie correspondante n'est retrouvée. Un dysfonctionnement des systèmes de modulation ou une « réorganisation postlésionnelle » peut expliquer certaines de ces douleurs. Dans ce groupe sont inclus par exemple la fibromyalgie, les céphalées de tension, le syndrome du côlon irritable, les cystites interstitielles, le syndrome douloureux régional complexe de type I (Peyron, 2013).

Voici une rapide description de deux syndromes qui seront repris par la suite dans le mémoire.

Le syndrome douloureux régional complexe (SDRC) de type 1 est consécutif à un traumatisme sans lésion nerveuse (piqûre, brûlure, entorse). Le sujet ressent une douleur généralement permanente dans une partie du corps caractérisée entre autre par des signes

vasomoteurs (œdème, différence de température), sensitifs (allodynie, hyperesthésie), une limitation fonctionnelle et des modifications trophiques.

La fibromyalgie est un syndrome caractérisé par des douleurs chroniques diffuses présentes des deux côtés du corps au-dessus, au-dessous de la taille et sur le rachis. Ces douleurs sont généralement associées à une grande fatigabilité et de possibles troubles de la mémoire et de l'attention.

Les douleurs psychogènes reposent sur une sémiologie psychopathologique, comme par exemple la somatisation d'une détresse émotionnelle, des attaques de panique, une dépression masquée, une hypocondrie (Boccard & Deymier, 2006).

Les douleurs mixtes regroupent les différentes douleurs présentées.

EN BREF ...

QU'IMPORTE LE TYPE DE DOULEUR QUE LE SUJET RESSENT, IL FAUT LA RECONNAITRE. UN MEME SUJET PEUT SOUFFRIR DE DIFFERENTS TYPES DE DOULEUR

- } LA DOULEUR PAR EXCES DE NOCICEPTION EST DUE A UNE STIMULATION NOCICEPTIVE
- } LES DOULEURS NEUROPATHIQUES SONT LA CONSEQUENCE D'UNE LESION DU SYSTEME NERVEUX
- } LES DOULEURS DYSFONCTIONNELLES PEUVENT ETRE DUES A UNE DYSFONCTION DES SYSTEMES DE MODULATION DE LA DOULEUR OU A UNE REORGANISATION DYSFONCTIONNELLE DU SYSTEME NERVEUX.
- } LES DOULEURS PSYCHOGENES SONT DUES A DES PSYCHOPATHOLOGIES, SANS QU'AUCUNE AUTRE ETIOLOGIE POSSIBLE NE SOIT RETROUVEE.

VI. LA DOULEUR CHRONIQUE

A. LA DOULEUR AIGUE ET LA DOULEUR CHRONIQUE

« Une douleur aiguë est généralement la réponse appropriée à sa cause (par exemple, la cicatrisation après une blessure), la douleur chronique n'a pas ce caractère. » (Haute Autorité de Santé [HAS], 2009, p.17). Souvent, une douleur aiguë s'apaise lorsque l'on traite la cause. Elle joue un rôle d'alarme pour que le sujet réagisse et se protège d'un stimulus dangereux (par exemple enlever son bras d'une plaque chauffante).

L'HAS (2008, p.23) **définit la douleur chronique** en ces termes : « Il y a douleur chronique, quelles que soient sa topographie et son intensité, lorsque la douleur présente plusieurs des caractéristiques suivantes :

- persistance ou récurrence ;
- durée au-delà de ce qui est habituel pour la cause initiale présumée, notamment si la douleur évolue depuis plus de 3 mois ;
- réponse insuffisante au traitement ;
- détérioration significative et progressive du fait de la douleur, des capacités fonctionnelles et relationnelles du patient dans ses activités de la vie journalière, au domicile comme à l'école ou au travail.

Elle peut être accompagnée :

- de manifestations psychopathologiques ;
- d'une demande insistante par le patient, de recours à des médicaments ou à des procédures médicales souvent invasives, alors qu'il déclare leur inefficacité à soulager ;
- d'une difficulté du patient à s'adapter à la situation. »

Dans cette définition, la douleur chronique se distingue par sa notion de durée et de répercussions dysfonctionnelles majeures sur la vie du sujet. Après un certain temps, même si l'étiologie est identifiée, d'autres composantes entrent en jeu. Les divers retentissements sont difficilement évitables et la vie quotidienne, psychique et sociale est susceptible d'être progressivement affectée.

Les facteurs de chronicisation d'une douleur sont encore peu clairs. Plusieurs hypothèses expliqueraient l'entrée dans ce cercle vicieux (Matillon & ANAES, 1999) :

- les facteurs neurophysiologiques (avec une modification du système nerveux dû à la plasticité neuronale)
- les facteurs psychologiques (phénomène d'apprentissage et de conditionnement, mémorisation des événements, stratégie de « coping »)
- les facteurs comportementaux (les troubles du sommeil, la dépression)

B. ZOOM SUR LA DOULEUR CHRONIQUE

1. EPIDEMIOLOGIE

L'HAS (2008) s'appuie sur l'étude de STOPNET de 2004 pour estimer la prévalence de la douleur chronique dans la population française. Sur 30155 questionnaires envoyés, 81,2% ont été retournés. 31,7% de la population française aurait une douleur quotidienne depuis plus de 3 mois. Cette prévalence est de 35% chez les femmes et de 28,2% chez les hommes. Elle augmente avec l'âge (52% chez les plus de 75 ans). 19,9% de la population relève une douleur chronique d'intensité supérieure ou égale à 4 sur l'échelle visuelle analogue.

2. COMORBIDITE

Le lien entre les troubles psychiatriques et la douleur chronique n'est pas évident. La présence d'une douleur chronique augmente significativement le risque d'avoir un trouble psychiatrique et le fait d'avoir un trouble psychiatrique augmente le risque de développer des douleurs chroniques (Tunks et al., 2008). Les troubles du sommeil sont aussi fréquents dans la douleur chronique. Ils ont diverses causes.

Les comorbidités que je présente dans cette partie sont celles pour lesquelles j'ai trouvé le plus de documentation. Il existe certainement d'autres troubles associés qui pour l'instant n'ont pas été assez étudiés pour être pris en compte.

i. LA DEPRESSION

Le lien entre la dépression et la douleur chronique n'est pas simple. Des symptômes sont communs aux deux comme par exemple la baisse d'énergie, les troubles du sommeil, la modification de l'appétit.

La prévalence de la comorbidité douleur chronique et dépression est de 30 à 54 % selon les études (Banks & Kerns 1996, in Encyclopedia of pain 2007).

Divers scénarios sont envisageables.

LA DOULEUR PEUT PRECEDER LA DEPRESSION

La dépression serait alors réactionnelle. En effet, la douleur chronique entraîne des facteurs de stress particuliers (Banks & Kerns 1996, in Encyclopedia of pain 2007) :

- La douleur qui est très fréquente est un rappel constant de son état
- Elle peut être interprétée comme un signal de danger ce qui favorise l'anxiété
- Elle entraîne un retentissement global (au niveau professionnel, sur les loisirs, sur la vie familiale, elle peut avoir un impact financier, elle peut entraîner un isolement social, des incertitudes quant à l'avenir)
- L'écart entre l'intensité douloureuse et le manque de reconnaissance de marqueurs structurels peut entraîner une dépréciation de la douleur de la part d'autrui

Patten a mené une enquête épidémiologique de haute qualité. Il a suivi des patients douloureux n'ayant pas encore développé de dépression. Il retrouve une corrélation significative entre la chronicisation de la douleur et le développement ultérieur d'une dépression (Patten, in Tunks et al. 2008).

LA DEPRESSION PEUT PRECEDER LA DOULEUR

Certaines études montrent que la dépression diminue le seuil de tolérance de la douleur (Ingram & Smith 1984 ; Salovey & Birnbaum 1989 in Encyclopedia of pain 2007). En effet la dépression entraînerait une baisse en sérotonine et adrénaline. Cette diminution aurait un impact sur les réponses attentionnelles et sur les réponses affectives face à un stimulus douloureux (Bair et al. 2003, in Encyclopedia of pain 2007).

LA DOULEUR ET LA DEPRESSION PEUVENT APPARAÎTRE SIMULTANEMENT

Au niveau biologique, la sérotonine et noradrénaline seraient impliquées à la fois dans le développement de la dépression et dans les voies de modulation descendante de la douleur (Ward et al. 1982, in Encyclopedia of pain 2007). L'efficacité des antidépresseurs à des doses plus basses est déjà connue pour diminuer les douleurs chroniques (Bair et al. 2003, in Encyclopedia of pain 2007).

ii. LES TROUBLES ANXIEUX

Les troubles anxieux sont de 2 à 7 fois plus nombreux chez les douloureux chroniques que dans la population générale (Tunks et al., 2008). Certains troubles anxieux sont plus récurrents, notamment le trouble anxieux généralisé et l'état de stress post-traumatique. Les agoraphobies, les troubles paniques, les phobies sociales semblent être aussi plus fréquents (Demyttenaere et al., in Tunks et al. 2008).

iii. LES TROUBLES DU SOMMEIL

Les troubles du sommeil peuvent être dus à plusieurs causes comme la douleur elle-même mais aussi la dépression et l'anxiété. Des études montrent qu'au moins 50% des patients douloureux chroniques se plaignent de troubles du sommeil (Smith & Haythornthwaite, 2004).

LA DOULEUR PERTURBE LE SOMMEIL, MAIS UN MAUVAIS SOMMEIL AGGRAVE LA DOULEUR

Une étude expérimentale (EEG) démontre que tous les stades du sommeil sont perturbés par la stimulation nociceptive des muscles (Lavigne et al 2004, in Encyclopedia of pain 2007). Chez des sujets sains, la privation de sommeil pendant 40h augmenterait la sensibilité à la douleur (Moldofsky 2001 ; Moldofsky & Scarisbrick 1976 ; Moldofsky et al. 1975, in Encyclopedia of pain 2007).

EN BREF ...

LE TABLEAU CI-CONTRE RESUME LES DIFFERENCES MAJEURES ENTRE LA DOULEUR AIGUE ET CHRONIQUE.

Apprentissages opérants	Exemple dans la douleur
L'apparition d'une conséquence agréable suite à un comportement augmente sa fréquence d'apparition (renforcement positif)	Le fait qu'une famille accorde beaucoup plus d'attention au sujet suite à un comportement douloureux augmente la probabilité que le sujet ait un autre comportement douloureux
La disparition de conséquence désagréable suite à un comportement augmente sa fréquence d'apparition (renforcement négatif)	La douleur peut entraîner une diminution des attentes au sein de sa famille (ne plus avoir à faire les courses), ceci augmente la probabilité que le comportement douloureux persiste
L'apparition d'une conséquence désagréable suite à un comportement diminue sa fréquence d'apparition (affaiblissement positif)	Si la douleur apparaît dans une activité particulière, cela augmente la probabilité que l'activité soit évitée
La disparition d'une conséquence agréable suite à un comportement diminue sa fréquence d'apparition (affaiblissement négatif)	Si un comportement non douloureux renvoie à une diminution d'aides (familiales, sociales), sa probabilité d'apparition est diminuée
L'absence de conséquence suite à un comportement diminue sa fréquence d'apparition (phénomène d'extinction)	

	DOULEUR AIGUË	DOULEUR CHRONIQUE
--	----------------------	--------------------------

31,7 % DE LA POPULATION GENERALE FRANÇAISE SOUFFRIRAIT DE DOULEUR CHRONIQUE.

IL EXISTE DES TROUBLES QUI SONT SOUVENT ASSOCIES A LA DOULEUR CHRONIQUE. CES COMORBIDITES DOIVENT AUSSI ETRE PRISES EN CHARGE.

