

Françoise LAROCHE, Anne COUTAUX

Et si c'était votre patient ?

MIEUX COMMUNIQUER

avec votre patient douloureux chronique

15 situations concrètes

VILLE
lutter contre
la douleur
HÔPITAL

Coordinateur : Françoise LAROCHE

D'après une idée originale de François BOUREAU

EDITIONS
scientifiques & IC



Nous ferons toujours plus pour la santé.

**Et si c'était
votre
patient ?**

MIEUX COMMUNIQUER
avec votre patient
douloureux
chronique
15 situations concrètes

Coordinateur : Françoise LAROCHE
D'après une idée originale de François BOUREAU

*Nous tenons à rendre ici
un hommage chaleureux
à François Boureau,
malheureusement décédé
avant la fin de la rédaction de
cette brochure. Ce document
lui tenait beaucoup à cœur, tant
il était impliqué, avec beaucoup
de générosité, dans le partage
des connaissances et la
formation sur la douleur.
En espérant que ces situations
cliniques répondront, comme
il le souhaitait, aux attentes
des lecteurs.*

L'ÉQUIPE DE RÉDACTION

Éditorial

La douleur chronique est une pathologie rencontrée tous les jours par les rhumatologues. La communication avec le patient est semée de pièges et d'embûches (souvent invisibles) qu'il est préférable d'éviter. En effet, la douleur chronique se complique de conséquences qui dépassent bien souvent le cadre médical pur.

Il nous a semblé intéressant de colliger dans ce guide des situations concrètes auxquelles sont confrontés les rhumatologues.

Nous avons demandé à un panel de rhumatologues non spécialisés dans la prise en charge de la douleur, de dresser la liste des situations qui leur semblaient les plus difficiles à gérer en consultation.

À partir d'une situation clinique, ont été déclinés les enjeux pour le patient et le médecin, les réponses et l'attitude à adopter par le médecin, les pièges à éviter et les mots clés à retenir.

Nous espérons que cet ouvrage saura répondre à vos attentes et vous aider à mieux gérer la relation avec votre patient.

Bonne lecture !

DR FRANÇOISE LAROCHE

Rédaction

COORDINATEUR

Dr Françoise LAROCHE

Centre d'évaluation et de traitement de la douleur
Hôpital Saint-Antoine, Paris
Réseau ville-hôpital Lutter contre la douleur (LCD)

AUTEURS

Dr Françoise LAROCHE

Centre d'évaluation et de traitement de la douleur
Hôpital Saint-Antoine, Paris
Réseau ville-hôpital Lutter contre la douleur (LCD)

Dr Anne COUTAUX

Consultation Douleur
Hôpital La Pitié-Salpêtrière, Paris

RELECTEURS

Dr Serge PERROT

Rhumatologue hospitalier
Service de Médecine Interne et Consultation Douleur,
Hôtel-Dieu, Paris

Dr Marie-Pascale MANET

Rhumatologue hospitalier et libéral
Hôpital La Croix-Saint-Simon, Paris

Dr Franceline MARCHETTI

Consultation Douleur
Hôpital La Pitié-Salpêtrière, Paris

Dr Patrick SICHÈRE

Rhumatologue hospitalier et libéral
Hôpital Delafontaine, Saint-Denis

Dr Esther SOYEUX

Centre d'évaluation et de traitement de la douleur
Hôpital Saint-Antoine, Paris
Réseau ville-hôpital Lutter contre la douleur (LCD)

Sommaire

	PAGE
› Comprendre et croire le patient	7
› Aider le patient à intégrer l'impact des émotions sur la douleur	11
› La demande derrière la plainte	16
› Les attentes irréalistes	20
› Les fausses croyances	24
› Le patient qui met la pression	27
› Ne pas disqualifier un accident du travail	30
› Le temps	35
› Le patient multi-exploré et traité	38
› Prescrire tout de suite ou attendre ?	42
› Comment bien/mal vendre un médicament	46
› Changer de paradigme pour trouver des solutions	50
› Les antidépresseurs chez le douloureux chronique : pourquoi et comment ?	54
› Et la relaxation ?	58
› Bouger malgré la douleur	61

Comprendre et croire le patient

**“Mais j’ai vraiment
mal, docteur !”**

La situation

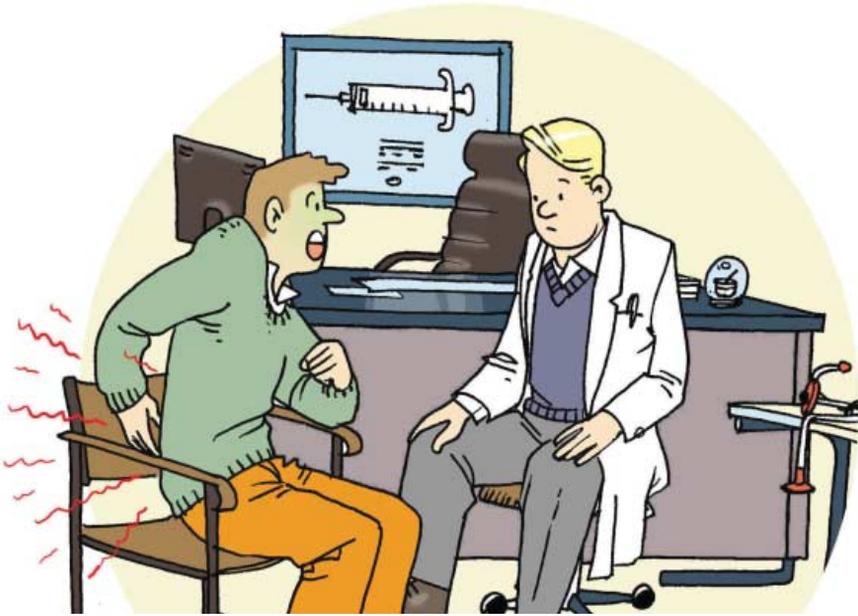
Monsieur M, 48 ans, souffre de cervicalgie depuis 8 ans. Les douleurs se sont aggravées il y a 1 mois. Le diagnostic lésionnel conclut à une arthrose sans hernie discale. En effet, de nombreux examens morphologiques ont été effectués. Le patient a consulté de nombreux médecins (toutes spécialités confondues : généraliste, rhumatologue, neurologue, orthopédiste...) sans succès. Lors de la consultation, il vous montre exactement où il a mal et répète qu’il souffre vraiment. Il ne comprend pas pourquoi il a autant mal alors qu’on lui a dit « *de ne pas s’en faire* », que « *ce n’est pas grave* ». Il trouve que le corps médical le laisse tomber.

Quels sont les enjeux ?

Les enjeux sont importants. En effet, le patient est perdu, il n’a plus confiance. Il pratique le nomadisme médical à la recherche de réponses à ses questions et à son état qui l’inquiète.

Les difficultés du patient viennent d’un sentiment d’incompréhension et de non-reconnaissance. Il pense que les médecins ne croient pas ou minimisent ses douleurs et les lésions responsables.

Cette quête peut s’arrêter si le patient trouve une écoute attentive et bienveillante, ainsi que des explications sur ce qui peut passer pour une incohérence (douleur forte sans lésion « objective » importante).



Les points clés à développer

Accepter et valider l'existence de la douleur

« En effet, je sais que vous souffrez d'une douleur qui dure. Il est important que je vous donne quelques informations pour vous aider à mieux comprendre cette douleur dont vous souffrez. »

- La douleur est toujours un phénomène subjectif. C'est-à-dire que le sujet est le seul à la ressentir et qu'il n'y a pas de doute sur ce qu'il ressent. Chaque personne réagit différemment à la douleur et c'est normal. Cependant, on finit par croire que certaines personnes exagèrent leur douleur.
- De plus, la douleur ne se voit pas ; l'entourage (et même les médecins) peut donc avoir du mal à croire en sa réalité.
- Enfin, ce n'est pas parce qu'on a mal que l'on a une maladie grave. On sait que la sensation de douleur n'est pas reliée à sa cause. Il existe d'ailleurs des douleurs bien réelles avec des examens parfaitement normaux (ex. : fibromyalgie).

Expliquer, informer sur la complexité de la douleur chronique

- La douleur est souvent un signal d'alarme pour l'organisme (traumatisme, fracture). C'est le cas de la douleur aiguë. Cependant, lorsque la douleur dure plusieurs mois, un cercle vicieux s'installe qui entretient et même peut aggraver la douleur.

- Les conséquences en sont nombreuses : incapacité physique au travail ou dans la vie courante, inoculation, insomnie, peur de l'avenir, colère, tristesse...
- La douleur devient le centre des pensées et des préoccupations du patient qui se replie progressivement dans sa souffrance avec un sentiment d'incompréhension et d'isolement.
- La douleur devient la maladie à traiter.



Comment s'y prendre ?

Donner de l'espoir

« Ce n'est pas parce que vous souffrez depuis longtemps que l'on ne peut plus rien faire. Il n'y a pas un traitement "miracle" mais une association de traitements médicamenteux et non médicamenteux qui peuvent vous aider à faire face. »

- Chaque traitement est institué individuellement et adapté en fonction de l'évolution de la douleur du patient. Il est donc nécessaire d'évaluer précisément tous les facteurs impliqués avant de se précipiter sur le premier traitement venu. On prend le temps de choisir, avec l'accord du patient, ce qui va être le mieux adapté à sa situation actuelle. Cette démarche permet une adhésion du patient, améliorant ainsi l'observance et le sentiment d'être acteur du traitement. Tous les traitements sont proposés de cette façon (médicamenteux, reconditionnement physique, neurostimulation, relaxation, hypnose, acupuncture, psychothérapie...).
- L'utilisation de brochures d'information tous publics permet de compléter les informations données lors de la consultation. Il s'agit de la « bibliothérapie ».

Être empathique

« Je comprends que cette douleur vous dépasse et que vous êtes à bout. »

L'attitude empathique consiste à essayer de comprendre ce que ressent le patient qui exprime une émotion ou une difficulté. Elle va à l'encontre d'une attitude de rejet ou d'indifférence émotionnelle de la part du médecin. Elle améliore la communication et permet d'éviter le sentiment d'isolement et d'incompréhension du patient.

Utiliser le style socratique

« Si je comprends bien, vous voulez dire que vous redoutez de vous retrouver en fauteuil roulant. »

Le style socratique utilise des questions auxquelles le patient est en mesure de répondre, sans le piéger ni le disqualifier. Ces questions concernent des problèmes concrets. Le patient peut alors réévaluer ses positions à la lumière des interrogations du médecin. Celui-ci reformule les propos tenus afin de s'assurer que le patient a bien compris et lui permettre d'entendre ce qu'il a lui-même dit. Des questions de synthèse ouvrent ensuite le patient à d'autres perspectives. Qu'est-ce que cela signifie lorsque la douleur dure autant... ?



Conclusion

L'étape initiale indispensable dans ce cas est de valider les souffrances rapportées par le patient. En effet, en matière de douleur « le patient a toujours raison ».

Grâce à certains outils de communication et à une information ciblée (éventuellement par l'utilisation de brochures destinées aux patients) le médecin peut expliquer et informer sur la complexité de la douleur chronique. Cette information rassurante va aider le patient dans son traitement en l'impliquant activement. En effet, son énergie pourra être utilisée à apprendre à gérer la douleur. Ainsi, le patient ne s'interroge plus à tout moment sur le diagnostic ni sur une potentielle aggravation (de la douleur, mais aussi des lésions).

Quelques erreurs à éviter

- Interrompre à tout moment le patient.
- Ne pas entendre les émotions.
- Minimiser l'impact des douleurs chez le patient.
- Rester dans une démarche médicale pure.
- Donner tort au patient.
- Aller trop vite dans les explications.
- Montrer que l'on ne croit pas à la douleur.