- } LA DEPRESSION ET LA DOULEUR CHRONIQUE SERAIENT ASSOCIEES DANS 30 A 54% DES CAS.
 - LA DOULEUR CHRONIQUE PEUT PRECEDER LA DEPRESSION
 - LA DEPRESSION PEUT PRECEDER LA DOULEUR CHRONIQUE
 - LES DEUX PEUVENT APPARAITRE SIMULTANEMENT
- } LES TROUBLES ANXIEUX DANS LA DOULEUR CHRONIQUE SONT DE 2 A 7 FOIS PLUS NOMBREUX QUE DANS LA POPULATION GENERALE
- } LES TROUBLES DU SOMMEIL ET LA DOULEUR CHRONIQUE SERAIENT ASSOCIES DANS 50% DES CAS.
 - LA DOULEUR PERTURBE LE SOMMEIL
 - UN MAUVAIS SOMMEIL AGGRAVE LA DOULEUR

PARTIE 2

LA PRISE EN CHARGE DE LA DOULEUR CHRONIQUE

PRISE EN CHARGE GLOBALE DU PATIENT



I. UNE PRISE EN CHARGE PLURIDISCIPLINAIRE

A. LA LEGITIMITE D'UNE PRISE EN CHARGE PLURIDISCIPLINAIRE

La douleur chronique est complexe par son implication dans la vie quotidienne, l'état émotionnel, les comportements et les pensées du sujet. Il est donc essentiel de prendre en charge les différentes composantes mises en jeu dans son vécu de la douleur et de ne pas se limiter à une seule dimension. Il faut en effet prendre en charge la douleur mais aussi les troubles associés (comme par exemple les troubles du sommeil, la dépression). La prise en charge de ces troubles aura un impact indirect sur le vécu douloureux car ils diminuent le seuil de douleur (aspect plutôt nociceptif) et le seuil de tolérance face à la douleur (aspect plutôt affectif et émotionnel).

Une méta-analyse réalisée en 1992 par Flor et al regroupe 65 études soit 3089 sujets souffrant de douleurs chroniques dorsales. La prise en charge multidisciplinaire (associant généralement une prise en charge médicale, physique et psychologique) est comparée à une prise en charge unimodale (médicale ou physique). La méta-analyse conclut à une supériorité d'une prise en charge multidisciplinaire, avec un effet à long terme prolongé, et une amélioration autant sur l'évaluation subjective de la douleur et de son retentissement sur l'humeur que sur le taux de retour au travail.

B. LA PRISE EN CHARGE GENERALE DE LA DOULEUR

Certaines thérapies s'adressent plus spécifiquement à une composante particulière de la douleur. Cependant, dans toutes les disciplines, plusieurs composantes entrent en jeu : l'attitude du thérapeute par rapport au patient et au traitement qu'il propose et l'attitude du patient par rapport à sa pathologie ont une importance non négligeable.

1. LE MEDECIN

i. LE MEDECIN COORDINATEUR

LE TRAITEMENT PHARMACOLOGIQUE

Le traitement pharmacologique dans la douleur chronique a généralement pour unique objectif, lorsqu'il n'y a pas d'étiologie précise ou traitable retrouvée, de diminuer les douleurs.

Le médecin travaille en collaboration avec le patient car il faut rechercher l'équilibre entre le bénéfice d'un dosage suffisant pour diminuer les douleurs et le coût d'éventuels effets secondaires. L'efficacité d'un médicament est fluctuante selon les individus. Il faut absolument que le patient soit acteur de sa prise en charge médicamenteuse afin de savoir si tel type de traitement fonctionne. Beaucoup de sujets gardent des traitements antalgiques qui ne leur font pas d'effet simplement parce que le médecin leur a prescrit.

Voici un rapide résumé des traitements usuels.

Pour les douleurs chroniques par excès nociceptif, il y a trois paliers d'antalgiques décrit par l'OMS, hiérarchisés selon leur puissance antalgique :

- Les antalgiques non opioïdes forment le palier 1 (paracétamol, anti-inflammatoires non stéroïdien).
- Les antalgiques opioïdes faibles forment le palier 2 (codéine, tramadol). Ils peuvent être associés aux antalgiques de palier 1.
- Les antalgiques opioïdes forts forment le palier 3 (morphine, oxycodone) pour les douleurs intenses. La délivrance de ces antalgiques est très règlementée.

Les principaux effets secondaires des opioïdes pouvant intéresser le psychomotricien sont les suivants : la somnolence et les troubles neuropsychiques (troubles cognitifs, comportementaux, perceptifs ou de l'humeur).

Pour les douleurs neuropathiques, les traitements médicamenteux utilisés sont différents :

- Les antidépresseurs, utilisés à faible dose, ont une activité antalgique propre (à plus forte dose, l'action antidépressive apparaît). Les principaux effets indésirables qui peuvent intéresser le psychomotricien sont une somnolence, des sueurs, des troubles visuels, des palpitations, des troubles cognitifs, une confusion, un risque d'hypotension orthostatique.
- Les antiépileptiques ont eu aussi une activité antalgique. Les principaux effets indésirables qui peuvent intéresser le psychomotricien sont une somnolence, des vertiges.
- Il existe des emplâtres de lidocaines (anesthésiques locaux) qui diminuent la sensibilité des territoires allodymiques.

Les douleurs dysfonctionnelles sont plus complexes à appréhender. Les opioïdes forts ne sont pas recommandés. Les traitements usuels sont les suivants : antalgiques, myorelaxants, antispasmodiques. Le traitement doit surtout être accès sur les comorbidités.

Un traitement médicamenteux des troubles psychologiques peut être envisagé.

LES BILANS COMPLEMENTAIRES

Le médecin recherche généralement dans un premier temps une étiologie à la douleur ou une affection plus générale. Pour cela il peut prescrire des bilans complémentaires.

2. L'ANESTHESISTE ET LE CHIRURGIEN

Les techniques de neurochirurgie lésionnelle consistent à interrompre, en cas de douleur par excès de nociception, certaines voies afférentes afin que le message douloureux ne soit plus transmis au cerveau. Le risque d'apparition, quelques mois plus tard, de douleurs neuropathiques explique que cette procédure est utilisée en soin palliatif.

Les techniques de stimulation électrique consistent à implanter des électrodes qui vont stimuler les mécanismes inhibiteurs de la douleur. La stimulation peut se faire au niveau périphérique, médullaire, thalamique ou cortical. Elles sont indiquées en cas de douleurs neuropathiques.

L'administration d'antalgiques dans le liquide céphalorachidien (implantation intrathécale d'une pompe) augmente l'efficacité du médicament et limite ses effets secondaires (Fontaine, 2013).

3. LE PSYCHOLOGUE

Le psychologue s'intéresse au fonctionnement psychique, comportemental et relationnel du sujet. Il prévient les troubles et les difficultés dans ces domaines et permet de promouvoir l'autonomie et le bien-être de la personne.

Voici quelques exemples de pistes pouvant être abordées chez un sujet douloureux chronique.

- Les distorsions cognitives portant sur des croyances, des représentations et des interprétations erronées
- L'estime de soi du sujet, le sentiment d'efficacité personnelle
- Des stratégies de coping inadaptées

- Les troubles psychopathologiques associés comme par exemple la dépression, les troubles anxieux, les troubles de la personnalité
- L'acceptation de la douleur

4. LE KINESITHEPEUTE

Le kinésithérapeute réalise un bilan (musculaire, articulaire, cutanée trophique, fonctionnel...). Il pose ensuite un diagnostic kinésithérapique ce qui lui permet de cibler des objectifs spécifiques à la pathologie. De manière générale dans le cadre d'une douleur chronique le thérapeute cherchera à :

- Réduire la douleur (massage, électrothérapie, thermothérapie...)
- Entretenir la fonctionnalité du système musculo-squelettique afin de conserver les activités quotidiennes (mobilisations, étirements, renforcement musculaire...)
- Réadapter le patient à l'effort
- Eduquer le patient aux gestes délétères (école du dos, ergonomie du mouvement)
- D'autres objectifs peuvent être mis en place au cas par cas

C. LES CLINIQUES DE LA DOULEUR

Les cliniques de la douleur ont été créées afin de réunir les différents professionnels de santé intervenant indépendamment dans la prise en charge de la douleur. L'objectif est de mettre en place des soins coordonnés.

Il y a une différence non négligeable entre un soin interdisciplinaire où les thérapeutes agissent indépendamment les uns des autres dans leur champ de compétence et un soin interdisciplinaire où les thérapeutes se coordonnent et se mettent d'accord pour les diagnostics posés, l'évaluation et les différentes prises en charge proposées (Marchand, 2009).

Quelques principes sont primordiaux et potentialisent la réussite du suivi (Marchand, 2009).

- Plusieurs moyens et méthodes doivent être envisagés sur un même sujet.
- Toutes les composantes de la douleur doivent être prises en compte et évaluées.
- L'individu doit être acteur de sa prise en charge. Il est un membre à part entière de l'équipe soignante. La relation thérapeutique doit être une relation de collaboration.

- Les soins doivent être en continuité et sur du long terme. Un projet global de prise en charge est mis en place, il comprend des objectifs à court terme et à long terme.
- Il est important d'apprendre au patient des techniques d'autocontrôle afin qu'il puisse mieux gérer sa douleur lorsqu'elle est plus intense. Le sujet doit pouvoir réutiliser des outils ou techniques de façon autonome.
- Le patient doit pouvoir bénéficier de l'effet de l'association des différentes techniques mises ensemble en place.
- L'équipe doit viser le bien-être général et la fonctionnalité du sujet, autant au niveau moteur, social, comportemental, émotionnel et cognitif. Le but premier n'est pas forcément la diminution de l'intensité douloureuse.
- L'amélioration de l'état du sujet dépend pour beaucoup de sa motivation, sa participation et son observance. L'équipe thérapeutique peut renforcer une motivation précaire. Elle a aussi pour rôle de faire de l'éducation thérapeutique. Le fait de rendre l'individu acteur augmente aussi sa motivation.

II. LA PSYCHOMOTRICITE ET LA DOULEUR CHRONIQUE

La psychomotricité est une porte d'entrée intéressante pour la douleur chronique. Elle considère le corps comme un moyen d'interaction avec le milieu. Le psychomotricien s'intéresse au corps en action, à la relation entre le milieu, l'individu et le comportement. Les manifestations d'un trouble peuvent varier selon les contextes, le psychomotricien cherche à comprendre la dynamique du trouble (Soppelsa & Albaret, 2011).

A. LES TROUBLES PSYCHOMOTEURS ET LA DOULEUR CHRONIQUE

Voici les caractéristiques des troubles psychomoteurs :

- « ce sont des troubles **perceptivo-moteurs** qui affectent les différentes fonctions d'**exploration** (aspect perceptifs et gnosiques), d'**action** (sur le milieu physique avec la motricité intentionnelle) et de **communication** (notamment dans les aspects non verbaux) » (Corraze, in Albaret, 2011, p 255) « ainsi que les **intégrations émotionnelles** qui impliquent l'analyse des émotions positives et négatives et les liens avec les motivations » (Albaret et al., 2001, p.10)
- « ils se manifestent par des **signes neurologiques doux** qui signalent l'existence d'un dysfonctionnement cérébral à minima ;
- ils sont **associés à un complexe psychopathologique** » (Corraze, in Albaret, 2011, p 255), « qui regroupe, d'une part, des facteurs émotionnels qui agissent comme facteurs déclenchant ou de maintien du trouble, et, d'autre part, des troubles psychiatriques qui posent la question des comorbidités ou troubles associés mais aussi des manifestations réactionnelles » (Albaret et al., 2011, pp. 10-11)
- « ils demandent une analyse des différentes dimensions (biologique ou organique, écologique, intentionnelle ou téléologique) pour permettre la prise en compte de la pluralité étiologique. » (Institut de formation en psychomotricité Toulouse, section Troubles psychomoteurs, s.d.).

La douleur chronique partage quelques caractéristiques du trouble psychomoteur :

L'aspect perceptivo -moteur

La perception et la motricité entretiennent un lien très étroit. La perception module la motricité (j'ai mal à la main donc je vais la protéger) mais la motricité module la perception

(je bouge ma main ce qui entraîne de la douleur). Dans le cadre de la douleur chronique nous avons vu combien la perception douloureuse peut être modulable et perturbée.