Les mots clés

- Validation
- Explications
- Formation du patient
- Donner de l'espoir
- Empathie
- Style socratique



Aider le patient à intégrer l'impact des émotions sur la douleur

**“C’est pas
dans la tête,
docteur !?”**



La situation

Madame D, 35 ans, souffre de fibromyalgie depuis 5 ans. Les nombreux médecins qu'elle a consultés n'ont pas pu lui expliquer pourquoi elle a si mal. D'autant que tous les examens complémentaires sont normaux. Comme aucun traitement n'est efficace, elle dit qu'on lui aurait laissé entendre que c'est psychologique. Elle est révoltée car elle souffre vraiment.



Quels sont les enjeux ?

Les enjeux sont importants. En effet, la patiente ne comprend pas qu'on puisse étiqueter « psychologiques » des douleurs « réelles » et ressenties fortement au niveau du corps.

Les difficultés de la patiente viennent de la complexité des relations entre la douleur « physique » et les émotions.

Des explications concernant l'impact des émotions sur le vécu douloureux sont nécessaires. La mise à disposition d'une « bibliothérapie » est très utile dans cette situation car ces documents utilisent un langage adapté aux patients.



Les points clés à développer

Expliquer l'opposition entre douleur réelle et imaginaire

« En effet, vos douleurs sont bien réelles et non pas imaginaires, même si les examens sont normaux. En revanche, toute douleur qui dure induit des conséquences qui vont ensuite à leur tour entretenir la douleur. On doit prendre en compte tous ces éléments pour une prise en charge globale. »

- La douleur est par définition une sensation et aussi une émotion désagréable.
- La définition de la douleur intègre les douleurs sans lésion décelable. On sait donc qu'il existe des douleurs pour lesquelles un diagnostic lésionnel est impossible.
- Il convient aussi d'expliquer que les circuits et contrôles de la douleur sont localisés dans le cerveau : *« La douleur, c'est donc bien dans la tête. »* Cela permet de faire un jeu de mots tout en dédramatisant.
- On connaît des émotions qui ont des conséquences physiques (boule dans la gorge, tremblements, palpitations, sueurs...). On sait aussi que des tensions persistantes peuvent être responsables de manifestations physiques sans cause objective organique. Cela permet d'appréhender avec le patient la relation entre émotion et sensations corporelles.

Expliquer la triade stress-contraction-douleur

- Cette triade fonctionne dans les deux sens. En effet, la douleur persistante est source de stress et les patients douloureux chroniques sont plus sensibles aux facteurs de stress. Cette réactivité au stress augmente la douleur et favorise son entretien, par le biais de la contraction musculaire. C'est donc très fréquent au cours de la fibromyalgie et des rachialgies chroniques.
- Lorsque le patient envisage la possibilité de mieux apprendre à gérer son stress, on peut lui proposer des techniques adaptées à sa situation (relaxation, hypnose, yoga, sophrologie, entretiens avec un psychologue ou un psychiatre...).



Comment s'y prendre ?

Prendre en compte le retentissement de la douleur dans le contexte de vie de la patiente

« Il est important que je sache en quoi la douleur a modifié vos capacités et votre vie (professionnelle, personnelle, sociale, familiale, conjugale). Afin de mieux vous aider, il est nécessaire de connaître aussi votre environnement, votre entourage et l'aide éventuelle que vous pouvez obtenir... »

- Le retentissement de la douleur est évalué dans ses différentes dimensions (professionnelle, sociale, familiale, conjugale...) et pris en compte dans le trai-

tement. En effet, ce sont des facteurs d'aggravation et d'entretien de la douleur.

- L'objectif thérapeutique est d'aider la patiente à retrouver des capacités fonctionnelles, si possible par les ressources disponibles dans l'entourage.
- Il est préférable de connaître dès les premières consultations les conditions de vie de la patiente (isolement, conflits, antécédents, événements de vie...) afin qu'il n'y ait pas de suspicion lors d'un interrogatoire ultérieur sur ce sujet. En effet, la patiente peut croire que l'on attribue sa douleur à des facteurs qu'elle juge sans objet dans la prise en charge et peut se sentir disqualifiée.

Expliquer l'approche globale qui comprend la gestion des émotions

« Je comprends que vous aimeriez trouver une solution ou un médicament qui puisse soulager complètement votre douleur. Mais, comme vous l'avez compris et expérimenté, il n'y a pas de traitement unique de la douleur qui dure. Trop de facteurs interviennent dans la genèse et l'entretien de cette douleur. Le traitement comporte plusieurs composantes que l'on associe. On prend en compte aussi le retentissement de la douleur sur le moral. »

- La douleur qui dure depuis plusieurs mois s'accompagne de difficultés psychologiques. En effet, au cours du temps, le patient se plaint de fatigue, de troubles du sommeil, d'une irritabilité, d'un désintérêt...



- Tous ces phénomènes aggravent la douleur, qui devient progressivement le centre de la vie du patient, responsable d'un cercle vicieux.
- L'expérience montre qu'il faut traiter chaque facteur impliqué dans la douleur chronique afin d'interrompre ce cercle vicieux. Ces facteurs ne disparaîtront pas si l'on se focalise uniquement sur la douleur proprement dite.

Prendre son temps et laisser du temps au patient

« Je mets à votre disposition un document qui vous expliquera de façon détaillée la douleur et ses conséquences, les pièges d'une mauvaise compréhension de la douleur, les réactions émotionnelles et la douleur, les mécanismes d'entretien de la douleur, les moyens d'exploration et de traitement de la douleur. »

- Lorsque l'on aborde les aspects psychologiques de la douleur, il est important de laisser « décanter » les informations reçues.
- Renouveler les consultations en évitant qu'elles soient trop longues et trop denses.
- Le patient est souvent pressé « d'en finir » avec sa douleur. Il veut que le médecin fasse vite. Pourtant, le médecin doit apprendre au patient à prendre patience puisque le traitement sera long.
- Le médecin doit aussi respecter le temps de changement du patient (d'une position passive qui attend des solutions extérieures à une position active dans son traitement) sans prescrire encore un antalgique de plus.

Demander l'aide du patient pour mettre en place un contrat thérapeutique

« Vous souffrez depuis 5 ans. La douleur envahit tous les secteurs de votre vie. Afin que nous puissions avancer ensemble dans l'amélioration de votre douleur, j'ai besoin de votre participation active. »

- Le traitement de la douleur chronique nécessite la mise en place de stratégies. Un contrat de « tâches » est nécessaire (réentraînement à l'effort, gestion des médicaments, relaxation...).
- Ce type de prise en charge n'est possible que si le patient est motivé et actif.
- Le patient doit pouvoir formuler ses objectifs afin d'envisager leur faisabilité quitte à les modifier (objectifs réalistes et réalisables).
- Ne pas hésiter à retarder la mise en route du traitement si le patient n'est pas disponible ou motivé.
- Il faut commencer à créer une alliance thérapeutique pour apprendre au patient des techniques de gestion de la douleur ou pour le diriger vers les professionnels concernés (kinésithérapeute, techniques de neurostimulation, spécialiste en relaxation, psychothérapeute...).
- Le traitement n'est pas curatif mais réadaptatif.



Conclusion

L'étape initiale indispensable dans cette situation est d'expliquer que l'on peut avoir mal sans qu'il y ait de lésion. La douleur est bien là. Le patient n'est pas fou.

Expliquer ensuite que la douleur implique forcément un vécu douloureux et que celui-ci est une émotion négative qu'il faut prendre en compte. La douleur induit anxiété et dépression. L'anxiété et la dépression induisent aussi de la douleur.

Si on veut se sortir de ce cercle vicieux, on traite à la fois la douleur pour elle-même mais aussi impérativement l'anxiété et/ou la dépression associée, ainsi que tous les facteurs qui majorent ou entretiennent la douleur (conflits, insomnie, difficultés professionnelles...).

Quelques erreurs à éviter

- Ne pas être disponible quand le patient montre des signes d'ouverture à la réflexion.
- Utiliser des mots réducteurs « psychologisants » qui empêchent le patient de trouver des solutions personnelles.
- Vouloir trop attribuer des problèmes personnels dans la genèse et l'entretien des douleurs.
- Oublier l'impact des croyances du patient.
- Ne pas respecter les temps de compréhension et d'adaptation du patient.
- Poser des questions trop invasives.

Les mots clés

- Vision globale du patient
- Ouverture du discours
- Explications
- Disponibilité
- Être à l'écoute des demandes et des plaintes
- Donner du temps au patient
- Empathie
- Style socratique

La demande derrière la plainte

***“J’ai mal,
mais je ne veux rien”***



La situation

Madame R, 65 ans, souffre d'arthrose rachidienne très ancienne. La douleur est permanente depuis plus de 3 ans. Elle dit que celle-ci l'empêche d'accomplir ses activités ménagères et qu'elle limite de plus en plus ses sorties à l'extérieur, de peur d'être « bloquée ». La patiente est assidue aux consultations depuis plusieurs semaines. Cependant, celles-ci se déroulent toujours sur le même mode de plaintes, sans qu'émergent de demandes précises, ni de désir de changement. Elle donne l'impression d'une inertie malgré l'absence de dépression.



Quels sont les enjeux ?

Les enjeux sont la compréhension de la plainte en l'absence de demande explicite. Les croyances et le mode de communication de la patiente doivent être évalués. En effet, la compréhension par le médecin des mécanismes qui sous-tendent l'absence de demande permettra de modifier la dynamique des consultations afin d'engager un traitement.



Les points clés à développer

Éviter que la consultation ne tourne qu'autour de la plainte

« Je comprends que vous souffrez et que cette douleur vous handicape dans vos activités. Pouvez-vous me dire précisément comment cela se passe lorsque vous marchez dans la rue ? »

- Valider la souffrance de la patiente, puis faire porter l'interrogatoire sur des faits précis afin de quantifier, d'évaluer les capacités initiales de la patiente.
- Revenir systématiquement à des faits objectivables lorsque les plaintes réapparaissent.
- Rester de son côté.

Évaluer les croyances cachées

« Mon médecin m'a dit que j'ai de l'arthrose et que de toute façon il n'a plus rien à faire. C'est la vieillesse ! »

- S'assurer que la plainte ne cache pas un « catastrophisme ». Il s'agit d'un discours intérieur avec des croyances négatives sur l'avenir : *« Je ne peux plus supporter la douleur, cela n'ira jamais mieux, je ne peux plus continuer comme cela, ma vie ne vaut pas la peine d'être vécue... »*.
- Connaître les expériences douloureuses antérieures et leurs prises en charge ainsi que les informations reçues et l'interprétation faite par la patiente.

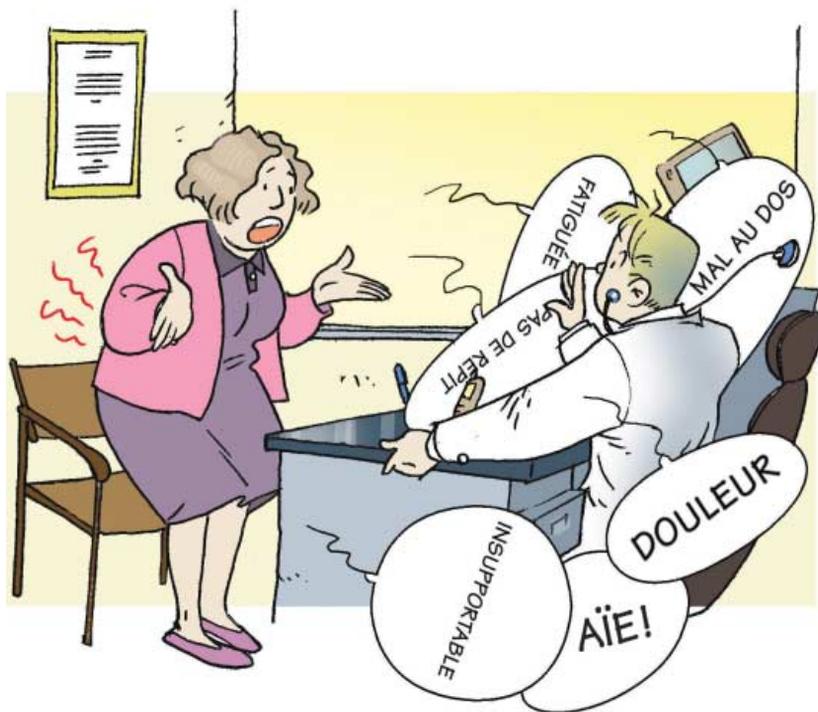


Comment s'y prendre ?

Demander une auto-observation entre deux consultations

« Il est important que je sache comment la douleur vous limite dans vos activités quotidiennes. J'aimerais que vous notiez précisément, d'ici la prochaine consultation, dans deux semaines, vos activités quotidiennes et la durée de chacune d'entre elles, ainsi que l'horaire et la posologie de vos prises médicamenteuses. »

- Le fait de demander un journal de bord va obliger la patiente à se détacher de la plainte pour exécuter une tâche précise.
- La patiente, rendue active, va être plus impliquée et valorisée.
- L'auto-observation va lui imposer une vision plus pragmatique et objective des faits.
- Par le journal, on crée un support concret, sur lequel on pourra travailler et faire émerger des demandes.



Faire définir des objectifs réalistes

« Que puis-je faire pour vous ? Qu'est-ce que vous feriez si vous aviez moins mal ? »

- Rechercher, dans les activités habituelles de la patiente, ce qui a disparu et qui était important.
- Définir les activités agréables qui ont été supprimées.
- Envisager l'aide de l'entourage pour remettre en place ces activités et ne pas encourager le repos permanent ou le repli.
- Au départ, ne pas projeter d'activités non réalisables ou que la patiente n'accomplissait pas auparavant.

Valoriser les petits progrès

« Depuis la dernière consultation, vous avez pu sortir de chez vous. C'est un progrès important. Vous pouvez être fière d'avoir tenu l'objectif que vous vous étiez fixé. »

- Il est important de pouvoir observer les progrès et de les valoriser. En effet, chaque changement vers un comportement bien portant va provoquer une réaction en chaîne. La patiente va reprendre confiance et se mettre en position de succès. Le médecin utilise la technique du renforcement positif.

- Valoriser aussi les solutions trouvées par la patiente elle-même.
- En revanche, les comportements douloureux ne doivent pas être favorisés lors des consultations (grimaces, postures...). Une attitude indifférente du médecin vis-à-vis de ce type de comportement (après avoir reconnu la douleur et son retentissement) en permet l'extinction.



Conclusion

L'étape initiale indispensable dans cette situation est de rechercher des croyances négatives d'incurabilité, de désespoir et d'inefficacité des médicaments. Un travail d'information permet alors d'expliquer les solutions thérapeutiques que l'on peut proposer. Celles-ci dépendent de la patiente et nécessitent donc sa participation. Il faut ensuite évaluer précisément les difficultés à partir de faits afin de faire émerger des demandes. Enfin, définir avec la patiente des objectifs réalistes à mettre en place progressivement.

Quelques erreurs à éviter

- Laisser la patiente envahir la consultation par des plaintes inutiles.
- Favoriser les comportements douloureux.
- Attitude de trop « grande compréhension » de type sympathique (qui conforte la plainte).
- Attitude de rejet.
- Ne pas définir d'objectifs.
- Ne pas détecter l'existence d'un catastrophisme.

Les mots clés

- Empathie
 - Reformulation des croyances
 - Travailler sur des faits précis
 - Faire émerger une demande
 - Cahier d'auto-observation
- 

Les attentes irréalistes

“Je veux guérir !”

● ● ● *La situation*

Madame P, 67 ans, a été opérée de son rachis il y a 9 mois. Elle souffrait depuis plusieurs mois d'une sciatique par hernie discale sur un rachis scoliotique. L'intervention n'a rien résolu et elle se plaint toujours de sa sciatique associée à des lombalgies intenses. Toute activité physique est devenue très pénible. Elle en veut à son chirurgien qui lui affirme pourtant avoir ôté la hernie. Madame P ne comprend pas qu'après un traitement radical, la douleur persiste, voire empire.

● ● ● *Quels sont les enjeux ?*

L'enjeu ici est l'acceptation par la patiente de la situation actuelle. La présentation peut-être un peu trop optimiste des résultats de la chirurgie a laissé croire à Madame P qu'elle pourrait retourner à l'état « sain » antérieur. Faire le deuil de cet état clinique est une étape indispensable afin de pouvoir élaborer des stratégies actives « pour aller mieux ».

● ● ● *Les points clés à développer*

Reformuler les attentes préopératoires

« Madame, je comprends que pour vous l'intervention chirurgicale aurait dû apporter un soulagement complet des douleurs. Cela ne signifie pas un échec de la chirurgie. Cependant, des douleurs persistent actuellement et il va falloir s'en occuper. »

- La persistance de la douleur malgré un traitement chirurgical réussi n'est pas compréhensible pour la plupart des patients. Le « traitement radical » doit permettre un retour à l'état antérieur. De même, certains ne comprennent pas que l'on puisse guérir d'une sciatique par hernie discale sans traitement radical de cette hernie : « *j'ai mal à ma hernie* ».
- La recherche d'une cause à ses douleurs gêne Madame P. Elle ne peut pas envisager d'aller mieux tant qu'elle ne connaîtra pas l'origine des douleurs.
- Faire prendre conscience à la patiente qu'un retour à l'état antérieur n'est pas toujours possible, mais qu'un traitement efficace des douleurs peut être envisagé.

Expliquer le phénomène de mémorisation

« Les douleurs dans votre jambe existaient avant que vous ne soyez opérée. On sait qu'une douleur qui persiste va entraîner des phénomènes de mémorisation de la douleur. Comme vous le savez, nous gardons tous les épisodes de notre vie en mémoire. Il en est de même pour les douleurs. »

- Il est actuellement établi qu'une douleur insuffisamment traitée va entraîner des phénomènes de mémorisation par le biais de la sensibilisation centrale. En réponse à un stimulus nociceptif périphérique répété (compression de la racine par une hernie discale par exemple), des modifications apparaissent au sein de la corne dorsale de la moelle épinière allant dans le sens d'une



facilitation de la transmission de ce message. Cette sensibilisation est également retrouvée au sein du thalamus et est due à la plasticité du système nerveux central. Après traitement de la cause, ces modifications persistent et expliquent en partie la persistance des douleurs. On pense que ces modifications peuvent être en partie réversibles mais que cela peut nécessiter un certain temps.

- L'intervention chirurgicale, comme toute chirurgie, peut entraîner des séquelles douloureuses le plus souvent au niveau lombaire. L'existence d'une fibrose cicatricielle ne doit plus être donnée au patient comme responsable des douleurs. Après intervention sur le rachis lombaire, il existe des douleurs sans fibrose et de la fibrose sans douleurs.



Comment s'y prendre ?

Confirmer le diagnostic de douleur chronique

« Vos douleurs existaient avant la chirurgie et persistent depuis. L'acte chirurgical s'est parfaitement déroulé mais n'a pas permis de faire disparaître les douleurs. Il nous faut maintenant envisager un traitement qui vous permette de reprendre une vie satisfaisante. »

- Reprendre l'histoire clinique complète des douleurs : mode de début, évolution des traitements essayés, résultats.
- S'assurer, par un examen clinique et des examens complémentaires si besoin, qu'il n'existe pas de récidence herniaire ou de complications de la chirurgie (infection, fracture...).
- On parle de douleur chronique lorsqu'une douleur persiste au-delà de 3 à 6 mois après traitement de la cause ou lorsque celui-ci est dépassé.
- Expliquer à la patiente l'absence de finalité biologique de ces douleurs chroniques qui ont perdu leur statut de signal d'alarme.
- Rassurer la patiente sur l'issue chirurgicale (pas d'erreur, ni d'échec chirurgical, pas de nouvelle chirurgie à envisager).
- Rassurer sur les capacités fonctionnelles. Rester inactif n'est pas la solution.

Entendre et valider la plainte

« J'ai bien entendu que vous continuez de souffrir et que vous êtes déçue par les résultats de la chirurgie. Cependant, l'intervention s'est bien déroulée et nous avons vu les causes de la persistance de vos douleurs. Maintenant, comment faire pour aller mieux ? »

Il arrive parfois que le patient garde une rancœur importante vis-à-vis du chirurgien ou des médecins « incompetents » à le soulager. Il faut pouvoir entendre cette plainte tout en orientant le patient vers l'avenir. Accepter et utiliser son énergie pour mettre en place des stratégies actives.

Définir avec le patient des objectifs thérapeutiques réalistes et réalisables

« Peut-être ne serez-vous plus aussi active qu'avant, mais faisons en sorte de trouver ensemble des solutions. Parmi les traitements, la reprise d'activité est importante. Quelles sont les activités que vous aimiez et que vous ne pouvez plus faire ? En quoi vos douleurs empêchent ces activités ? »

- Le traitement des douleurs chroniques fait appel à plusieurs moyens : médicaments (dont les antidépresseurs), reprise de l'activité physique adaptée et fractionnée, psychothérapie (relaxation, thérapie centrée sur la solution...), résolution des problèmes sociaux et au sein de la famille s'il y en a.
- L'entretien doit rechercher les activités que la patiente avait auparavant et qu'elle ne peut plus faire actuellement et en définir les raisons. Il faut aborder avec elle la question de la faisabilité (les objectifs sont-ils réalistes ?). Il faut discuter des possibilités de reprise de cette activité (quand et comment) en lui donnant des objectifs réalisables (durée de l'activité, fractionnements, prise d'antalgiques en prévision...).

Conclusion

Il arrive parfois que le résultat d'une intervention thérapeutique soit très en deçà de celui attendu par le patient. Il en résulte une grande déception. Le patient est alors arrêté dans son évolution. La prise en charge doit permettre de faire le deuil de l'état antérieur afin que le patient puisse s'investir activement dans le traitement.

Quelques erreurs à éviter

- Ne pas permettre au patient d'avancer car on est soi-même déçu (affect sympathique).
- Être sceptique quant aux possibilités d'aller mieux.
- Minimiser l'impact fonctionnel de la douleur.
- Proposer une reprise d'activité trop importante d'emblée : risque d'échec (renforce les convictions d'incurabilité du patient).
- Ne pas respecter les projets du patient.
- Remettre en doute sans preuve la valeur du geste chirurgical.
- Renforcer le doute chez le patient.

Les mots clés

- Valider
- Explications
- Empathie
- Deuil de l'état antérieur
- Projection dans l'avenir
- Donner du temps au patient
- Se donner du temps

Les fausses croyances

“J’ai des perroquets dans le dos”



La situation

Madame V, 54 ans, vous consulte pour des rachialgies intermittentes de plus en plus invalidantes. Sa mère souffre de la même chose et avec « *les perroquets qu’elles ont toutes deux dans le dos, il n’y a de toute façon rien à faire.* »



Quels sont les enjeux ?

L’enjeu est de ne pas laisser la patiente s’enfermer dans un diagnostic lésionnel. En effet, l’amélioration ne saurait être obtenue en absence de traitement spécifique de la cause. Un recadrage est donc nécessaire. Quitter le domaine du « diagnostic lésionnel » va lui permettre de prendre du recul par rapport à ses douleurs et d’en aborder les autres composantes, notamment comportementales et émotionnelles. L’enjeu est aussi d’identifier les fausses croyances sur le caractère inéluctable et définitif de la douleur (vieillesse).



Les points clés à développer

Insister sur l’absence de parallélisme anatomoclinique

« Vos radiographies sont rassurantes. Je comprends pourquoi vous pouvez avoir mal, mais cela ne signifie pas que vous devrez toujours avoir mal. »

- L’importance des lésions radiologiques décrites et abondamment détaillées sur les comptes rendus radiologiques a convaincu la patiente que sa colonne était en mauvais état et que ses douleurs étaient liées à ses « perroquets ».