L'**exploration** est souvent diminuée (phénomène d'évitement). L'**action** devient elle aussi problématique et se limite fréquemment aux activités les moins douloureuses.

La **communication** des sujets douloureux peut être modifiée : des communications non verbales comme les grimaces, un visage figé, une posture hypertonique peuvent apparaître. C'est d'ailleurs ces modifications comportementales qui sont prises en compte par les questionnaires chez les sujets ayant des difficultés de communication verbale (annexe 11 et 12). L'implication des **émotions** dans la douleur chronique est prégnante, elles sont des modulateurs de la douleur et déterminent en partie le vécu douloureux.

Les signes neurologiques doux

Les signes neurologiques doux ne sont pas forcément présents dans la douleur chronique. Cependant certaines douleurs seraient dues à un dysfonctionnement, c'est-à-dire « une perturbation ou une dégradation du fonctionnement normal d'un système » (Albaret, 2011 p.254). Ce dysfonctionnement neurologique ou biologique n'est pas toujours visible aux examens, il n'est pas forcément dû à une atteinte localisée du système nerveux. C'est pour cette raison que l'on parle de « dysfonctionnement à minima ». Nous retrouvons par exemple ce cas dans la fibromyalgie (Julien et al., 2005).

L'association avec la psychopathologie

Comme nous l'avons déjà vu, la douleur chronique est fréquemment associée à des troubles psychopathologiques, ces deux processus s'auto-renforcent.

La plurifactorialité

La chronicisation d'une douleur met en jeu différentes composantes que nous avons déjà évoquées. Ces composantes sont sous l'influence des divers facteurs qui doivent eux aussi être pris en compte afin de remettre le phénomène de douleur dans son contexte.

B. LA DEMARCHE PSYCHOMOTRICE

La douleur chronique n'est pas beaucoup documentée dans le cadre de la psychomotricité. Pour pouvoir avancer dans cette réflexion, j'ai eu besoin de revenir aux

fondamentaux. C'est pour cette raison que je vous présente la démarche psychomotrice, sur laquelle je me suis basée pour réaliser ma présentation.

Le psychomotricien, grâce entre autre à l'**évaluation** psychomotrice, analyse les symptômes et les plaintes du sujet. Il regroupe les différents bilans médicaux et paramédicaux, le discours du sujet, et essaye de comprendre le lien étiologique plurifactoriel de la situation.

Il analyse la dynamique du trouble dans la vie du sujet :

- Quelles sont les conséquences du trouble ?
- Dans quelles conditions se manifeste t – il ?
- De quelle manière ?
- Qu'est ce qui augmente les manifestations ? Qu'est-ce qui les diminue ?
- Existe-t- il des bénéfices secondaires, des « renforçateurs » du trouble ?

Le psychomotricien et le patient construisent ensemble un **projet thérapeutique** réaliste visant à modifier la situation. Ce projet thérapeutique est spécifique. Une **ligne de base** peut être mise en place afin d'avoir une idée de la fréquence du trouble ou de ses manifestations. Le psychomotricien réfléchit aux **moyens** qu'il a à sa disposition pour mettre en œuvre le projet thérapeutique. Le choix des outils peut être facilité par la lecture des différentes études scientifiques portant sur l'efficacité de certaines techniques. La rééducation psychomotrice est flexible, elle s'adapte sans arrêt au rythme et aux besoins de l'individu. Les besoins du sujet deviendront de plus en plus clairs à force d'observations cliniques et de mises en situations. La fonction instrumentale, l'adaptation situationnelle, les mécanismes cognitifs et affectifs sont pris en compte. Une **réévaluation** fréquente du travail effectué doit être mise en place afin de juger de l'efficacité de la démarche et d'ajuster le projet à l'évolution du sujet (Soppelsa, R. & Albaret, JM., 2011).

III. L'ÉVALUATION PSYCHOMOTRICE DANS LE CADRE DE LA

DOULEUR CHRONIQUE

L'évaluation doit prendre en compte différentes notions.

- Elle évalue tout d'abord la douleur.
- Elle évalue aussi le retentissement de la douleur dans la vie quotidienne et la vie psychique.
- Elle évalue les capacités restantes et les stratégies de compensations mises en place par le sujet.
- Elle évalue les conséquences psychomotrices associées à la douleur.
- Enfin, le fonctionnement personnel cognitif et comportemental doit être pris en compte.

A. L'ENTRETIEN SEMI-STRUCTURE

Dans cet entretien, nous verrons ce que le praticien a besoin de connaître sur le patient douloureux chronique, ces informations ne sont pas spécifiques à la psychomotricité.

L'évaluation est à adapter à chaque sujet, elle doit permettre de répondre à certaines questions préalables. Les réponses à ces questions sont à chercher dans le dossier médical du patient, auprès des autres intervenants ou durant l'entretien semi-structuré. Cette démarche permet d'avoir une vision plus globale du contexte d'apparition de la douleur et de son retentissement. Il est important de prendre le temps nécessaire pour faire l'entretien.

Voici un exemple d'entretien semi-structuré (annexe 2) inspiré de l'entretien recommandé par l'HAS en médecine ambulatoire (2008).

 Le motif de consultation . Il nous donne des indications sur la démarche du sujet vis-à-vis de sa situation.

 L'histoire de la douleur

- ♣ Le **mode d'apparition** de la douleur est important à connaître. Il faut savoir l'ancienneté de la douleur ainsi que son mode d'installation (brutal, par pallier,

progressif). Il faut comprendre le contexte dans lequel la douleur est apparue (évènement particulier).

- ♣ Il est important d'avoir une idée de l'**évolution** de cette douleur. Cette évolution doit prendre en compte l'aspect quantitatif de la douleur (amélioration, aggravation, stagnation, fluctuation) mais aussi l'aspect qualitatif (localisation, type de douleurs).

✚ L'histoire du sujet permet de remettre la douleur dans un contexte environnemental, socioprofessionnel, dans une histoire de vie. Les ressources sociales, familiales et économiques ont leur importance dans le vécu de la douleur. La douleur chronique a fréquemment des répercussions sur la sphère professionnelle. Une situation insécurisante induit du stress supplémentaire pouvant aggraver la perception douloureuse.

✚ L'histoire médicale nous permet de savoir si le sujet est atteint d'une pathologie particulière et de connaître quelques antécédents médicaux qui pourraient être en lien avec la douleur actuelle. Il faut se demander s'il y a des contre-indications médicales.

✚ La douleur actuelle.

- ♣ Elle doit être décrite le plus précisément possible en termes de localisation, d'intensité, de sensation.
- ♣ Le psychomotricien dirige les échanges afin de connaître ce qui augmente ou diminue les douleurs. Quelles sont les positions douloureuses et antalgiques ? Quels sont les gestes douloureux ?
- ♣ Les fluctuations de la perception de la douleur dans la journée sont importantes à relever (douleur plutôt nocturne, en fin de journée...).
- ♣ Il faut pouvoir recenser toutes tentatives thérapeutiques passées ou actuelles pour orienter les propositions futures.

✚ Le comportement et les cognitions vis-à-vis de la douleur .

- ♣ A partir du discours du sujet et de ses communications non verbales, nous pouvons relever des informations concernant les croyances du sujet, ses représentations, la compréhension qu'il a de l'origine de ses douleurs, et son comportement vis-à-vis d'elles.

- ♣ Les comportements relevés regroupent la manière dont il réagit face à sa douleur et lorsqu'il ne la ressent plus (éviter, moyens de soulagement, ergonomie)

✚ Le retentissement de la douleur est un des éléments le plus importants pour le psychomotricien. Le sujet souffre de sa douleur mais aussi de ses conséquences. Il peut souffrir d'un manque d'autonomie, de l'arrêt d'activités particulières (loisirs, professionnelles), d'un manque de sommeil. La douleur peut aussi entraîner une culpabilité importante par rapport à ses proches, modifier l'humeur. Ces conséquences sont tout aussi importantes que la douleur. Elles peuvent faire partie d'objectifs spécifiques de la prise en charge.

✚ Il faut cerner les attentes du sujet. Cette partie est capitale pour un suivi futur. Certaines questions sont nécessaires à se poser :

- ♣ Le patient et l'intervenant ont-ils les mêmes objectifs ?

CAS CLINIQUE . . .

Mme C, depuis son accident de voiture, ressent une douleur neuropathique à la jambe droite. Selon ses dires, le traitement pharmacologique lui aurait permis de réduire de 50% ses douleurs. Content de ce résultat, le médecin lui demande ce qu'elle en pense. Elle répond ne pas être satisfaite car il lui reste toujours des douleurs.

- ♣ Les attentes du sujet sont-elles réalisables ? Si elles sont trop ambitieuses il faut se mettre d'accord sur des buts plus atteignables afin que le sujet ne soit pas déçu même si son état s'est amélioré.

CAS CLINIQUE . . .

Mme D souffre d'une fibromyalgie (Cf. partie 1 p.27) depuis quatre ans. Nous remarquons ensemble que les douleurs sont exacerbées lors des moments de stress. Lorsque, après lui avoir expliqué le lien entre le stress et la douleur, je lui demande ce qu'elle attend de cette prise en charge, elle me répond « ne plus avoir mal ». Nous avons repris ensemble les buts poursuivis et sommes arrivées à un objectif plus modeste : apprendre à gérer son stress dans le but de diminuer le ressenti douloureux.

- ♣ Il est important de se demander si l'on possède les compétences nécessaires pour aider le sujet à atteindre ses objectifs. Si ce n'est pas le cas, il faut l'adresser aux professionnels compétents dans le domaine.

B. LES QUESTIONNAIRES ET LES ECHELLES

La douleur est une expérience subjective. Personne ne peut décrire une douleur mieux que celui qui la ressent. Les échelles et les questionnaires permettent au sujet et au thérapeute d'objectiver le phénomène douloureux et de communiquer plus clairement ses sensations. Ils aident à :

- diagnostiquer une cause de la douleur
- avoir une vision globale de la douleur
- prendre des décisions thérapeutiques
- suivre l'évolution de la douleur
- évaluer l'efficacité des prises en charge mis en place.

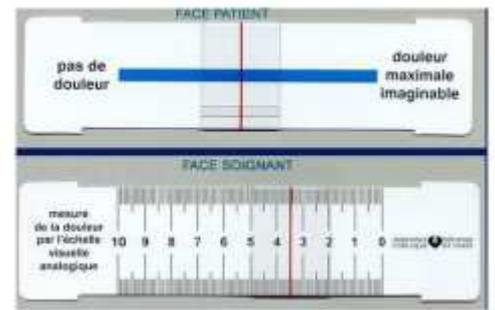
1. LES ECHELLES UNIDIMENSIONNELLES D'AUTO-EVALUATION DE LA DOULEUR

Ces échelles n'évaluent qu'une caractéristique de la douleur à la fois. Elles ont un intérêt intra- individuel seulement, la comparaison inter- individuelle n'est pas envisageable : chacun vit sa douleur à sa manière (Boccard & Deymier, 2006). Il n'y a pas de corrélation entre la valeur obtenue à une échelle et le type de traitement antalgique. L'utilisation d'une échelle doit se faire de manière standard (c'est toujours la même échelle qui doit être utilisée dans des conditions de passations semblables) pour être reproductible (Matillon & ANAES, 1999).

S'il existe plusieurs sites douloureux, chacun doit être évalué séparément. Si le patient décrit un fond douloureux et des douleurs paroxystiques, il faut évaluer les deux types de douleur séparément.

Les trois échelles suivantes ont été validées pour mesurer l'intensité douloureuse : il est recommandé d'utiliser de préférence l'échelle visuelle analogique (EVA), en cas de difficulté de compréhension ou de cotation, on peut utiliser l'échelle numérique (EN) ou l'échelle verbale simple (EVS), moins sensible (Matillon & ANAES, 1999).

} **L'échelle visuelle analogique** (annexe 3) : le sujet indique le niveau de sa douleur par un trait sur une ligne droite horizontale ou verticale de 10 cm délimitée par deux bornes : absence de douleur – douleur maximale imaginable. Le clinicien mesure en millimètre la distance entre la borne pas de douleur et le trait du patient (arrondir au millimètre le plus proche).



} **L'échelle numérique** : le patient donne une note à sa douleur de 0 à 10, ou en pourcentage de 0% à 100% : 0 étant l'absence de douleur et 10 ou 100 étant la douleur maximale imaginable.

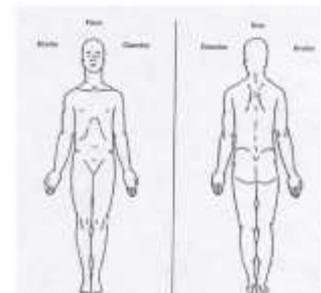
} **L'échelle verbale simple** : le sujet détermine le qualificatif représentant le mieux sa douleur ou son soulagement parmi 5 qualificatifs hiérarchisés par ordre croissant.

- Pas de douleur/soulagement (score 0)
- Faible (1)
- Modérée (2)
- Intense (3)
- Extrêmement intense / soulagement complet (4)

} **L'échelle des visages de Bieri** : le sujet montre quel visage correspond le plus à sa sensation douloureuse, cette échelle est plutôt destinée aux enfants.



} **Le schéma des zones douloureuses** : le sujet indique sur le schéma les zones douloureuses. Il est recommandé de mettre un S si la douleur est superficielle, un P si elle est profonde, et un I à l'endroit où elle est la plus intense.



Il existe plusieurs limites à ces échelles (Marchand, 2009) :

- Lorsque nous demandons au sujet de comparer son état avant et après le traitement (degré de soulagement par exemple), le sujet se base sur le souvenir de sa douleur. Plusieurs études (Gedney et al., 2003 ; Rainville et al., 2004, in Marchand, 2009) montrent que le sujet a tendance à ressentir une douleur actuelle moins forte qu'une douleur passée pour une intensité équivalente. Il est alors plus objectif que le sujet n'évalue que sa douleur actuelle. C'est l'intervenant qui, en comparant les différents scores, pourra voir l'évolution.
- La douleur est généralement fluctuante dans le temps. Les mesures sont faites à un moment précis qui ne correspond pas forcément à la réalité. Il est préférable de demander au sujet de coter sa douleur à différents moments de la journée chez lui.
- Les échelles unidimensionnelles mélangent la mesure des différentes composantes de la douleur. Il faut bien préciser au sujet ce que l'on souhaite mesurer même si l'ensemble des composantes est lié. Veut-on mesurer l'aspect désagréable de la douleur ? L'intensité de la douleur ?

CAS CLINIQUE . . .

Mme E. présente une fibromyalgie depuis 8 ans. En octobre, lors de sa première consultation à la clinique elle cote sa douleur à 8/10 sur l'échelle numérique. En février, je la rencontre et elle me dit que sa douleur a fortement diminué grâce aux cachets. Elle la cote actuellement à 4/10 sur l'EN. Pourtant, elle ajoute : « ma douleur m'est de plus en plus insupportable ».

2. LES ECHELLES MULTIDIMENSIONNELLES

Le questionnaire de douleur de Saint-Antoine (QDSA) (annexe 6) propose une liste de qualificatifs qui tient compte des composantes de la douleur. Certains qualificatifs orientent le diagnostic vers les douleurs neuropathiques (brûlures, décharges électriques, picotements). La version longue du questionnaire est validée. Il existe la version QDSA abrégée (annexe 6) qui n'est pas validée. Elle est plus facilement utilisable en ambulatoire cependant nous ne pouvons pas faire de score global, chaque item doit être considéré séparément.

Le Multidimensional Pain Inventory (MPI, traduit en français par Turk) est l'une des échelles la plus utilisée (la version incomplète de l'ANAES en annexe 7). Plusieurs domaines

sont pris en compte (le retentissement, le soutien, la sévérité de la douleur, le contrôle des difficultés quotidiennes, la détresse affective).

Le Questionnaire Concis sur les Douleurs (QDC) est une échelle moins utilisée que la précédente dans la douleur chronique (annexe 8). Cependant elle est recommandée par l'ANAES car elle est courte et simple. Elle prend en compte plusieurs domaines (intensité de la douleur, soulagement, incapacité fonctionnelle, retentissement social, vie en relation et détresse psychologique). Cette échelle n'est pas validée, chaque item est coté séparément, il n'existe donc pas de score global.

L'auto-questionnaire de Dallas (annexe 9 et 16) est plus spécifique aux sujets souffrants de lombalgie chronique. Il permet d'évaluer l'intensité de la douleur et le retentissement fonctionnel, social ainsi que la détresse psychologique. Ce questionnaire a été validé en France.

Le Medical Outcome Study Short Form-36 (MOS SF-36) est une échelle mesurant la qualité de vie générale, elle n'est pas spécifique à la douleur (annexe 10).

3. LES ECHELLES NON VERBALES

Les échelles d'hétéro-évaluation reposent sur l'observation des comportements par un tiers. Elles sont utilisées lorsqu'il n'est pas possible pour le sujet d'utiliser les échelles d'auto-évaluation comme chez certaines personnes âgées ou lorsqu'il existe des troubles de la communication verbale. Il faut alors observer attentivement le comportement et les communications non verbales.

Doloplus 2 est une échelle d'évaluation comportementale de la douleur. Elle est validée chez les personnes âgées et peut servir à d'autres populations (annexe 11 et 16).

Il existe aussi l'échelle ECPA (Echelle Comportementale pour Personne Agée) à utiliser avant et après un soin (annexe 12 et 16).

4. LES ECHELLES PSYCHOLOGIQUES

Il est important de rappeler qu'en aucun cas ces échelles ont une fin diagnostic et ne remplacent l'avis d'un psychologue.

Le questionnaire abrégé de Beck (BDI : Beck Depressive inventory) a été validé en France chez des malades psychiatriques (annexe 13 et 15). Ce questionnaire d'auto-évaluation permet d'alermer le clinicien quant à une éventuelle dépression.

L'échelle HAD (Hospital Anxiety and Depression Scale) validée en médecine interne permet d'avoir une idée plus précise sur le retentissement émotionnel de la douleur (annexe 14 et 15). Elle ajoute à la notion de dépression celle d'anxiété.

L'échelle d'apathie (Lille Apathy Rating Scale) permet de mettre en évidence une diminution de la motivation, de la prise d'initiative et de l'intérêt (émotionnel, social, situation nouvelle) du sujet (annexe 17).

5. RECOMMANDATIONS DE L'ANAES

L'ANAES a construit une évaluation de la douleur chronique en regroupant plusieurs questionnaires.

- Le schéma des zones douloureuses
- Une échelle unidimensionnelle mesurant l'intensité de la douleur
- Le QDSA abrégé
- L'HAD
- Le QCD : chaque item est à considérer séparément, le score global n'est pas calculable
- La mesure de l'intensité du soulagement de la douleur : utiliser une même échelle unidimensionnelle

C. LE BILAN PSYCHOMOTEUR

Le bilan sert à mettre en évidence certaines compétences et difficultés du sujet dans les domaines psychomoteurs à travers des observations cliniques, des tests et des mises en situations écologiques. Ces indications serviront à guider le thérapeute dans sa prise en charge et dans ses choix d'outils thérapeutiques. Le bilan doit être adapté à la problématique du patient. Voici une liste non exhaustive des principaux domaines à explorer.

Tout au long du bilan il est intéressant de noter les moyens de compensation du sujet.

1. L'ATTITUDE GENERALE SPONTANEE DU SUJET

L'**attitude générale spontanée** du sujet est la première chose à regarder.

Elle regroupe :

- la manière dont il se déplace, bouge et maintien une position
- les éventuelles aides techniques ou appareillages
- son comportement
 - ses communications non verbales (manifestations corporelles et faciales douloureuses, prosodie, posture figée, agitation, signes d'apathie, signes d'anxiété)
 - ses communications verbales (forme du discours, mots employés)
- les attitudes vicieuses (mauvaises positions adoptées par le sujet) : il faut être vigilant aux contractions réflexes servant par exemple à protéger une partie douloureuse. Ces contractions peuvent entraîner des attitudes vicieuses (responsable à plus long terme de rétractions musculaires ou capsulo- ligamentaires).

2. LA MOTRICITE

Au moment de l'évaluation des coordinations et du tonus, on peut repérer des troubles du mouvement (stéréotypes, tremblements, bradykinésie, hyperkinésie, hypokinésie).

i. LE TONUS MUSCULAIRE

- **Le tonus de fond** est évalué grâce :
 - à la manœuvre des ballants aux articulations principales des membres ainsi qu'à la manœuvre de la chute. Ces manipulations sont utiles pour juger de la capacité de relâchement volontaire et des caractéristiques du tonus de fond.
 - à l'extensibilité musculaire qui s'observe en mobilisant passivement les différentes articulations.
- **Le tonus d'action**
 - **La posture et ses réajustements** peuvent être évalués à partir du maintien d'une position à l'aide des niveaux d'évolution motrice. On peut induire des déstabilisations externes (poussées latérales, sagittales) ou internes (demander au sujet de bouger sa tête par exemple). Différentes réactions peuvent être

évaluées (le réflexe de protection, les ajustements posturaux anticipés, les réactions parachutes).

- L'épreuve de diadococinésie met en avant d'éventuelles syncinésies

ii. LES POSTURES ET LES TRANSFERTS

Les postures et les transferts sont observés à travers des mises en situation. Il faut porter son attention sur les moyens de compensation que le sujet met en place.

L'examen du maintien des postures

- Les postures usuelles (assis, debout, couchée) sont-elles douloureuses ?
- Le temps de maintien d'une posture sans douleur

L'examen des transferts

- Le passage d'une position à une autre est-il douloureux ? Si oui, comment est-il réalisé ?

iii. L'EQUILIBRE STATIQUE

L'équilibre statique s'évalue de différentes manières (appui unipodal maintenu plus de 5 secondes, pieds joints yeux fermés, Tinetti). L'équilibre statique est aussi observé sur les manipulations du tonus postural.

iv. LES COORDINATIONS GENERALES

Les coordinations générales sont à évaluer selon les âges et les contextes de vie du sujet. Voici quelques domaines couramment abordés chez les sujets douloureux.

- La marche
 - elle doit être observée en situation spontanée et dans différents contextes (sans obstacle, en terrain varié, avec obstacle)
 - si nécessaire, on peut faire des tests spécifiques (Tinetti, « get up and go », « stop walking when talking », « ten meter walk test »)
 - il est utile de demander au patient son périmètre de marche
- La montée et la descente des escaliers
- Les gestes

- de la vie quotidienne (babillage, toilette, chaussage, aller chercher des objets en hauteur ou à terre).
- de la vie professionnelle
- Comment fait-il les gestes qui lui font mal ? Le sujet évite-t-il certains gestes ?
- Les incapacités gestuelles du sujet se limitent-elles seulement à la zone douloureuse concernée ou se généralisent-elles à des mouvements plus globaux ?

La motricité manuelle peut-être évaluée si elle entre en jeu dans la problématique du sujet.

3. LA SENSIBILITE

Même si le neurologue est le spécialiste pour mettre en évidence des troubles de la sensibilité, le psychomotricien prend en charge les conséquences de ces troubles sensoriels.

On peut regrouper la sensibilité en deux parties :

- la sensibilité superficielle (épicritique, protopathique, douloureuse, thermique)
- la sensibilité profonde « proprioceptive » (reconnaissance des positions articulaires, perception du départ et de l'arrêt du mouvement, stéréognosie)

4. LES FONCTIONS COGNITIVES

Ces indications nous renseignent sur le mode de fonctionnement du sujet et nous permettent d'adapter les outils de prise en charge les plus efficaces en prenant compte de leurs particularités. Il existe des tests adaptés à chaque âge.