- Le patient ne possède pas toujours les compétences qui lui permettraient de traiter ces informations correctement et peut légitimement s'inquiéter. Il convient donc de rappeler l'absence de parallélisme anatomo-clinique. On peut avoir des radiographies impressionnantes sans douleurs et, inversement, des douleurs très importantes sans lésion radiologique visible.

Démasquer les craintes cachées

« Je peux voir que le résultat de vos radiographies vous inquiète. Pouvez-vous me dire pourquoi ? »

Souvent les patients ont des proches ou connaissances souffrant de « la même chose qu'eux » et leur exemple n'est pas fait pour les rassurer : handicap de plus en plus important, douleurs très invalidantes. Il faut donc les assurer que, grâce à votre traitement, leur avenir sera meilleur. Il arrive également qu'un proche soit décédé d'une maladie grave révélée par la même symptomatologie. L'amélioration ne sera pas possible tant que le médecin n'aura pas convaincu le patient que ses craintes sont injustifiées.

Comment s'y prendre ?

Reprenre l'histoire clinique détaillée des douleurs

« Les radiographies sont ce qu'elles sont mais ne me renseignent pas beaucoup sur vos douleurs. Parlez-moi plutôt de vos douleurs. »

- Les patients sont souvent fixés sur un diagnostic lésionnel précis. Celui-ci peut les rassurer, mais aussi les enfermer dans un statut de malade. Ici, « perroquet » = douleur.

- L'interrogatoire va permettre de rechercher les facteurs qui aggravent les douleurs, ceux qui les diminuent, et ce que le patient sait faire pour aller mieux. L'examen clinique appréciera les capacités fonctionnelles du patient. À chaque étape, il convient d'insister sur ce qui est positif pour le patient.

Rassurer sur les capacités fonctionnelles

« Finalement, malgré vos perroquets, vous avez une mobilité tout à fait satisfaisante. »

- Sans qu'ils n'en parlent spontanément, les patients peuvent avoir des craintes quant aux conséquences que l'exercice physique pourrait avoir sur leur rachis. Ils ont peur d'aggraver les lésions et, progressivement, s'interdisent le sport ou autre activité de loisir.
- Il faut les questionner sur leurs craintes cachées qui peu à peu entraînent une restriction d'activité et un repli sur eux-mêmes. Il faut les informer qu'une pratique régulière et raisonnable du sport est non seulement autorisée mais vivement conseillée. On peut s'aider initialement de la kinésithérapie ou faire appel à un agenda d'activités.



Conclusion

Les « fausses croyances » ne sont pas toujours exprimées par le patient mais représentent des facteurs d'entretien et d'aggravation des douleurs. Il faut pouvoir entendre ce que cache la plainte : crainte d'une incurabilité ou d'un diagnostic grave. Une écoute attentive et un examen clinique complet représentent la première étape indispensable à une bonne prise en charge. Il est plus facile alors de dissiper l'anxiété.

Quelques erreurs à éviter

- Se montrer inquiet.
- Banaliser.
- Ne pas entendre l'inquiétude du patient et la minimiser.
- Ne pas respecter le rythme du patient dans la reprise d'une activité.
- Ne pas respecter les objectifs des patients.
- Ne pas rassurer sur l'avenir.

Les mots clés

- Valider
- Évaluer
- Calmer l'anxiété
- Prendre le temps



Le patient qui met la pression

**“Vous êtes mon
dernier espoir docteur !”**



La situation

Madame D, 55 ans, vous consulte pour des cervicalgies chroniques. Elle n'en peut plus. Elle a consulté de nombreux médecins et essayé de nombreuses thérapeutiques partiellement efficaces. Vous êtes son dernier recours.



Quels sont les enjeux ?

Le risque est de se laisser entraîner dans la « pensée magique » avec le patient et de prescrire trop vite. Cette attitude induit une mise en échec lorsque le temps d'évaluation et d'explication n'a pas été pris.



Les points clés à développer

Comprendre et valider l'épuisement du patient

« J'en ai marre ».

Développer une relation de confiance qui permettra d'aborder la partie cachée de l'iceberg. Il est souvent difficile pour le patient d'admettre qu'il est déprimé. Il craint que le médecin ne réduise la douleur à cette émotion. *« Docteur, la douleur n'est pas dans ma tête. »*

Prendre le temps

« Je suis sûr que vous comprenez qu'une douleur qui dure depuis tant d'années a eu des conséquences multiples : sur votre vie sociale, sur votre famille, sur vos loisirs. Il va nous falloir du temps pour tout comprendre

avant de pouvoir vous prescrire un traitement adapté et vous éviter un énième échec. »

Faire comprendre la nécessité d'une évaluation précise de cette douleur. Un traitement non adapté sera encore une source de nouvel échec qui renforcera peut-être la crainte d'incurabilité de la patiente. Si le temps imparti à la consultation est trop court, prévoir d'emblée un suivi avec une consultation rapprochée.

Replacer le patient au centre de son traitement

« Vous ne m'avez pas dit ce qui aggrave vos douleurs, ce qui les calme... Que savez-vous faire pour aller mieux ?... Que se passe-t-il quand vous regardez la télévision ?... Que se passe-t-il si je vous demande de vous concentrer sur vos douleurs ?... Ou de vous concentrer sur votre respiration ? »

La patiente semble externaliser les solutions à sa douleur. *« C'est vous qui savez ce qui est bon pour moi. »* Or, après plusieurs années d'évolution, le véritable expert de sa douleur est le patient lui-même. L'entretien clinique doit permettre au patient se positionner au centre du traitement.

Comment s'y prendre ?

Adopter un profil bas

« Je comprends que vous souffrez depuis de nombreuses années mais vous êtes la véritable experte de vos douleurs, c'est pourquoi j'ai besoin de votre aide pour y voir plus clair. Nous verrons ensuite ensemble ce qu'il est possible de faire. »



Expliquer les enjeux d'une douleur persistante

« Traiter une douleur qui dure est toujours plus difficile que traiter une douleur aiguë. »

Une douleur chronique n'a pas de finalité biologique, elle ne joue pas le rôle de signal d'alarme pour l'organisme. Elle a souvent entraîné des modifications de comportement. Le patient a dû s'arrêter de travailler, il hésite à sortir de peur que la douleur ne soit trop forte, son entourage peut en avoir assez de le voir souffrir et devenir agressif... Le traitement doit s'intéresser à ces différentes composantes de la douleur.

Prendre en compte l'état émotionnel

« Je vois bien qu'actuellement vous n'en pouvez plus et que vous n'êtes plus capable de gérer cette douleur. Cette émotion n'est pas la cause de votre douleur mais il faut en tenir compte pour vous donner les meilleures chances d'aller mieux. »

Cette affirmation pourra d'autant mieux être acceptée par le patient que vous aurez réalisé un examen somatique complet.



Conclusion

Le praticien peut être touché par la détresse de son patient. En répondant « littéralement » à sa demande et en négligeant l'évaluation (qui a un rôle thérapeutique), il se met en échec. Or, il n'y a aucune urgence à traiter une douleur qui dure depuis plusieurs années. Cette démarche devra être expliquée au patient d'emblée et des consultations régulières devront être proposées pour qu'il sente l'engagement du médecin.

Quelques erreurs à éviter

- Dire : *« Madame, si tous les traitements échouent, c'est parce que la douleur est dans votre tête. »*
- Prescrire un traitement à la va-vite pour se « débarrasser » du problème.
- Ne pas faire le diagnostic d'un syndrome dépressif réactionnel ou associé.
- Ne pas expliquer qu'il faut du temps pour mieux comprendre la douleur.
- Se poser en « médecin technicien » ou en « médecin sauveur ».

Les mots clés

- Empathie
- Reconnaissance du rôle des émotions
- Prendre le temps



Ne pas disqualifier un accident du travail

“Encore un lombalgique en AT dans la salle d’attente ! Il va me demander un certificat...”



La situation

Monsieur V, 37 ans, cariste, souffre de dorsalgies basses apparues au cours d’un accident du travail. Les examens complémentaires ont mis en évidence une hernie discale minime médiane en D11-D12, sans retentissement médullaire. Il est en arrêt de travail depuis 12 mois. Une première tentative de reprise a été infructueuse (aggravation des douleurs au bout de 3 heures). La situation semble bloquée. Monsieur V vient vous voir pour le renouvellement de son arrêt de travail.



Quels sont les enjeux ?

- **Du point de vue du patient** : c’est un accident du travail. La société doit gérer et prendre tout en charge.
- **Du point de vue du médecin** : la hernie discale ne rend pas compte de l’importance du handicap et de la douleur du patient. Le patient « profite » du système. Ce décalage entre les croyances du patient et celles du médecin ne peut que rendre inopérante la prise en charge. Or, être en accident du travail n’est peut-être pas si confortable que cela.



Les points clés à développer

Expliquer les risques de la pérennisation de la situation

« Vous êtes maintenant en arrêt depuis plusieurs mois et je suis inquiet pour vous et votre avenir. Voilà ce qui risque de se passer si vous ne reprenez pas rapidement une activité, que cela soit votre travail ou une toute autre activité. »

- Au plan médical, la situation est inconfortable pour le patient. Il se « doit d'avoir mal » pour justifier son arrêt de travail, auprès des médecins mais également de son entourage (famille, voisins, employeur ou collègues). Progressivement, et à son insu, un déconditionnement physique se développe, puis une crainte de l'activité physique. Le patient étant déconditionné à l'effort et douloureux, les chances de retrouver un travail sont faibles... et nous savons qu'après un an en arrêt de travail elles sont de l'ordre de 10 à 20 %.
- Au plan social, l'accident du travail sera consolidé. Une IPP sera fixée souvent inférieure à 10 % pour des dorsalgies isolées. Un capital sera donc versé en une fois. En l'absence de reconversion possible et de poste aménageable dans l'entreprise, le licenciement sera décidé par l'employeur. Le problème, initialement médical, sera transformé en problème social.

Rechercher des dysfonctionnements cognitifs et sociaux

« Je pense que cette situation est très difficile pour vous. Vous avez mal, vous ne pouvez plus aller travailler. D'ailleurs, envisagez-vous de reprendre votre travail ? Si non, pourquoi ? »

La situation globale (douleur, impossibilité de reprendre le travail) n'est pas expliquée par l'imagerie. Il faut rechercher des facteurs de renforcement positif de la plainte : revenus paradoxaux, sollicitude accrue de l'entourage, litiges (avec l'employeur, le médecin du travail, la Sécurité sociale ou autres), stress ou conflit important sur le lieu de travail. Ces facteurs inconscients peuvent expliquer le passage à la chronicité des douleurs. Ils rendent illusoire la reprise du travail s'ils ne sont pas interprétés avec le patient.

Proposer autre chose : responsabiliser le patient

« Nous avons vu que le fait de ne pas travailler depuis 12 mois n'a pas permis d'aller mieux. »

Un des premiers facteurs de non reprise du travail est le degré de satisfaction au travail (monotonie des tâches réalisées, notion de lassitude dans le travail, ambiance avec les collègues ou les supérieurs hiérarchiques). Il faut donc

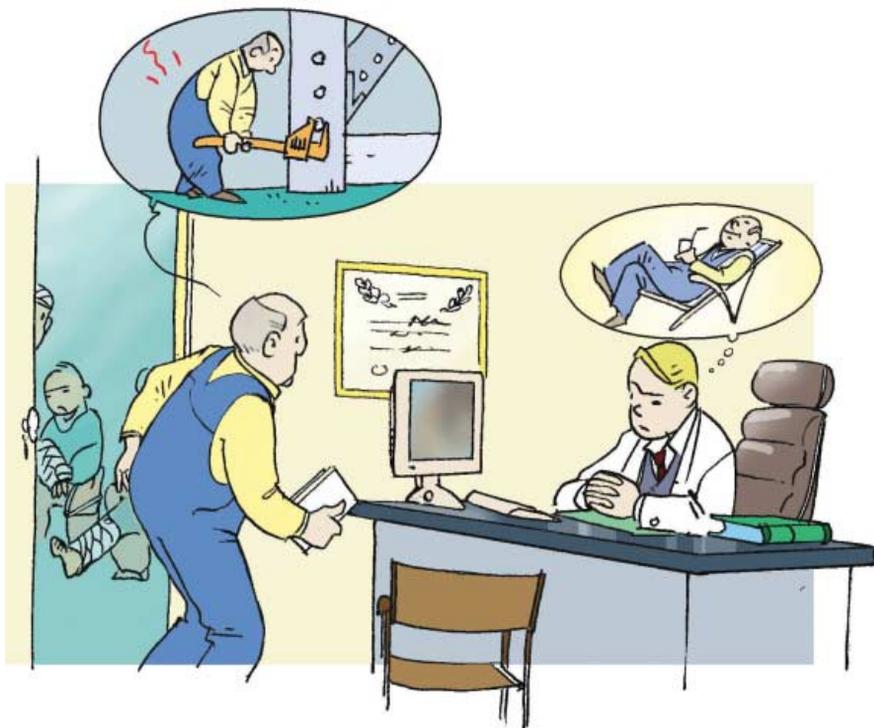
interroger le patient sur ses conditions de travail, ses motivations à reprendre son emploi ou à en rechercher un autre. Que souhaite-t-il faire ? Est-ce réalisable ? Comment ?