- les fonctions exécutives (planification, flexibilité mentale, mémoire de travail, impulsivité, résolution de problème)
- l'attention

5. LE SCHEMA CORPOREL ET L'IMAGE DU CORPS

Le schéma corporel et l'image du corps sont deux notions concernées dans le cadre de pathologies douloureuses, elles sont à prendre en compte par le psychomotricien. En effet le corps reçoit perpétuellement des messages douloureux et le sujet ne perçoit plus son corps de la même manière.

Le schéma corporel permet, grâce aux informations sensorielles généralement traitées inconsciemment, de localiser les points corporels et les différentes parties de son corps, afin

d'être informer sur sa posture, et de mettre son corps en action grâce à ces informations. Le schéma corporel est touché, par exemple lorsque le patient a des difficultés à percevoir la position de sa main douloureuse.

L'image du corps correspond à la représentation que le sujet a de son propre corps, c'est une perception consciente et subjective (par exemple, le fait de percevoir son corps comme fragile, disgracieux).

D. LE PROJET THERAPEUTIQUE

Chaque patient est unique, le projet thérapeutique doit être spécifique à l'individu.

Le projet thérapeutique psychomoteur est construit par rapport à l'évaluation initiale (entretien semi- structuré, questionnaires et échelles, bilan psychomoteur et attentes du sujet) et par rapport au projet thérapeutique global.

Voici une liste d'exemples des grands axes de travail pouvant faire partie d'un projet thérapeutique psychomoteur dans le cadre d'une prise en charge pluridisciplinaire de la douleur :

- ♣ La gestion émotionnelle
- ♣ Donner des outils au sujet pour qu'il soit acteur dans la gestion de sa douleur
- ♣ Prendre en charge les troubles associés qui majorent la douleur (trouble du sommeil, anxiété, résolution de problème)
- ♣ La diminution de l'hypertonie
- ♣ Le réinvestissement du mouvement ou la réinsertion d'un membre anciennement douloureux dans les activités quotidiennes
- ♣ L'ergonomie du mouvement, apprendre à faire autrement
- ♣ Diminuer la peur du mouvement

IV. Les outils du psychomotricien

Le psychomotricien sélectionne en accord avec le sujet des outils thérapeutiques l'aidant à mettre en œuvre son projet thérapeutique. Ces outils doivent être adaptés au patient et selon les possibilités, il faut qu'il puisse les réutiliser de manière autonome.

Le psychomotricien a de nombreux moyens à sa disposition. Ce paragraphe ne se veut pas exhaustif mais il reprend quelques outils qui, selon moi, sont spécifiques à la psychomotricité.

A. LA RELAXATION

1. DESCRIPTION

La relaxation peut être définie comme un état psychobiologique particulier où le sujet est **actif**. Cet état s'accompagne d'une altération qualitative et quantitative de la conscience, il a les caractéristiques suivantes :

- ⊖ Au niveau cognitif, on observe une diminution du traitement des informations amenant à un monodéisme (le fait de ne porter son attention que sur une seule chose).
- ⊖ Sur le plan émotionnel, l'état affectif reste neutre.
- ⊖ Quant à la dimension physiologique, la relaxation entraîne une baisse des tensions musculaires, une diminution de la tension artérielle, du rythme cardiaque, une stabilisation des flux sanguins au niveau musculaire et une diminution de ces flux au niveau de la tête. La conductivité de la peau diminue elle aussi (la conductivité est augmentée par les sueurs). L'électrocardiogramme montre une augmentation des ondes alpha. Au niveau respiratoire le nombre de cycles diminue et la respiration est plus ample (Herbert Benson, 1993).

Plus globalement, la relaxation augmenterait l'activité du système nerveux parasympathique alors que la douleur augmenterait l'activité du système nerveux sympathique (Marchand, 2009).

L'apprentissage d'une technique de relaxation est assez long, cela demande un travail quotidien. Il faut choisir une technique de relaxation qui convient au sujet et l'adapter à ses besoins et aux objectifs qu'il vise (annexe 18).

2. LA RELAXATION ET LA DOULEUR

Lorsque l'on ressent des douleurs, les muscles alentours sont susceptibles de se contracter. Les positions antalgiques adoptées pour soulager les douleurs peuvent créer des tensions musculaires entraînant à leur tour d'autres douleurs sur un autre site. Le stress peut aussi augmenter le tonus global du sujet (Marchand, 2009).

La relaxation vise plusieurs objectifs :

- diminuer ces tensions musculaires inutiles qui augmentent la zone douloureuse
- décentrer l'attention de la douleur et des ruminations
- mieux gérer ses émotions
- favoriser un meilleur sommeil

Il faut prendre en considération le site douloureux de la personne et éviter de centrer son attention dessus si cela augmente les douleurs.

B. LE BIOFEEDBACK

1. DESCRIPTION

Le biofeedback est une retranscription amplifiée d'un paramètre physiologique (rythme cardiaque, tension musculaire, conduction de la peau, température corporelle,...) en un signal visuel, auditif ou tactile. Le sujet a accès à ce signal qui lui sert de retour (feedback) sur ses modifications physiques (Radat, 2012).

2. APPLICATIONS

Grâce au biofeedback, des paramètres biologiques sous le contrôle du système nerveux autonome peuvent être mieux contrôlés. La relaxation permet aussi ce contrôle (Marchand, 2009). Généralement, le biofeedback peut s'utiliser pour :

- pouvoir modifier un paramètre spécifique physiologique difficilement contrôlable comme le rythme cardiaque, l'activité musculaire, l'activité d'une zone cérébrale (neurofeedback). Le choix de la réponse physiologique dépend des difficultés rencontrées par le patient (Marchand, 2009).
- apprendre une technique de relaxation

Il est parfois complexe d'expliquer ce qu'est la relaxation, cependant il est plus aisé de dire que l'un des paramètres attendus est le relâchement musculaire. Le biofeedback, à l'aide d'un électromyogramme, sert alors de retour sur la contraction musculaire (Marchand, 2009).

Cette technique permet d'objectiver les résultats obtenus en relaxation et d'augmenter la motivation du sujet. En effet lorsque nous apprenons la relaxation, certaines modifications corporelles sont très légères et peuvent ne pas être ressenties immédiatement par le sujet qui se décourage. Ici, les petites variations physiologiques sont perçues, amplifiées et transposées de façon lisible pour le sujet.

C. LA MEDITATION DE PLEINE CONSCIENCE : LE MINDFULNESS

1. DESCRIPTION

La méditation de pleine conscience s'inspire du bouddhisme, elle se veut non religieuse. La pleine-conscience consiste à observer activement l'instant présent afin de le vivre pleinement. Le sujet régule intentionnellement son attention sur le moment présent, il reçoit sans juger, contrôler, interpréter ou évaluer (Berghmans et al., 2008).

Le sujet reste attentif aux flux de stimuli internes (par exemple la respiration) ou externes (par exemple le bruit ambiant).

Si des pensées ou des émotions apparaissent, il faut les observer, les accepter et recentrer son attention sur le moment présent. Le but n'est pas de les supprimer mais de ne pas se laisser distraire.

2. LES DIFFERENTES TECHNIQUES

Diverses techniques thérapeutiques ont été mises en place sur les principes de la méditation de pleine conscience. En voici trois (Berghmans et al., 2008) :

John Kabat- Zinn développe en 1979 le Mindfulness Based Stress Reduction (MBSR), ce programme utilise la méditation de pleine conscience dans le but de gérer son stress.

Segal associe quant à lui en 1990 le mindfulness et les principes des thérapies cognitives et créer le Mindfulness Based Cognitive Therapy (MBCT). Cette thérapie a objectif premier de diminuer les rechutes dépressives.

Hayes et Strosahl développent la thérapie Acceptance and Commitment Therapie (ACT), qui associe la pleine conscience et la thérapie par la parole. Le principe est d'accepter les pensées, situations et émotions indésirables plutôt que vouloir les supprimer ou les éviter.

3. LES EFFETS DE LA MEDITATION DE PLEINE CONSCIENCE

L'attention de l'individu douloureux est généralement portée sur ses sensations corporelles, ses pensées négatives et ses émotions désagréables. Son attention peut aussi être focalisée sur la lutte contre les perceptions, pensées et émotions.

La pratique de la pleine conscience permettrait d'**augmenter les capacités d'attention** sélective et de favoriser une **flexibilité attentionnelle** (c'est-à-dire une meilleure capacité de rediriger son attention vers différents stimuli) afin de recentrer volontairement son attention sur une tâche particulière (Deplus, 2013).

La pleine conscience agit sur la **dimension métacognitive** : le sujet observe ses processus mentaux et comportementaux : les pensées, émotions sont considérées comme des activités mentales, le contenu est moins pris en compte. Ce phénomène facilite une distanciation par rapport à ses cognitions et aux réactions affectives liées à la douleur et diminue les ruminations (Deplus, 2013).

Le sujet **identifie ses fonctionnements automatiques** (comme par exemple le comportement d'évitement de la douleur). Il se laisse ainsi du temps et une plus grande liberté pour s'engager dans des actions alternatives en lien avec ses objectifs et ses valeurs (Deplus, 2013). Même si ce n'est pas forcément le but recherché, la pratique de cette méditation entraîne un état de relaxation (Servant, 2009).

D. L'EFFICACITE DES TECHNIQUES

Généralement, une technique est considérée comme efficace si son effet est significativement supérieur à l'effet placebo. Les expériences en double aveugle sont les plus fiables. Cependant dans les techniques non médicamenteuses il est parfois très difficile de faire la part des choses entre l'effet de contexte et l'effet spécifique de la technique. Le double aveugle est presque impossible.

Les méta-analyses calculent l'effet de taille des différentes prises en charges. On considère qu'à 0,20, l'effet est faible, à 0,5 il est moyen et à 0,8 il est fort.

Les méta-analyses sur l'efficacité des techniques que nous venons d'aborder sont les suivantes.

1. TCC ET DOULEUR CHRONIQUE

La méta-analyse de Morley et al. (1999) regroupe 25 études contrôlées randomisées, soit 1672 adultes atteints de douleurs chroniques (exclusion des céphalées). Trois techniques différentes ont été utilisées sur trois groupes : le biofeedback associé à la relaxation, les thérapies comportementales et les thérapies cognitivo-comportementales.

Voici les différents résultats :

- Les trois **groupes sont comparés au groupe en liste d'attente** . les résultats montrent qu'ils présentent une différence significative dans tous les domaines mesurés : l'expérience douloureuse (effet de taille à 0,40), les affects dépressifs (0,36), les autres affects (0,52), l'augmentation des « coping » positif (0,53), la réduction de l'expression comportementale (0,50), la diminution des stratégies de « coping » négatifs (0,50), et les répercussions sociales (0,60).
- Lorsque les trois **groupes sont comparés à un groupe suivant d'autres traitements actifs usuels**, ils ont un effet significatif plus important dans les domaines de l'expérience douloureuse (effet de taille à 0,29), l'augmentation des « coping » positifs (0,40) et la réduction de l'expression comportementale de la douleur (0,27).
- Si nous **comparons l'action des trois outils utilisés** , l'association biofeedback-relaxation semble plus efficace pour diminuer la perception douloureuse, mieux gérer les affects et les symptômes dépressifs, et diminuer les comportements douloureux ainsi que le retentissement social de la douleur. Les thérapies comportementales semblent plus efficaces pour gérer les affects ne se rattachant pas à la symptomatologie dépressive et pour diminuer les stratégies de « coping » négatives. Les thérapies cognitivo-comportementales semblent plus efficaces pour augmenter les stratégies de « coping » positives.

2. THERAPIES D'ACCEPTATION ET DOULEUR CHRONIQUE

Cette méta-analyse a été réalisée par Veehof et al. (2011) afin d'évaluer les effets physiques et psychologiques des thérapies basées sur l'acceptation dans la douleur chronique.