Comment s'y prendre ?

Reprendre les croyances concernant l'accident du travail

« Monsieur, savez-vous quand prendra fin votre situation actuelle et ce qui va se passer ? »

Nous avons vu les conséquences prévisibles si on laisse perdurer une situation en accident du travail et, au bout du compte, une grande souffrance pour le patient. Parfois, ce discours n'est pas acceptable tout de suite par le patient et il faut se montrer disponible pour en reparler rapidement. Il peut également avoir besoin d'en discuter avec son entourage.



Rassurer le patient sur son état clinique

« Vous êtes encore très douloureux, mais votre examen clinique et les différents examens sont rassurants. Je pense que vous pouvez sortir de cette situation. »

- Reprendre avec le patient dans le détail les circonstances de l'accident (remarques des supérieurs, suspicion, gravité de l'accident).
- Rechercher des arguments pour un syndrome de stress post-traumatique qui justifierait d'une prise en charge propre. L'examen clinique détaillé et la consultation des examens rapportés par le patient sont des étapes indispensables pour valider une telle affirmation. Au bout de 12 mois en arrêt de travail, les patients ne sont souvent plus examinés ni écoutés. Ce sentiment de rejet peut également entretenir le patient dans ses douleurs.
- Évaluer les traitements antérieurs : comment les thérapeutiques ont-elles été mises en place (médicaments, kinésithérapie, psychothérapie) et quel en a été le résultat ?

Proposer une alliance thérapeutique

« Cela fait 12 mois que vous souffrez et ne plus rien faire n'a pas permis d'améliorer la situation. Êtes-vous prêt à changer ? »

- Reconnaître et valider la plainte permettent de se présenter comme le partenaire du patient. Après avoir recherché les facteurs d'entretien des douleurs, il faut envisager avec le patient différentes stratégies. L'amélioration passera par une reprise d'activité qu'elle soit de loisir et/ou le travail lui-même. Le temps joue contre le patient.
- Les patients mettent souvent beaucoup d'espoir dans les organismes de reclassement professionnel (COTOREP). En fait, les chances de reclassement par ces organismes dépendent de l'âge du sujet (moins de 40 ans), de ses compétences initiales (niveau d'études) et de ses motivations. Dans de nombreuses situations, le reclassement ne pourra pas se faire. Rappelons que ces organismes ne pourront être saisis qu'une fois le patient jugé apte au travail, c'est-à-dire que son accident du travail sera consolidé. Si le patient ne peut reprendre son travail, il sera arrêté en maladie, et l'employeur pourra le licencier. Cela aboutira au chômage, une des conditions pour envisager un reclassement. Si son travail ne lui plaît pas, quel autre lui conviendrait ? Est-il qualifié pour ? Peut-il profiter de sa période d'arrêt pour reprendre des formations, en cours par correspondance par exemple. Il faut donc pouvoir se montrer disponible pour épauler le patient dans ses démarches (certificats, appels des médecins du travail et de la Sécurité sociale...).



Conclusion

Les arrêts de travail qui se prolongent dans le cadre des accidents du travail sont délétères pour le patient. Il se retrouve enfermé à son insu dans sa douleur et ses conséquences, sans avenir social. Le médecin peut parfois être excédé par cette situation. En se faisant l'allié du patient, il pourra, par son discours et une prise en charge opérante, l'aider à retrouver un statut de bien portant.

Quelques erreurs à éviter

- Ne pas croire à la douleur du patient.
- Prendre son patient pour un simulateur.
- Ne pas donner de temps au patient pour trouver des solutions et clôturer trop rapidement un accident du travail.
- Prolonger des arrêts de travail trop longtemps sans en aborder les conséquences néfastes avec le patient.
- Ne pas faire le diagnostic de syndrome de sinistrose ou de catastrophisme.

Les mots clés

- Valider la plainte
- Expliquer les enjeux
- Alliance thérapeutique
- Responsabilisation du patient



Le temps

“Je n’ai pas le temps en consultation ! »

La situation

Vous venez de participer à un enseignement postuniversitaire sur la douleur chronique. L’intervenant a insisté sur la nécessité d’avoir une évaluation globale du patient avec une exploration de la composante organique ainsi que des facteurs de passage à la chronicité ou d’entretien de la douleur. Tout cela est très intéressant, mais vous ne voyez pas très bien comment trouver le temps en consultation.

Quels sont les enjeux ?

Les enjeux sont de pouvoir s’investir qualitativement. Prévoir une autre consultation rapprochée tout en s’abstenant de prescrire en l’absence d’évaluation précise.

Les points clés à développer

Savoir perdre du temps pour en gagner

Plus que la quantité, c’est la qualité de la présence du médecin au cours de la consultation qui est primordiale. Il faut pouvoir développer une attitude « bienveillante », à l’écoute des besoins du patient. Reconnaître la douleur, tout en présentant au patient la complexité des mécanismes pouvant intervenir, va lui permettre de comprendre qu’une évaluation précise doit être faite et qu’elle nécessite de « prendre son temps ».

Montrer que l’on peut faire autrement

Le temps est une composante importante de la relation thérapeutique. Mais aucun travail ne permet d’affirmer qu’une heure passée en consultation est



préférable à plusieurs consultations rapprochées. Il faut donc savoir expliquer au patient que vous n'êtes pas disponible actuellement et que vous lui proposez un autre rendez-vous. Souvent le médecin se sent coupable et frustré de ne pas répondre immédiatement à la demande du patient. Pour « gagner du temps », le médecin va proposer une thérapeutique qui correspond à sa façon personnelle d'envisager le problème, ne faisant que repousser celui-ci.



Comment s'y prendre ?

Écouter le patient sans l'interrompre à tout moment

« Alors, que puis-je faire pour vous ? »

Cette écoute est associée à une communication non verbale cohérente et respectueuse. Dès les premières phrases du patient vous savez que la consultation sera longue, or vous n'avez pas prévu de passer 30 min avec ce patient aujourd'hui. Il est inutile de montrer des signes d'exaspération qui renforceront le patient sur l'idée que vous ne l'écoutez pas et qui l'inciteront à donner plus de détails. Après explicitation du problème par le patient, il est possible de mettre un terme à la consultation en reformulant la demande du patient.

Différer la suite de l'entretien clinique

« Je ne pensais pas que cette consultation prendrait tant de temps. Si vous êtes d'accord, je vous propose que l'on puisse se revoir prochainement afin de pouvoir poursuivre l'entretien et réaliser l'examen clinique. Est-ce que le... vous convient ? »

- La complexité de la douleur chronique nécessite une évaluation précise des différentes composantes médico-psychosociales et cela demande, de façon

incontestable, de savoir (pouvoir) prendre le temps en consultation. L'examen clinique est souhaitable dès la première consultation. Après un premier contact, qui permet de juger de la complexité de la plainte, il paraît licite de proposer un deuxième rendez-vous rapproché.

- En attendant, donner des échelles d'auto-évaluation, à remplir au domicile par exemple (questionnaire ANAES).
- Nous disposons actuellement de documents écrits sous forme de livrets que l'on peut remettre au patient pour pouvoir en discuter lors de la consultation suivante. On peut également faire tenir un journal de bord de la douleur, mentionnant l'intensité des douleurs, les activités réalisées, le traitement en cours... Ce journal sert ainsi de base de discussion et cette autoévaluation a déjà vertu thérapeutique.

Utiliser des formulations positives

« L'examen clinique et les différents examens d'imagerie que vous m'avez montrés sont rassurants. Je pense que nous allons pouvoir trouver une solution à cette situation, mais cela va nous demander un peu de temps. »

- Le patient entend de façon sélective. En effet, son attention et sa concentration sont modifiées par la douleur. Des formules simples et tournées positivement l'aideront à adhérer au traitement.
- « *Que savez-vous déjà faire pour diminuer votre douleur ?* » (Mots croisés, télévision, musique...).



Conclusion

La qualité de la relation établie avec le médecin (plus que la durée des entretiens), va permettre au patient de dépasser sa plainte pour l'orienter vers des solutions. Toute douleur persistante doit conduire le praticien à rechercher des facteurs d'entretien et les traiter. Cette approche préventive devrait permettre d'éviter le développement de syndromes douloureux chroniques beaucoup plus difficiles à traiter et chronophages.

Quelques erreurs à éviter

- Disqualifier la plainte.
- Réagir au comportement douloureux du patient.
- Montrer son exaspération.
- Ne pas prendre le temps minimal.

Les mots clés

- Écoute bienveillante
- Empathie
- Différer un entretien
- Prendre le temps
- Consultations rapprochées multiples
- Autoévaluation du patient

Le patient multi-exploré et traité

**“Il n’y a
plus rien à faire,
docteur !”**

La situation

Madame A, 58 ans, souffre de douleurs fessières depuis plusieurs années. Le diagnostic retenu est celui de volumineux kystes de Tarlov situés sur les racines L5, S1 et S2 qui érodent en partie le sacrum. Elle a consulté de nombreux chirurgiens qui ont réfuté la chirurgie. Elle a déjà reçu de nombreux traitements et est demandeuse d’une nouvelle IRM « pour voir ». Elle voudrait un traitement radical car en a assez de prendre des médicaments qui finissent par « l’intoxiquer ». Elle a consulté un radiologue qui lui propose de refaire des infiltrations des kystes, ce qui n’avait pas apporté d’amélioration au préalable.

Quels sont les enjeux ?

Le premier enjeu est que la patiente « lasse » les médecins et qu’elle se sente alors abandonnée par eux. Le second est le risque d’escalade des explorations et des traitements agressifs, ou des essais de techniques hasardeuses non validées.



Les points clés à développer

Rassurer le patient sur l'origine des douleurs et leur évolution

« Nous connaissons le mécanisme de vos douleurs. Il n'y a pas lieu de multiplier les examens complémentaires "pour voir". Il sera toujours temps de pratiquer de nouvelles explorations si un changement intervenait dans vos douleurs. »

Il faut rassurer sur l'avenir et rechercher une peur non encore exprimée qui entre-tiendrait le cercle vicieux (cancer, risque de paralysie...).

Expliquer la différence entre guérir et soulager

« Vous savez qu'on ne peut envisager de traitement radical de la cause de vos douleurs. Il est cependant possible de vous aider à améliorer vos douleurs et vos capacités. »

Les patients sont souvent réticents à la prise au long cours de médicaments et craignent pour leur santé future. Quelques consignes sont à rappeler : choisir un traitement adapté au mécanisme de la douleur, à son intensité, à ses horaires permet, à terme, d'avoir une consommation raisonnable.



Comment s'y prendre ?