Elle regroupe 19 études dont 14 études contrôlées. Je parlerai seulement des résultats des études contrôlées (9 études contrôlées randomisées et 5 études cliniques contrôlées) ce qui regroupe 851 patients. 12 études utilisent le MBSR et 2 des thérapies d'engagements (ACT).

Les résultats montrent que :

- Si l'on considère les **14 études contrôlées**, le MBSR et l'ACT ont un effet de 0,37 sur l'intensité de la douleur sans hétérogénéité entre les études. Ils ont un effet de 0,32 sur la dépression sans hétérogénéité entre les études. L'effet sur l'anxiété est de 0,40, il est de 0,35 pour le bien-être physique et de 0,41 pour la qualité de vie.
- Si l'on considère seulement les **études contrôlées randomisées** (études les plus reconnues scientifiquement), l'effet est plus faible sur l'intensité de la douleur (0,25), la dépression (0,26) et la qualité de vie (0,25). Il est de 0,55 pour l'anxiété et de 0,43 pour le bien-être physique.

Malgré les limites et le manque d'études de haute qualité, cette méta-analyse montre que les thérapies basées sur l'acceptation sont une alternative aux TCC et ont des effets d'intensité petite à moyenne sur la santé physique et mentale des patients douloureux chroniques.

Une nouvelle approche prometteuse est l'association du MBCT associant le mindfulness et les thérapies comportementales. Pour le moment, peu d'études en lien avec la douleur chronique ont été menées. L'ACT semble aussi prometteur, mais d'autres études de meilleures qualités sont nécessaires dans le domaine de la douleur chronique.

3. TRAITEMENTS NON MEDICAMENTEUX ET FIBROMYALGIE

Une méta-analyse réalisée par Glombiewski et al. (2010) regroupe 23 études contrôlées randomisées soit 1396 sujets atteints de fibromyalgie. Différentes thérapies sont comparées : les thérapies cognitivo-comportementales, le biofeedback et/ou la relaxation, l'éducation thérapeutique, les thérapies comportementales, le mindfulness et l'EMDR (Eyes Movement Desensitization and Reprocessing).

Résultats :

- L'intensité douloureuse est améliorée notamment par les thérapies cognitivo-comportementales (effet de 0,60 à court terme). L'effet de toutes les thérapies confondues est de 0,37 à court terme et de 0,47 à plus long terme.

- Les troubles du sommeil sont améliorés notamment par les thérapies cognitivo-comportementales combiné à la relaxation et/ou biofeedback (effet de 0,68). L'effet de toutes les thérapies confondues est de 0,46 à court terme et restent stables à plus long terme.
- L'effet de toutes les thérapies confondues sur les symptômes dépressifs est de 0,33, les effets à long terme restent stables.

L'efficacité de ces traitements non médicamenteux sur la fibromyalgie est relativement petite mais robuste et comparable aux effets des médicaments sur cette pathologie.

E. LES AUTRES OUTILS

1. LA THÉRAPIE PAR LE MIROIR ET L'IMAGERIE MOTRICE

Pour quelques auteurs, certaines douleurs chroniques (comme les douleurs du membre fantôme et du SDRC Cf. partie 1 p. 26) sont dues en partie à une incongruence entre une intention motrice et un feedback visuel inapproprié (Ramachandran & Roger-Ramachandran, in McCabe et al 2003).

La thérapie par le miroir permettrait de retrouver cette concordance (McCabe et al, 2003). Le membre atteint est caché dans une boîte, le membre sain est face à un miroir. Le sujet doit bouger son membre sain et se concentrer sur son reflet en imaginant que c'est le membre atteint qui bouge. Les études restent peu nombreuses et manquent de qualités méthodologiques. L'étude randomisée de Chan et al. (2007) portant sur 22 sujets amputés du membre inférieur montre une efficacité de la thérapie miroir et une inefficacité de l'imagerie motrice. L'étude de McCabe et al. (2003) portant sur 8 sujets atteints d'un SDRC de type 1 révèle une efficacité immédiate de la thérapie par le miroir chez les 2 sujets souffrant du SDRC depuis 8 semaines, cette efficacité décroît avec la durée de la SDRC et n'a aucun effet chez les deux sujets atteints depuis 2 ans.

L'imagerie motrice, méthode consistant à se représenter mentalement une action, peut s'avérer efficace (Giraud & Sirigu, in Flor 2013) selon certaines études, comme inefficace voire aggravant des douleurs préexistantes selon d'autres études (Gustin et al., in Flor 2013).

Dans certains programmes, plusieurs procédés sont associés : c'est le cas du **programme de motricité progressif** de Moseley. L'étude contrôlée randomisée de Moseley (2004) porte sur l'imagerie motrice progressive. 13 sujets atteints d'un SDRC de type 1 du membre supérieur sont inclus dans cette étude. Le programme dure 6 semaines, il est composé de trois phases chronologiques. La première est une tâche perceptive de latéralité (des mains photographiées sont présentées au sujet), cette étape activerait la zone corticale pré- motrice. La seconde étape est une tâche d'imagerie motrice : le sujet imagine des mouvements avec ses membres. La troisième étape est une tâche de thérapie par le miroir. Les deux dernières étapes activeraient le cortex moteur. Ce programme montre des effets satisfaisants sur la douleur et les composantes vasomotrices maintenus au moyen terme : 50% des sujets ne remplissaient plus les critères du SDRC 6 semaines après l'arrêt du programme.

2. LE « PACING » (FRACTIONNEMENT DES ACTIVITES)

Le « pacing » est « une stratégie d'autogestion active par laquelle les individus apprennent à équilibrer le temps consacré à l'activité et au repos afin d'accroître leur fonction et leur participation à des activités significatives » (Jamieson- Lega et al, 2013 p.207).

J'ai construit cette partie en me basant sur l'article de Nielson et al de 2013. Cette technique s'adresse aux sujets « hyperactifs » en surmenage (comportement d'ergomanie) mais aussi aux sujets qui ont diminué de manière importante leurs activités à cause de la douleur. Deux concepts différents utilisent le pacing.

L'approche TCC « opérant » vise à améliorer la fonction du sujet (le temps passer à l'activité ou le but visée). Plusieurs courants existent.

Pour Fordyce, le comportement de douleur est renforcé négativement par l'évitement de la douleur. La douleur prend le contrôle des activités alors que, habituellement, les activités sont guidées par nos buts. La technique est divisée en plusieurs étapes :

- Il faut établir une ligne de base qui servira de référence sur le niveau d'activité possible sans que la douleur ne soit déclenchée.
- Un quota prédéfini est proposé au sujet, partant de son niveau d'activité de référence puis augmentant progressivement jusqu'à atteindre un objectif final. Le sujet doit maintenir le niveau du quota atteint indépendamment de sa douleur.
- Chaque quota atteint est suivi d'un renforcement positif.
- Il faut varier les activités cibles afin de généraliser le comportement.

Sternbach propose quant à lui de faire des activités toujours en dessous du seuil de douleur. Le sujet doit toujours s'arrêter avant que la douleur n'apparaisse. Fordycian pense que ce type de prévention (s'arrêter avant la douleur) entretient le phénomène douloureux alors que Sternbach considère que c'est une manière de gérer la douleur.

Une autre approche consiste à conserver l'énergie en alternant des périodes d'activités et de repos prédéfinies afin de pouvoir achever l'activité en cours.

Les études sur le « pacing » sont peu nombreuses et de qualités souvent insuffisantes. L'approche TCC semble prometteuse, toutefois les études l'associent généralement à une pratique pluridisciplinaire (il est donc difficile de juger de l'efficacité spécifique de la technique). Les études portant sur l'approche basée sur la conservation d'énergie semblent contradictoires (il semblerait qu'elle fonctionne seulement dans certaines affections).

CAS CLINIQUE . . .

Je rencontre Mr F qui souffre de douleurs neuropathiques fluctuantes depuis 8 ans. Il jardine tous les jours chez lui pendant environ 2 heures sans pause. Je lui demande quand est ce qu'il s'arrête, il me répond : « je m'arrête quand la douleur devient insupportable puis je ne peux plus rien faire le reste de la journée ». Les douleurs sont donc aggravées par une activité trop intense. Je lui propose pour commencer de relever chaque jour le temps passé à jardiner et au bout de combien de temps la douleur commence à augmenter.

3. AUTRES

De nombreuses autres techniques peuvent être envisagées, telles que l'exposition progressive au mouvement, la pratique de mouvements lents associés à un travail respiratoire comme par exemple dans le yoga, des techniques de résolutions de problèmes. Les techniques d'auto-observation et des outils de liaisons sont intéressants à mettre en place pour la bonne observance du traitement.

V. La psychomotricité en lien avec les autres professions

DIMINUER LA DOULEUR IMMEDIATEMENT POUR POUVOIR APPRENDRE DES STRATEGIES DE CONTROLE

Pour pouvoir mettre en place des techniques de relaxation ou de méditation, il faut que la douleur soit un minimum supportable pour que le sujet puisse porter un peu d'attention sur la tâche. Des traitements médicamenteux peuvent par exemple aider à abaisser dans un premier temps la douleur. Par la suite le patient pourra acquérir des techniques pour gérer sa douleur et le traitement médicamenteux pourra éventuellement être diminué.

EXEMPLE DE LA KINESIOPHOBIE : COMMENT AGIR FACE A LA PEUR DU MOUVEMENT

L'association de plusieurs savoir- faire est conseillée en cas de kinésiophobie. Voici un exemple des différents axes de travail demandant les compétences d'un psychologue, d'un psychomotricien et d'un kinésithérapeute. Le but est de réduire la peur du mouvement et de limiter la généralisation de l'évitement. De plus il faut éviter un affaiblissement musculaire trop important. Cet exemple de prise en charge est inspiré de Vlaeyen et al., 2012.

- Le versant verbal :
 - le sujet peut avoir des croyances erronées sur les conséquences de ses mouvements ou sur l'interprétation de ses douleurs.
 - l'éducation thérapeutique : le thérapeute doit rassurer le sujet sur le fait que la douleur chronique n'a plus sa fonction d'alarme et que ses douleurs ne sont pas liées à des blessures. Il faut expliciter le cycle vicieux de la douleur et les conséquences de la peur du mouvement.
- Le versant comportemental :
 - Le sujet hiérarchise les activités redoutées et s'y expose graduellement jusqu'à ce que l'anxiété diminue. Il s'expose et fait l'expérience de l'absence des conséquences redoutées.
 - Il peut formuler des hypothèses sur ce qu'il pense qu'il va se passer. Ces hypothèses seront par la suite infirmées ou affirmées avec le thérapeute. Le sujet peut alors prendre conscience de ses distorsions cognitives.
 - Il faut généraliser le nouvel apprentissage afin que l'évitement soit supprimé.

- La désensibilisation systématique par la relaxation est une technique qui peut aussi s'envisager. Elle consiste à imaginer mentalement le mouvement ou l'action redoutée et de se mettre dans un état de relaxation lorsque la situation devient trop stressante.
- Parallèlement, un travail de mobilisation musculaire non douloureux doit être réalisé afin d'éviter une amyotrophie trop importante et des douleurs dues aux rétractions musculaires (reconditionnement progressif à l'activité physique).

EXEMPLE D'UNE PATIENTE FIBROMYALGIQUE

C A S C L I N I Q U E . . .

Mme G. a une fibromyalgie (Cf partie 1 p.27). Elle m'explique que ses douleurs sont beaucoup plus importantes la nuit : « je ne suis pas occupée comme la journée ». Elle cote l'intensité de sa douleur sur l'échelle numérique à 5/10 la journée et à 8/10 la nuit.

Lorsqu'elle va se coucher, elle n'arrive pas à s'endormir et elle ressasse des petits soucis. Elle me décrit alors, avec ses mots, des crises d'angoisses (serrement de gorge, sueur, palpitations). Elle ne comprend pas ce qui se passe et se dit « je suis très malade, c'est grave, qu'est ce qui va m'arriver », ce qui augmente son stress.

Le stress et les ruminations de Mme G. sont un facteur aggravant de ses douleurs. Un cercle vicieux s'est formé entre un stress excessif et ses douleurs.