Reconnaître l'existence des lésions en relativisant leur impact et mettre un terme aux explications inutiles

« Vous avez effectivement de volumineux kystes de Tarlov qui sont probablement en partie responsables de vos douleurs. Nous comprenons mieux pourquoi vous souffrez. Toutefois, un de mes patients, qui a des lésions similaires, parvient à mener une vie active satisfaisante. On peut garder ses kystes et moins souffrir. »

Des explications concernant la notion d'absence de parallélisme anatomoclinique sont nécessaires.

Cette étape est indispensable pour valider l'expérience douloureuse de la patiente tout en l'orientant vers la possibilité d'un avenir différent (suggestion positive).

Rechercher des facteurs d'entretien ou d'aggravation des douleurs

Il convient de rechercher les facteurs d'entretien de la douleur : croyances erronées, comportements inopérants, peur du mouvement, peur de la douleur, repli, insomnie, anxiété, dépression, conflits avec l'entourage...

Revoir les traitements antérieurs et proposer une alliance thérapeutique

« Je comprends que vous ayez déjà eu de nombreux traitements et que vous auriez souhaité autre chose. Il me paraît cependant indispensable, tout au moins au début de votre prise en charge, de reprendre quelques médicaments contre la douleur afin que la mise en place des autres mesures thérapeutiques soit plus confortable. »

Le patient finit par se décourager, en a assez de prendre des médicaments insuffisamment efficaces.

- Reprendre précisément les modalités de prise des traitements antérieurs (posologie, horaire, durée de prise, efficacité) et les mesures associées (rééducation, relaxation, sophrologie, hypnose...).
- Expliquer l'intérêt du traitement prescrit : *« Il n'est pas bon de laisser vos douleurs sans les calmer pour plusieurs raisons : la première étant que "plus de douleur fait plus de douleur". La deuxième raison est que la persistance des douleurs finit par retentir sur le moral et risque de vous déprimer. »* En effet, le système nerveux va réagir à ses douleurs en se modifiant (plasticité neurologique). Or, ces modifications vont aller dans le sens d'une facilitation des douleurs (sensibilisation centrale) rendant plus difficile le traitement.



- Expliquer le maniement des antalgiques afin de pallier les pics douloureux
- S'appuyer sur les motivations du sujet et ce qu'il aime faire. Établir un programme réaliste et réalisable de reprise des activités. Recherchez les craintes et les convictions sous-jacentes, les propos de l'entourage mal compris. Savoir respecter la vitesse du patient.



Conclusion

Le médecin est parfois confronté à des situations qui le renvoient à son impuissance. Il faut savoir arrêter la course aux examens complémentaires qui entretiennent le patient dans l'idée qu'un traitement radical existe. Aider le patient à mieux vivre est un projet thérapeutique aussi stimulant que de pouvoir obtenir la guérison.

Quelques erreurs à éviter

- Être alarmiste, insister sur les lésions.
- Poursuivre les examens pour se rassurer sans conséquence thérapeutique.
- Ne pas informer le patient de la réalité clinique.
- Dire qu'il n'y a plus rien à faire.
- Donner un traitement insuffisant ou non adapté aux douleurs (douleurs neuropathiques).

Les mots clés

- **Empathie**
- **Reconnaître la gravité de la situation**
- **Proposer une alliance thérapeutique**
- **Objectifs réalistes et réalisables**
- **Absence de parallélisme anatomoclinique**

Prescrire tout de suite ou attendre ?

***“J’ai besoin
de comprendre
avant de vous donner
un traitement”***



La situation

Monsieur T, 43 ans, ingénieur souvent en déplacement, consulte pour des lombalgies chroniques sur discopathie banale. Il est pressé d’en finir avec les douleurs. Il a attendu son rendez-vous pendant un mois et ne peut plus rester ainsi. Les douleurs ont assez duré, vous êtes le spécialiste. Il vous demande un traitement efficace tout de suite.



Quels sont les enjeux ?

Les enjeux concernent la compréhension par le patient de la douleur chronique pour laquelle il n’y a ni traitement miracle, ni traitement minute. Le patient doit accepter le temps nécessaire d’évaluation qui permet ensuite la mise en place d’une prise en charge globale, adaptée à son cas. Il faut l’aider à modifier sa vie quotidienne et professionnelle.

Les points clés à développer

Évaluation

« Vous souffrez depuis longtemps. Les douleurs qui durent sont complexes à traiter. Elles ont entraîné des conséquences que nous devons prendre en compte dans le traitement. J'ai besoin de temps pour évaluer tout cela. De plus, avant de vous prescrire un médicament, j'ai besoin de savoir précisément quelles ont été l'efficacité et la tolérance des médicaments précédents. »

- L'évaluation est une étape thérapeutique majeure. Le patient comprend alors les enjeux de la douleur dans sa vie (enjeux psychologiques, communication avec l'entourage, gestion des activités...).
- Ses activités et intérêts sont évalués afin de définir un traitement personnalisé
- Le patient se sent écouté, reconnu et valorisé, ce qui a un effet thérapeutique.

Reformulation des attentes de résultat immédiat

« Si une douleur persiste, c'est parfois parce que des lésions perdurent, mais c'est aussi souvent parce que l'on a des comportements, des croyances ou des attentes de résultat inadaptés. »



- Le traitement de la douleur persistante ne se résume pas à un médicament (exemple de l'infection bactérienne guérie par un antibiotique). En effet, il s'agit d'une douleur inutile, due à des facteurs multiples, qui agit comme une fausse alarme pour l'organisme et a tendance à l'autoentretien.
- Expliquer qu'on ne peut pas renverser de façon immédiate ce type de « mémoire douloureuse ».



Comment s'y prendre ?

Ne pas se mettre en échec

« Je comprends que vous soyez pressé d'aller mieux. Cependant, vous souffrez depuis longtemps et l'on sait que dans ce cas les médicaments ont une efficacité moins constante. Votre traitement consistera en une association de moyens, qui comprend les médicaments mais pas uniquement. »

- La prescription immédiate est source d'échec. En effet, l'efficacité des médicaments est variable et inconstante : lors de la consultation suivante, le patient aura toujours mal et sera également déçu. Il se sentira en échec et mettra le médecin en position d'échec.
- Le patient attend tout d'un traitement unique. Il convient de lui expliquer qu'aucun traitement unique ne peut supprimer ses douleurs.
- Expliquer nos attentes (position du médecin) avec les médicaments : pas de suppression complète de la douleur mais une diminution et une utilisation mieux adaptée des médicaments.
- L'aider à changer de paradigme (situation passive d'attente en position active) afin d'être plus autonome.

Donner rapidement d'autres outils non médicamenteux

« En dehors des médicaments, il existe d'autres stratégies efficaces pour lutter contre la douleur. »

- Proposer selon les cas : les agents physiques, les médicaments coantalgiques (antidépresseurs, antiépileptiques), la reprise de l'activité physique avec réentraînement à l'effort, la relaxation, l'hypnose, la neurostimulation, la psychothérapie...
- Prendre le temps d'expliquer clairement les effets attendus et les modalités de chaque technique.
- Ne pas faire de surpromesses ; l'efficacité dépend de la façon dont le patient s'approprie les outils.
- Laisser du temps au patient pour décider entre deux consultations.

Créer un partenariat

« *Le traitement de la douleur persistante se rapproche d'un régime amaigrissant. Le médecin fait des recommandations mais l'efficacité dépend de la mise en application de celles-ci.* »

- L'aide du patient est nécessaire pour que le traitement fonctionne. La façon dont il va prendre les médicaments, gérer ses activités, va conditionner la réussite du traitement.
- Ce que le patient fait en dehors des consultations est le plus important pour son traitement.

Conclusion

Afin d'éviter l'échec dans cette situation, il faut rassurer sans se précipiter. Aider le patient à s'autoévaluer puis à construire un programme individualisé en lui donnant de l'espoir et des réponses techniques.

Quelques erreurs à éviter

- Répondre immédiatement à la demande.
- Entretenir le patient dans une situation passive (prescription de massages...).
- Ne pas expliquer la complexité de la douleur chronique.
- Ne pas expliquer les attentes réalistes lors de la prescription d'un médicament.
- Faire des surpromesses.
- Demander des changements radicaux et irréalistes.

Les mots clés

- Évaluer
 - Rassurer
 - Outils thérapeutiques
 - Contrat
 - Adaptation
 - Changements réalistes
- 

Comment bien/mal vendre un médicament

“Essayez toujours, on verra bien...”

La situation

Mademoiselle S, 24 ans, étudiante, souffre d'une chondropathie rotulienne depuis 6 mois. Elle se dit très gênée même au repos. Elle a déjà pris de nombreux antalgiques, au coup par coup, à faibles doses. Elle a arrêté le tennis mais souhaite « au moins » être soulagée dans la vie courante, ne serait-ce que lorsqu'elle se rend à ses cours.

Quels sont les enjeux ?

L'enjeu majeur est la gestion des accès douloureux et la prévention de la chronicisation des douleurs dans cette situation.

Les points clés à développer

Expliquer le risque de passage à la chronicité

« Les douleurs qui persistent entraînent des conséquences qui entretiennent la douleur (insomnie, incapacité, peur de l'avenir...). Lorsque le traitement initial est insuffisant, les douleurs risquent de se maintenir, voire de s'aggraver du fait de ce cercle vicieux. »

- Les mécanismes d'entretien de la douleur sont nombreux : les tensions et les contractions musculaires, l'attention qui met la douleur au centre des préoccupations du patient, l'anxiété, la démoralisation, l'insomnie, la fatigue...

- La prévention du passage à la chronicité passe par la compréhension de ces phénomènes par le patient et par l'efficacité du traitement initial.

Prescrire en favorisant l'effet placebo

« J'ai l'habitude d'utiliser ce produit. Il est tout à fait adapté à votre situation. »

- L'effet d'un médicament dépend à la fois de l'effet pharmacologique mais aussi de l'effet placebo (tout ce qui accompagne la prescription et la prise). L'effet placebo est alors un effet non spécifique complémentaire, bien utile dans la prise en charge de la douleur.
- L'effet placebo dépend de multiples facteurs (la maladie, le malade, le médicament...) mais aussi et surtout du comportement du soignant. La façon dont le médecin présente le produit est majeure ; « l'art et la manière de prescrire ». Son pouvoir de persuasion est fort, surtout si s'instaure une confiance et que des explications sont fournies. Ainsi, l'efficacité du traitement (produit actif et non l'utilisation d'un « produit placebo ») sera meilleure.



Comment s'y prendre ?

Évaluer les modalités des prises médicamenteuses antérieures

« Comment avez-vous pris le médicament que vous a prescrit votre médecin à la dernière consultation ? »

- Les médicaments agissent moins bien quand le niveau de douleur est élevé et, de plus, il faut tenir compte de leur délai d'action. C'est pourquoi, attendre le dernier moment pour prendre le médicament aggrave l'escalade de la douleur.
- L'intervalle des prises doit correspondre à la demi-vie pharmacologique dans l'organisme.
- La durée de traitement doit être suffisante avant d'en évaluer l'efficacité.

Expliquer la meilleure façon d'optimiser un traitement médicamenteux

« Afin de soulager la douleur et d'éviter que celle-ci perdure, il est important de prendre les médicaments selon certaines modalités. »

- La régularité des prises permet d'éviter les accès douloureux et de diminuer finalement le nombre de médicaments.
- Il est souhaitable de prendre un médicament préventivement et cela nécessite d'avoir bien compris l'usage que l'on en fait.



- Le médicament doit être pris de façon systématique, préventive, à horaires fixes, à la bonne dose, tous les jours.
- Rendre le patient autonome dans la gestion des médicaments (crises douloureuses, rechutes).

Favoriser l'observance

« Je vous prescris ce médicament car il est efficace et que vous pouvez le prendre facilement en une seule prise par jour. »

- Pour une bonne observance, il est important d'informer clairement le patient et d'instaurer un dialogue. En effet, il est souhaitable de prendre aussi en compte les désirs (forme galénique...) et les contraintes (activité professionnelle...) du patient.
- La conviction du bien-fondé de la prescription du médecin améliore l'observance et l'effet placebo.
- Un traitement court, peu de médicaments associés (moins de trois), une ordonnance claire, peu coûteuse et bien rédigée favorisent l'observance.



Conclusion

L'étape initiale indispensable dans cette situation est d'évaluer les causes des échecs antérieurs des prises médicamenteuses. Ensuite, l'important est d'expliquer les modalités d'utilisation des médicaments pour prévenir la chronicité.

Quelques erreurs à éviter

- Prescrire sans expliquer.
- Ne pas évaluer les traitements antérieurs.
- Ne pas prendre en compte les souhaits du patient.
- Disqualifier un traitement dès la prescription.
- Ne pas tenir compte des réticences du patient pour un produit.
- Traiter à la demande.

Les mots clés

- Évaluer les échecs antérieurs
- Expliquer
- Favoriser l'effet placebo et l'observance
- Privilégier un traitement antalgique par anticipation

Changer de paradigme pour trouver des solutions

***“Personne ne sait de
quoi je souffre et on me
traite sans comprendre.
Je veux guérir !”***

La situation

Monsieur L, 45 ans, souffre d'une douleur de la fesse droite depuis 5 ans. Il a déjà consulté de nombreux médecins (rhumatologue, médecin du sport, ostéopathe) et pratiqué de nombreux examens complémentaires (biologie à la recherche d'un syndrome inflammatoire, radiographie, scanner, IRM...). Aucun diagnostic spécifique n'a été jusqu'à présent retenu et les différents traitements essayés ont été des échecs (antalgiques, rééducation, infiltration de la sacro-iliaque). Monsieur L est inquiet de cette situation et souhaite un nouvel avis.

Quels sont les enjeux ?

L'enjeu principal est de lever le doute concernant le diagnostic. L'anxiété liée à cette situation ne peut qu'aggraver la douleur. Même en absence de diagnostic précis, il faut pouvoir amener le patient à accepter cette situation et à regarder l'avenir.



Les points clés à développer

Rassurer le patient et lui donner la définition de la douleur proposée par l'Association internationale d'étude de la douleur (IASP)

« Il est bien établi actuellement que l'on peut souffrir d'une douleur sans qu'aucune cause ne soit identifiée. La douleur est définie comme étant une expérience sensorielle et émotionnelle désagréable en rapport avec une lésion réelle, potentielle, ou décrite en termes d'une telle lésion. »

Bien que le tableau clinique soit rassurant, les médecins consultés craignent de passer à côté de quelque chose de grave. Devant l'insistance du patient, les médecins prescrivent pour se rassurer aussi et entretiennent le cercle vicieux de la douleur. La crainte du médecin rejoint celle du patient.

Nous ne sommes actuellement pas en mesure de comprendre toutes les causes des douleurs. Mais on peut rassurer le patient sur l'absence de diagnostic péjoratif sous-jacent.

Rechercher les facteurs cognitifs et comportementaux qui peuvent entretenir la douleur

« Quelles sont les activités que vous ne réalisez plus et pourquoi ? Que se passe-t-il si vous les entreprenez de nouveau ? Est-ce la douleur qui vous arrête ? Est-ce une gêne ou une difficulté à réaliser cette tâche ? »

- De nombreux facteurs ont été incriminés dans l'aggravation ou l'entretien des douleurs. Il faut parfois de nombreuses consultations pour comprendre ce qui est en jeu. On peut les diviser arbitrairement en facteurs comportementaux (peur du mouvement par peur de la douleur qui entraîne, à terme, un déconditionnement physique), facteurs psychologiques (anxiété, croyance cachée, dépression, conflits au sein de la famille ou de l'entourage proche) et facteurs sociaux (revenus paradoxaux, conflit avec l'employeur, procédure de licenciement, litige...). Une fois ces facteurs identifiés, il faut pouvoir en discuter avec le patient sans le disqualifier.
- Aider toute démarche de comportement bien portant en expliquant l'absence de bénéfice à long terme des comportements douloureux (se faire aider tout le temps, rechercher la solution à l'extérieur, utiliser des traitements passifs...).
- Prendre le temps et différer une prise en charge prématurée. Le patient peut n'avoir aucun « intérêt » à aller mieux tout de suite (avant son jugement pour définition d'une incapacité permanente partielle, par exemple).



Comment s'y prendre ?

Valider l'existence de la douleur et recadrer

« Vos douleurs évoluent depuis de nombreuses années et ne semblent pas s'être modifiées. De plus, tous les examens que vous avez déjà pratiqués sont

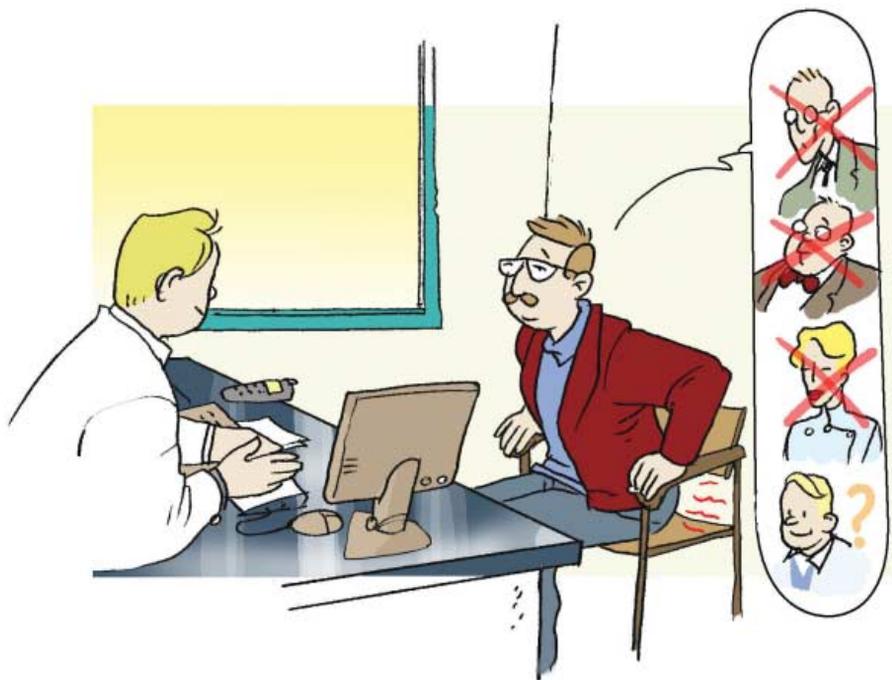
très rassurants. On pourrait envisager de faire de nouveaux examens qui seront probablement identiques aux précédents. En revanche, je vous propose d'envisager la situation sous un autre angle. »

- L'examen clinique complet et détaillé est un moment crucial de la consultation. Cela permet de rassurer le patient sur vos intentions : vous croyez à sa douleur et tentez d'apporter un éclairage clinique nouveau. Il faut ensuite prendre le temps de regarder les examens complémentaires et de les commenter le cas échéant.
- Rassurer le patient sur la cause de ses douleurs ; le tableau clinique est parfaitement rassurant, les examens complémentaires également.
- Il existe des douleurs pour lesquelles aucune lésion n'est décelable dans la limite de la technologie d'aujourd'hui. Certaines douleurs peuvent persister après résolution du problème initial (douleur mémoire).

Savoir écouter et interroger le patient sur des craintes cachées

« Craignez-vous que cela soit plus grave qu'on ne vous l'a dit ? Avez-vous peur pour votre avenir ? »

- Il arrive parfois que des douleurs similaires aient été révélatrices de maladie grave (cancer) chez un proche du patient ou que le patient ait des craintes sur son avenir fonctionnel.
- Penser à poser la question afin d'instaurer une relation de confiance.



Aider à la résolution de problèmes

« Comment faire pour aller mieux ? »

- Éviter le pourquoi et centrer le traitement sur le comment faire, comment gérer (*coping*). La recherche d'une cause est souvent incompatible avec l'amélioration clinique.
- Proposer sans urgence, après quelques consultations, un traitement adapté. Celui-ci comprend des médicaments (en insistant sur des prises régulières, en prévision des efforts, à dose adaptée), une reprise des activités physiques (kinésithérapie si besoin, sport pratiqué au préalable) régulières et à dose croissante, un renforcement des comportements adaptés à la douleur (automassage, physiothérapie antalgique, loisirs) et des cognitions adaptées (diversion de la douleur, renforcement de l'autoefficacité...). Chaque situation « problématique » pourra faire l'objet d'une analyse approfondie. Le traitement s'appuie sur les ressources du patient (motivations, savoir-faire...), assorties de conseils pratiques (gestion des médicaments, gestion du temps...).



Conclusion

Certains patients souffrent de douleurs importantes et invalidantes alors que l'examen clinique et les examens complémentaires ne donnent aucune orientation étiologique évidente. Des craintes non exprimées (parfois presque délirantes) peuvent rendre compte du caractère persistant d'une douleur et de sa résistance au traitement. Des thérapeutiques, centrées sur la solution plutôt que sur le pourquoi, permettent d'aider le patient.

Quelques erreurs à éviter

- Montrer sa propre inquiétude.
- Avoir un abord médical classique « trouver la cause et la traiter ».
- Ne pas croire à la douleur du patient ou en minimiser l'impact.
- Ne pas évaluer le rôle des émotions.
- Ne pas questionner le patient sur le travail fait en thérapie.
- Rechercher une cause à tout prix.

Les mots clés

- Valider la douleur
- Relation de confiance
- Approche globale du patient
- Recadrage
- Comment faire pour aller mieux ?

Les antidépresseurs chez le douloureux chronique : pourquoi et comment ?

***“Je ne suis pas fou,
docteur !”***

La situation

Monsieur T, 75 ans, vous est adressé pour douleur de la face antérieure du genou droit, apparue quelques mois après un remplacement prothétique pour gonarthrose. Son chirurgien, content par ailleurs du résultat fonctionnel, ne peut rien faire pour lui. Les douleurs sont évocatrices de douleurs neuropathiques postopératoires. Elles sont aggravées par le stress. Madame T se plaint que son mari est de plus en plus irritable et qu'il ne veut même plus sortir l'après-midi. Son médecin traitant lui a déjà prescrit un antidépresseur « léger » mais Monsieur T « n'est pas fou » et ne veut pas en entendre parler.

Quels sont les enjeux ?

Les enjeux sont de faire accepter le traitement par antidépresseurs. En effet, les douleurs neuropathiques sont de traitement difficile. Celui-ci fait appel en priorité aux antidépresseurs tricycliques et aux antiépileptiques associés aux mesures locales. De plus, ces douleurs sont fortement influencées par l'état thymique du patient (stress, anxiété, dépression). Or, la douleur chronique peut être responsable d'un état dépressif, qui va aggraver les douleurs. Toute la discussion se fait ici sur la posologie de l'antidépresseur : à faible dose (à visée antalgique) ou à forte dose (à visée antidépressive).

Les points clés à développer

Expliquer le mécanisme de la douleur et sa relation avec les émotions

« Je pense que vos douleurs sont liées à la lésion d'un petit nerf de la peau au cours de l'intervention chirurgicale. Pouvez-vous me dire ce qui accroît les douleurs et ce qui permet de les diminuer ? Avez-vous remarqué si, lorsque vous êtes énervé, les douleurs changent ? Ou, au contraire, quand vous êtes calme et détendu ? »

- Les patients rapportent parfois spontanément le stress ou la colère comme facteurs d'aggravation des douleurs. Cela rend l'explication plus facile. Le témoignage de l'entourage peut être important pour permettre au patient cette prise de conscience.
- Il faut également aborder la possibilité d'une dépression que l'on rencontre souvent chez les patients souffrant de douleur persistante. L'absence de traitement approprié de la dépression diminue les chances d'améliorer les patients.