Après lui avoir expliqué qu'elles étaient les réactions physiologiques du stress et ce qu'était une crise d'angoisse, nous décidons alors ensemble de faire de la relaxation pour qu'elle puisse gérer ses crises la nuit.

Un carnet de suivi est mis en place pour qu'elle puisse relever chaque jour le nombre de crises d'angoisse et la pratique de la relaxation.

Je lui propose en parallèle de prendre rendez-vous avec le psychologue de la structure afin qu'elle puisse mieux contrôler ses inquiétudes qui déclenchent ses crises d'angoisses.

DISCUSSION

Au fil des rencontres, comment ne pas remarquer la place que prend la douleur chronique dans la vie des patients ?

« J'essayerai tout, je ne veux pas que ça s'inscrive dans ma tête »

Certains sujets nous rapportent comment la douleur s'est insinuée peu à peu dans leur vie quotidienne et est devenue leur nouvelle norme.

« Les moments anormaux, c'est quand je n'ai pas mal »

« Lorsqu'il n'y a pas de douleur, je me demande quand est-ce qu'elle va arriver, je la guette »

Elle régule leur rythme de vie.

« Je vais faire le deuil de mes sorties, pour 3 heures de bien-être avec mes amis je me lève à 4 heures du matin avec un mal énorme »

J'ai commencé ce mémoire en me demandant quelle était la place du psychomotricien dans la prise en charge de la douleur chronique chez l'adulte.

La première partie de cette réflexion décrit l'étendue et la complexité du phénomène douloureux, dont les origines nous rappellent le trépied étiologique des troubles psychomoteurs (biologique, écologique et téléologique). Les troubles psychomoteurs et la douleur chronique ont décidément beaucoup de points communs.

Une prise en charge pluridisciplinaire où la psychomotricité a sa place légitime

Le psychomotricien a, selon moi, une vision globale du sujet et de sa situation. Ce regard remet l'individu dans un contexte plus écologique. Il est important de ne pas oublier que le patient ne se définit pas par sa douleur, et que les répercussions de celle-ci peuvent être une source de souffrance plus grande encore.

Cette vision d'ensemble fait de lui une personne référente pour expliquer au sujet l'intrication des différentes composantes de la douleur, les cercles vicieux qui l'entretiennent et l'importance d'une prise en charge plurielle. Ce rôle « d'éducateur thérapeutique » pourrait être utile à toute l'équipe pluridisciplinaire.

De plus, la psychomotricité recouvre un champ de compétence spécifique qui me paraît nécessaire au sein d'une structure multidisciplinaire. C'est d'ailleurs la prochaine notion que nous allons aborder.

La spécificité du psychomotricien dans cette prise en charge

Le psychomotricien s'intéresse tout particulièrement à l'interaction des divers domaines entrant en jeu dans la douleur. Il essaie d'en comprendre la dynamique en cherchant à identifier les différents facteurs et à déterminer ainsi les troubles réactionnels, déclencheurs, ou concomitants.

Il se préoccupe également des retentissements de la douleur dans la vie du patient et des troubles associés afin de pouvoir limiter l'étendue du cercle vicieux et le développement d'autres troubles.

C'est la raison pour laquelle le bilan s'avère être une étape essentielle pour la mise en place d'une prise en charge psychomotrice. Il aide à dresser le profil du patient et permet de prendre conscience des répercussions corporelles de cette douleur. Le psychomotricien cible son observation préalable sur le corps dans l'action et sur les spécificités contextuelles de l'expression du trouble. Ce bilan permet de prévenir des complications (comme le risque de chute dû à la douleur ou l'appauvrissement gestuel excessif dû à une kinésiphobie).

Le psychomotricien aide le patient à adopter des techniques lui permettant de mieux gérer son quotidien tant au niveau émotionnel, comportemental que fonctionnel et cognitif. Il aide par exemple le sujet à gérer ses émotions, à retrouver une certaine autonomie ou à trouver des moyens de compensation, à organiser temporellement ses activités afin de limiter les douleurs en fin de journée... Il prend en charge le sujet en gardant à l'esprit l'interaction existant entre tous ses éléments.

J'ai voulu ainsi dégager les principaux domaines à évaluer lors du bilan psychomoteur que j'ai élaboré en rencontrant les patients. Malheureusement, je n'ai pas pu le mettre en application, faute de temps.

Le psychomotricien est dans une démarche scientifique. Cependant certains de ses outils manquent encore d'études de bonne qualité afin d'appuyer leur efficacité ou d'amener le professionnel à chercher d'autres pistes de travail plus pertinentes.

Malgré sa spécificité, le psychomotricien et les autres professionnels de santé visent parfois les mêmes objectifs. Cependant ils ne sont pas appréhendés de manière identique.

La psychomotricité et les autres professions : des objectifs communs

Les professionnels de santé partagent des devoirs communs, comme l'écoute attentive et l'éducation thérapeutique. Chaque phrase employée par un thérapeute doit être réfléchie car elle peut résonner longtemps dans les esprits et entretenir une rancœur. C'est pourquoi j'ai pu entendre à de nombreuses reprises au cours des consultations en ambulatoire :

« On m'avait dit que ça ne durerait que quelques semaines, que c'était normal et ça n'est jamais passé, je leur en veux de m'avoir menti »

Beaucoup de patients ne comprennent pas les raisons de leurs douleurs et espèrent de la part des professionnels médicaux et paramédicaux une réponse quant à l'étiologie de leur fardeau. L'éducation thérapeutique est d'autant plus importante pour ces patients afin d'investir une prise en charge qui ne serait pas envahie par la question « pourquoi ça m'arrive ? » mais plutôt « comment améliorer ma qualité de vie ? ».

« Ca s'en va, ça revient, pourquoi ? Je veux comprendre pourquoi ! A l'heure actuelle, on fait des choses extraordinaires, comment ça se fait que la médecine ne puisse pas me dire pourquoi j'ai mal, ce n'est pas normal ! »

Une équipe pluridisciplinaire doit mettre en place un projet thérapeutique global de soins. Des objectifs généraux sont alors proposés. Ces objectifs sont communs à plusieurs professionnels.

Cependant, chacun d'entre eux doit monter son propre projet thérapeutique. Les objectifs sont alors spécifiques. Le psychomotricien peut partager ces objectifs avec d'autres corps de métier. Aborder un même aspect sur différentes modalités permet de généraliser plus facilement l'aptitude visée. Ce travail est d'autant plus intéressant et productif si les professionnels peuvent communiquer ensemble afin de tendre vers des buts communs ou complémentaires.

Le kinésithérapeute et le psychomotricien peuvent tous les deux avoir pour l'objectif que le sujet réinvestisse son membre supérieur anciennement douloureux. Ils n'aborderont pas ce but selon les mêmes axes de travail. Le kinésithérapeute cherchera par exemple à augmenter l'amplitude articulaire du membre ou à travailler des muscles spécifiques afin que

le patient puisse mieux l'utiliser. Le psychomotricien s'intéressera plus au corps dans l'action et mettra le sujet dans des mises en situation diverses. Le membre atteint peut être mobilisé, par exemple avec une contrainte induite (en mettant un gant sur la main saine afin qu'elle n'intervienne pas dans l'action), ou par des actions demandant une coordination des deux mains (ouvrir une bouteille d'eau). En psychomotricité, le mouvement inféré est toujours engagé dans une action visant une intention du sujet (ici, l'intention du sujet est d'ouvrir la bouteille d'eau) ce qui n'est pas toujours le cas dans les autres professions (dans le cas décrit, en kinésithérapie, le sujet fait des mouvements sans signification pour lui afin de faire travailler certains muscles).

Le psychologue et le psychomotricien peuvent viser l'objectif suivant : diminuer l'impact du stress sur le vécu douloureux. Le psychologue pourra par exemple aborder cette notion par la verbalisation des affects alors que le psychomotricien utilisera l'entrée corporelle et la prise de conscience des changements physiologiques en lien avec l'apparition des émotions.

Il est également possible que le psychomotricien partage certains champs de compétences avec d'autres professions. Dans ce cas, si les deux professionnels sont présents sur une même structure, ils peuvent se mettre d'accord sur leurs domaines d'intervention. Prenons le cas de la psychomotricité et de l'ergothérapie qui, dans certains domaines, ont des compétences voisines. Un de ces domaines est la motricité manuelle. J'ai pris en charge Mme R. qui n'avait pratiquement plus de sensibilité manuelle suite à un SDRC (Cf. partie 1 p.26). Cette patiente n'arrivait pas à savoir si elle tenait quelque chose. Après avoir cassé une grande partie de sa vaisselle, elle a fini par ne plus utiliser sa main gauche. Dans cet exemple, le psychomotricien pourrait en premier lieu optimiser l'utilisation que Mme R fait du peu de sensibilité qui lui reste. Il pourrait aussi l'aider à trouver des moyens pour compenser ce manque de perception. L'ergothérapeute pourrait dans un second temps travailler avec elle la réinsertion de sa main dans des coordinations bimanuelles.

Ainsi, le psychomotricien a les compétences nécessaires et une spécificité qui lui donne sa légitimité auprès des patients douloureux chronique et de l'équipe pluridisciplinaire.

CONCLUSION

Ce mémoire a pour objectif de recenser les informations permettant de se faire une idée sur la question de la place du psychomotricien dans la prise en charge de la douleur chronique. Les axes et les thèmes déjà abordés sur ce sujet étaient rares et m'ont paru peu propice à étayer mon questionnement. Je me suis alors plongée dans la littérature et les diverses définitions concernant cette problématique afin de proposer au lecteur intéressé un recueil des données me paraissant pertinentes pour faire évoluer notre réflexion.

Après avoir évoqué les points communs entre les troubles psychomoteurs et la douleur chronique, j'ai tenté de présenter la démarche psychomotrice dans le cadre de cette problématique et de trouver des exemples d'outils de prise en charge adéquats.

Je remarque, avec un peu plus de recul, que certaines notions mériteraient d'être plus approfondies.

C'est le cas, par exemple, des notions de schéma corporel et d'image corporelle. La douleur chronique est une perception agressive quotidienne qui a des répercussions sur le système nerveux. Quelques fois l'homunculus sensitif est grandement modifié et la sensibilité profonde est touchée. Le schéma corporel est susceptible alors de se transformer. Ce fut le cas pour un patient que j'ai rencontré lors de mon stage, qui ne savait plus dans quelle position était sa main douloureuse lorsqu'il avait les yeux fermés. Le réinvestissement de ces zones « oubliées » mériterait d'être plus étudié. L'image du corps, en tant que perception subjective de son propre corps, est évidemment modifiée par un vécu douloureux. Il serait intéressant de pouvoir préciser par le biais d'un travail de réflexion le rôle et les apports du psychomotricien dans ce domaine.

De plus, le rôle des fonctions exécutives dans le vécu de l'expérience douloureuse serait aussi à approfondir. En effet j'ai pu remarquer que chez certains sujets, l'augmentation des douleurs était majoritairement due à une gestion inadaptée des activités. Par exemple, j'ai rencontré un patient qui profitait des moments sans douleur pour faire le plus de choses possibles. Le soir, il ne pouvait généralement plus bouger. Malgré la répétition de cette situation, il avait du mal à anticiper le fait qu'il allait avoir mal le soir s'il forçait autant la journée. L'équilibre entre l'activité et le repos est difficile à trouver pour ces sujets.

Enfin, il serait intéressant d'utiliser les connaissances actuelles sur l'effet placebo en douleur chronique. En effet, les différentes études menées sur ce sujet pourraient donner des pistes de réflexions intéressantes sur le comportement à adopter afin d'amplifier l'efficacité des thérapies. Il me semble dommage de ne pas utiliser ce phénomène en prise en charge.

Au cours de mon stage, je me suis confrontée à certaines limites. Par exemple, lorsque je proposais de la relaxation, fréquemment, la première réaction des sujets était de me dire qu'il n'était pas dans leurs habitudes de se relaxer et que cela n'était pas fait pour eux. Ils ne comprenaient pas en quoi la relaxation pouvait les aider à se sentir mieux, malgré une explication préalable des liens entre la relaxation, l'état affectif, l'attention et la douleur.

J'ai aussi pu remarquer une certaine discontinuité des suivis thérapeutiques, à cause d'un important taux d'absentéisme des patients. Une investigation plus spécifique sur des techniques motivationnelles pourrait être utile au psychomotricien afin de favoriser un suivi plus régulier et un soin de meilleure qualité. Le psychomotricien doit cependant s'adapter à cette contrainte.

En douleur chronique, j'ai pu noter que l'un des aspects le plus difficile à aborder est le suivant : convaincre le patient qu'il peut être acteur dans sa prise en charge. Il me semble que le psychomotricien peut avoir ce rôle. Il doit pour cela développer des techniques éducatives et motivationnelles que je n'ai pas pu aborder dans cette réflexion, faute de temps.

Ce stage en secteur douleur chronique m'a beaucoup apporté. La rencontre avec cette population a été en premier lieu assez éprouvante. Il a été difficile pour moi d'être dans l'empathie sans franchir la barrière de la sympathie. La majorité des patients que j'ai pu rencontrer étaient épuisés physiquement et psychiquement par cette douleur incessante.

De plus, il était difficile de répondre à certaines de leurs interrogations. Beaucoup ont été déçus par de faux espoirs d'une guérison prochaine, cependant ils attendaient fréquemment de la part du corps médical une date butoir où la douleur ne serait plus qu'un mauvais souvenir. Les soignants ont toujours répondu très honnêtement. Personne ne peut savoir si leur douleur partira un jour.

La fluctuation de l'état douloureux est une situation qui a été dure à vivre pour moi. Il arrivait que certains patients ne ressentent pratiquement plus de douleur pendant quelques semaines, cependant cette dernière réapparaissait de plus belle. Ces situations induisent un découragement important tant pour le sujet que pour le soignant.

Généralement, les patients que l'on rencontre en secteur douleur chronique ont déjà essayé la majorité des thérapies médicales usuelles mais aussi des thérapies alternatives. Ces sujets ont essuyé beaucoup d'échecs. Ce contexte est complexe pour de futures prises en charge car le patient est fréquemment découragé par avance. J'ai eu quelquefois des difficultés à trouver l'équilibre entre donner assez d'espoir au patient pour le motiver et ne pas en faire de trop pour éviter une déception en cas d'échec.

Ce stage et cette réflexion m'ont permis de mieux comprendre le métier de psychomotricien et le phénomène de douleur chronique qui m'intéresse tant. Je ressors de cette aventure avec une envie plus grande encore de travailler dans ce domaine.

Ce mémoire laisse donc derrière lui une porte grande ouverte, qui j'espère, sera franchie par de nombreuses autres réflexions sur le sujet.

BIBLIOGRAPHIE

- Aguerre, C. (2012). Psychologie de la santé et traitement cognitivo-comportemental de la douleur chronique. In F. Laroche & P. Roussel (Eds.), *Douleur chronique et thérapies comportementales et cognitives* (pp. 29-36). Paris : In press.
- Albaret, JM. (2011). Introduction aux troubles psychomoteurs et à leur mise en évidence. In P. Scialom, F. Giromini & JM. Albaret (Eds.), *Manuel d'enseignement de psychomotricité* (pp.253-286). Marseille : Solal.
- Albaret, JM., Marquet-Doléac, J., & Soppelsa, R. (2011). Psychomotricité et Trouble Déficit de l'Attention/Hyperactivité: Nouvelles perspectives dans l'approche de l'enfant agité et distrait. *Développements*, (3), 9-16.
- Attal, N. (2013). Traitement pharmacologique des douleurs neuropathiques en soins de premier recours. *La revue du praticien*, 63 (6), 795-802.
- Berghmans, C., Strub, L., & Tarquinio, C. (2008). Méditation de pleine conscience et psychothérapie: état des lieux théorique, mesure et pistes de recherche. *Journal de thérapie comportementale et cognitive*, 18(2), 62-71.
- Boccard, E., & Deymier, V. (2006). *Pratique du traitement de la douleur*. Rueil-Malmaison : Institut UPSA de la douleur.
- Bouhassira, D., & Calvino, B. (2009). *Douleurs: physiologie, physiopathologie et pharmacologie*. Rueil-Malmaison : Arnette.
- Chan, B. L., Witt, R., Charrow, A. P., Magee, A., Howard, R., Pasquina, P. F., Heilman, K.M, & Tsao, J. W. (2007). Mirror therapy for phantom limb pain. *New England Journal of Medicine*, 357(21), 2206-2207.
- Charmetant, C., Laurent, B., & Navez, M. (2013). La neurostimulation électrique transcutanée (TENS). In A. Bioy & C. Wood (Eds.), *Thérapies à médiation corporelle & douleur* (pp. 221-234). Rueil- Malmaison : Institut UPSA de la douleur.

Deplus, S. (2013). Les interventions psychologiques basées sur la pleine conscience et la méditation. In A. Bioy & C. Wood (Eds.), *Thérapies à médiation corporelle & douleur* (pp. 145-163). Rueil-Malmaison : Institut UPSA de la douleur.

Flor, H. (2013). Imagerie motrice et entraînement ou apprentissage avec la boîte miroir. In A. Bioy & C. Wood (Eds.), *Thérapies à médiation corporelle & douleur* (pp. 177-188). Rueil-Malmaison : Institut UPSA de la douleur.

Flor, H., Fydrich, T., & Turk, D. C. (1992). Efficacy of multidisciplinary pain treatment centers : a meta-analytic review. *Pain*, 49(2), 221-230.

Fontaine, D. (2013). Traitement neurochirurgical de la douleur chronique. *La revue du praticien*, 63 (6), 805-809.

Glombiewski, J. A., Sawyer, A. T., Gutermann, J., Koenig, K., Rief, W., & Hofmann, S. G. (2010). Psychological treatments for fibromyalgia: a meta-analysis. *Pain*, 151 (2), 280-295.

Haute autorité de santé. (2008). Douleur chronique : reconnaître le syndrome douloureux chronique, l'évaluer et orienter le patient. *Recommandations*. Saint-Denis-la-Plaine : HAS.

Herbert Benson, M. D. (1993). The relaxation response. In D. Goleman & J. Gurin (Eds.), *Mind body medicine how to use your mind for better health*. New York : Consumers Reports Book.

Institut de formation en psychomotricité de l'université de Toulouse. Récupéré le 02 avril 2014 du site de l'IFP de Toulouse, section *Troubles psychomoteurs* : <http://www.psychomot.ups-tlse.fr/troubles.php>

Jamieson-Lega, K., Berry, R., & Brown, C.A. (2013). Pacing : a concept analysis of the chronic pain intervention. *Pain Research & Management*, 18(4) : 207-2013

Julien, N., Goffaux, P., Arsenault, P., & Marchand, S. (2005). Widespread pain in fibromyalgia is related to a deficit of endogenous pain inhibition. *Pain*, 114 (1), 295-302.

Lantéri-Minet, M. (2013). Traitement des douleurs chroniques par excès nociceptif en soins de premier recours. *La revue du praticien*, 63 (6), 788-794.

Laroche, F. & Rostaing, S. (2013). Traitement des douleurs dysfonctionnelles en soins de premier recours. *La revue du praticien*, 63 (6), 803-804.

Marchand, S. (2009). *Le phénomène de la douleur : comprendre pour mieux soigner* (2^e éd.). Issy-les-Moulineaux : Masson.

Marchand, S. et Gaumont, I. (2012). Utilité de ces approches, l'exemple de la fibromyalgie. In F. Laroche & P. Roussel (Eds.), *Douleur chronique et thérapies comportementales et cognitives* (pp. 83-102). Paris : In press.

Matillon, Y., & Agence Nationale d'Accréditation et d'Evaluation en Santé. (1999). Evaluation et suivi de la douleur chronique chez l'adulte en médecine ambulatoire. Paris : ANAES.

McCabe, C. S., Haigh, R. C., Ring, E. F. J., Halligan, P. W., Wall, P. D., & Blake, D. R. (2003). A controlled pilot study of the utility of mirror visual feedback in the treatment of complex regional pain syndrome (type 1). *Rheumatology*, 42(1), 97-101.

Morley, S., Eccleston, C., & Williams, A. (1999). Systematic review and meta-analysis of randomized controlled trials of cognitive behaviour therapy and behaviour therapy for chronic pain in adults, excluding headache. *Pain*, 80(1), 1-13.

Moseley, G. L. (2004). Graded motor imagery is effective for long-standing complex regional pain syndrome: a randomised controlled trial. *Pain*, 108(1), 192-198.

Nielson, W. R., Jensen, M. P., Karsdorp, P. A., & Vlaeyen, J. W. (2013). Activity Pacing in Chronic Pain: Concepts, Evidence, and Future Directions. *The Clinical journal of pain*, 29(5), 461-468.

Peyron, R. (2013). Physiopathologie de la douleur chronique et ses trois grands types. *La revue du praticien*, 63 (6), 773-778.

Radat, F. (2012). Efficacité des thérapies comportementales et cognitives dans le traitement des céphalées. In F. Laroche & P. Roussel (Eds). *Douleur chronique et thérapies comportementales et cognitives* (pp. 79-86). Paris : In press.

Rainville, P. (2002). Brain mechanisms of pain affect and pain modulation. *Current opinion in neurobiology*, 12(2), 195-204.

Serra, E., & Monestès, JL. (2012). Histoire des thérapies cognitives et comportementales de la douleur : les modèles. In F. Laroche & P. Roussel (Eds). *Douleur chronique et thérapies comportementales et cognitives* (pp. 17-28). Paris : In press.

Servant, D. (2009). *La relaxation: nouvelles approches, nouvelles pratiques*. Issy-les-Moulineaux : Masson.

Schmidt, R. F., & Willis, W. D. (2007). Depression and pain (pp.541-543), Pain in humans, sleep disturbances (pp. 1688-1690). *Encyclopedia of pain*, New-York : Springer, 542-543 & 1688-1689.

Smith, M. T., & Haythornthwaite, J. A. (2004). How do sleep disturbance and chronic pain inter-relate? Insights from the longitudinal and cognitive-behavioral clinical trials literature. *Sleep medicine reviews*, 8(2), 119-132.

Soppelsa, R. & Albaret, JM. (2011). Situation de la psychomotricité. In P. Scialom, F. Giromini & JM. Albaret (Eds.), *Manuel d'enseignement de psychomotricité* (pp.11-23). Marseille : Solal.

Tracey, I., & Mantyh, P. W. (2007). The cerebral signature for pain perception and its modulation. *Neuron*, 55(3), 377-391.

Tunks, E. R., Crook, J., & Weir, R. (2008). Epidemiology of chronic pain with psychological comorbidity: prevalence, risk, course, and prognosis. *Canadian journal of psychiatry*, 53(4), 224-234.

Veehof, M. M., Oskam, M. J., Schreurs, K. M., & Bohlmeijer, E. T. (2011). Acceptance-based interventions for the treatment of chronic pain: a systematic review and meta-analysis. *Pain*, 152(3), 533-542.

Vibes, J. (2001). *Guide de la douleur : Le syndrome douloureux chronique*. Paris : Estem.

Villemure, C., & Bushnell, M. C. (2002). Cognitive modulation of pain: how do attention and emotion influence pain processing ? *Pain*, 95 (3), 195-199.

Vlaeyen, J.W.S., Morley, S., Boersma, K., De Jong, J., & Linton, S. (2012). La peur de la douleur dans les douleurs chroniques. In F. Laroche & P. Roussel (Eds). *Douleur chronique et thérapies comportementales et cognitives* (pp. 51-63). Paris : In press.

Wiech, K., Ploner, M., & Tracey, I. (2008). Neurocognitive aspects of pain perception. *Trends in cognitive sciences*, 12 (8), 306-313.