Rechercher un syndrome dépressif

« Est-ce que depuis que vous avez ses douleurs il y a des choses que vous ne faites plus comme avant ou moins souvent ou avec moins de plaisir ? Pour ma part je vous trouve un peu triste. »

L'épouse du patient rapporte quelques éléments pouvant faire évoquer un syndrome dépressif. Il convient de rechercher les autres composantes de la dépression : aboulie, troubles du sommeil (insomnie matinale ou hypersomnie), perte de l'appétit et diminution de la libido.



Comment s'y prendre ?

Bien examiner et interroger le patient

- Reconnaître l'existence d'une douleur neuropathique : elles sont souvent décrites à type de fourmillement, de chaleur, de décharge électrique et sont associées à des anomalies de l'examen neurologique (hypoesthésie, allodynie...), dans un territoire neurologique plus ou moins bien systématisé.
- Insister sur le bon résultat fonctionnel de la chirurgie qui est un point positif et devrait permettre de reprendre une autonomie satisfaisante.
- Utiliser les échelles d'autoévaluation de la douleur neuropathique (questionnaire DN4) et du retentissement émotionnel (échelle HAD pour anxiété et dépression).

Expliquer la particularité des douleurs neuropathiques et leur traitement

« Le type de douleurs que vous avez n'est pas bien traité par les médicaments antalgiques classiques. Comme elles sont liées à des lésions des nerfs, il faut utiliser des médicaments qui agissent sur les nerfs. Actuellement, nous disposons de certains médicaments comme les antidépresseurs et les antiépileptiques qui sont efficaces. Avez-vous déjà eu ce type de traitement ? »

Ne pas oublier de compléter la prise en charge par des techniques non médicamenteuses : rééducation, physiothérapie à visée antalgique, relaxation, voire psychothérapie de soutien, stimulation électrique (TENS)...

Insister sur l'existence du syndrome dépressif qui justifie de modifier la posologie de l'antidépresseur

« Monsieur, j'ai l'impression que vos douleurs ont fini par vous décourager et que votre moral n'est pas très bon. J'aimerais bien pouvoir vous donner un traitement qui puisse vous remonter le moral et qui traite en même temps les douleurs. Avez-vous déjà pris un antidépresseur ? »

Les patients se défendent souvent d'être déprimés « *je n'ai pas le moral à cause des douleurs* » et il n'est pas toujours facile de leur prescrire un antidépresseur.

Il faut cependant impérativement informer le patient d'une telle prescription. Il faut également l'alerter des effets secondaires attendus et rester disponible pour répondre à ses questions en début de traitement. Enfin, le suivi (balance efficacité/effets indésirables) doit être régulier. Après traitement du syndrome dépressif, il faut poursuivre l'antidépresseur à posologie antalgique et réévaluer régulièrement son intérêt.

Conclusion

Les douleurs neuropathiques sont une indication à la mise en place d'un traitement par antidépresseurs. Une explication détaillée des atouts et des inconvénients d'un tel traitement permettra de lever la plupart des résistances des patients. Comme dans toute douleur chronique, l'antidépresseur ne résume pas la prise en charge qui doit être plurimodale.

Quelques erreurs à éviter

- Ne pas faire le diagnostic d'une douleur neuropathique.
- Ne pas dire qu'il s'agit d'un antidépresseur, ne pas préciser les effets selon la dose.
- Ne pas expliquer le but du traitement.
- Ne pas faire le diagnostic d'un syndrome dépressif.
- Négliger les autres thérapeutiques.

Les mots clés

- Douleur neuropathique
 - Rôle des facteurs émotionnels
 - Buts d'un traitement antidépresseur (action duelle des antidépresseurs)
 - Prise en charge plurimodale
- 

Et la relaxation ?

**“Je suis nerveuse,
docteur !”**

La situation

Madame M, 38 ans, souffre de dorsalgies chroniques depuis 2 ans. Les douleurs se sont aggravées il y a 2 mois à l'occasion d'un surmenage professionnel. La patiente dit avoir des troubles du sommeil récents à l'endormissement car elle a mal, mais aussi, avoue-t-elle, parce qu'elle craint de faire des erreurs à son travail. Son nouveau chef est perfectionniste et regarde toujours les détails. Elle dit se sentir très nerveuse.

Quels sont les enjeux ?

Les enjeux sont le risque d'un cercle vicieux de la douleur, qui était jusque-là assez bien supportée et qui, à l'occasion d'un événement stressant, décompense. Les douleurs s'aggravant, une insomnie est apparue.

Les points clés à développer

Apprendre à identifier l'aggravation des douleurs par le stress

« **Avez-vous remarqué si certaines contrariétés aggravent vos douleurs ?** »

- Il est parfois difficile d'identifier les sensations physiques douloureuses liées ou aggravées par le stress (douleurs habituelles, céphalées, douleurs abdominales, tachycardie...).
- La première étape est que la patiente prenne conscience de l'influence de certaines situations sur l'état douloureux.
- La douleur est aggravée lors des situations de stress par le biais de la contraction musculaire.

- Par ailleurs, un état « d'hypervigilance » par focalisation de l'attention favorise et aggrave les douleurs.

Intérêt de la relaxation pour le contrôle de la douleur

« La relaxation permet de diminuer les pics douloureux induits par les situations qui vous stressent. »

- La relaxation permet d'améliorer les douleurs, les contractions musculaires, les sensations de tension nerveuse, l'insomnie, la fatigue. Elle permet aussi de se préparer aux situations difficiles.
- Gérer le stress s'apprend en changeant son comportement et en apprenant à réagir de façon adaptée aux situations stressantes. Gérer le stress n'est pas l'éviter.
- Il s'agit d'une stratégie thérapeutique à part entière, que la patiente peut s'approprier, et grâce à laquelle elle devient autonome.



Comment s'y prendre ?

Apprentissage de la technique

« La relaxation et l'apprentissage de la respiration sont des techniques que l'on peut apprendre grâce à un entraînement progressif quotidien. »

- Au début, choisir un moment adapté, un lieu calme, sans être dérangé, allongé confortablement et prévoir au moins quinze minutes.
- Utiliser un support audio et suivre les instructions du support.
- L'objectif est de travailler sur la respiration et la détente qui s'accompagnent de signes tels que le relâchement musculaire, un état de calme, un ralentissement de la fréquence respiratoire.
- Ensuite, il faut progressivement faire la relaxation sans support.



Utilisation de la relaxation dans la vie quotidienne

« L'intérêt de la relaxation est de pouvoir utiliser la technique dans la vie courante, de façon brève, dès qu'une tension, une contraction ou une situation stressante se présentent. »

- Faire la relaxation assise puis debout.
- Faire la relaxation dans la vie courante (transports, salles d'attente, files d'attente...).
- Faire des contractions-détente.
- Apprendre à faire des pauses « relaxation », régulièrement dans la journée.
- Utiliser la relaxation pour favoriser l'endormissement.

Pièges de la relaxation

« Il y a quelques notions à connaître lorsque l'on apprend la relaxation. »

- Au départ ne pas s'entraîner dans les moments où la douleur est la plus forte.
- Si des pensées viennent distraire la relaxation, cela n'a pas d'importance, revenir à la relaxation sans se donner tort.
- Apprendre à sentir les sensations de détente afin de les expliquer en consultation.
- Trop attendre de la relaxation au départ ; il s'agit d'un entraînement progressif.
- Chercher à « bien faire », savoir si c'est « réussi ».
- Ne pas se décourager, reprendre le lendemain.



Conclusion

Le traitement de la douleur passe aussi par la gestion du stress, qui est un facteur majeur d'aggravation et d'entretien. La technique nécessite un apprentissage progressif grâce auquel le patient devient autonome. L'objectif de la relaxation thérapeutique est de l'appliquer dans toute situation de douleur et/ou de stress. Les difficultés rencontrées lors de sa mise en œuvre doivent être expliquées et gérées au fur et à mesure avec le patient.

Quelques erreurs à éviter

- Griller les étapes d'explications avant de proposer la technique.
- Ne pas connaître les pièges de la relaxation.
- Ne pas avoir de correspondant si on ne maîtrise pas la technique.
- Aller trop vite.
- Disqualifier la technique par méconnaissance.

Les mots clés

- Relation stress/tension musculaire/douleur
- Apprentissage
- Gestion des émotions
- Préparation aux situations stressantes
- Utilisation dans la vie courante

Bouger malgré la douleur

**“Bouger ?
C’est facile à dire,
docteur !”**

La situation

Monsieur T, 42 ans, souffre de lombalgie commune depuis 3 ans. Il était très sportif et a tout arrêté sur les conseils de son médecin traitant. Il le regrette beaucoup. Il a pourtant essayé de reprendre le tennis mais, chaque fois, les douleurs s’aggravent de façon insupportable pendant plusieurs jours. Il dit qu’il ne peut plus rien faire au plan physique.

Quels sont les enjeux ?

Le premier risque est l’aggravation de la douleur. En effet, le repos peut calmer la douleur à court terme mais il l’aggrave à long terme. Le second risque est le déconditionnement à l’effort, avec la perte progressive des capacités musculaires et cardiopulmonaires.

Les points clés à développer

**Expliquer le cercle vicieux
inactivité physique/
déconditionnement physique/douleur**

« Avez-vous remarqué si vos capacités physiques ont diminué depuis le début de vos douleurs ? »

- L’évitement des activités aggrave la situation en augmentant la peur de la



douleur et du mouvement. Un cercle vicieux s'installe, qui entraîne des comportements de protection.

- L'enraidissement musculaire et la perte progressive des capacités physiques favorisent la douleur au moindre effort.

Expliquer les grands principes d'une réactivation physique

« Le mouvement est nécessaire lorsque l'on souffre de douleur persistante. Cependant, la reprise d'une activité physique doit se faire selon certains principes pour être efficace. »

- Le mouvement, l'activité physique sont utiles contre la douleur.
- Favoriser le bon sens et les sensations du patient.
- Expliquer que bouger n'aggrave pas les lésions.
- Ce n'est pas l'activité qui aggrave les douleurs mais la façon de faire cette activité (qualité et quantité).
- Les exercices se font malgré la douleur mais ne doivent pas l'augmenter.
- Il faut cependant arrêter tout exercice passif, inutile sur le long terme (massages, physiothérapie...). Le patient doit donc être actif.
- Ne pas « contre-indiquer » systématiquement certains exercices mais les adapter (nage sur le ventre, marche en terrain accidenté...).
- Faire les exercices régulièrement pour assouplir et renforcer les muscles.

- Apprendre à planifier les efforts et le repos.
- Choisir une activité physique qui fait plaisir.
- S'entraîner avec plaisir.
- Utiliser les aides techniques en complément (chaleur...).



Comment s'y prendre ?

Apprentissage du reconditionnement à l'effort

« Vous devez apprendre à augmenter progressivement votre niveau d'activité physique comme le ferait un grand sportif qui reprend son entraînement. »

- Il faut se mettre en situation de réussite et débiter par des activités faciles à réaliser, de courte durée.
- Se préparer à l'exercice (position, respiration).
- Faire une quantité donnée, prévue à l'avance, et respecter ce quota (en dessous des limites de la douleur).
- Faire des gestes corrects.
- Avoir des objectifs motivants.
- Se ménager des pauses récupératrices.
- Fractionner les séances est plus profitable que des séances longues et moins fréquentes.
- Prévoir une augmentation progressive de la durée des exercices, toujours en dessous du seuil d'aggravation des douleurs.

Gestion des efforts dans la vie courante

« L'intérêt du travail musculaire fractionné est qu'on peut le transposer à toutes les situations de la vie quotidienne (faire ses courses, porter des objets, faire une activité ménagère répétitive...). »

- Adapter les exercices à la vie quotidienne (travailler les accroupissements afin de se baisser plus facilement...).
- Apprendre à utiliser les mêmes principes (fractionner les activités ménagères en plusieurs fois sur la semaine...).
- Programmer à l'avance des moments de repos de courte durée pendant la journée.
- Encourager toutes les activités.

Pièges de la reprise des activités physiques

« Même si vous vous sentez bien, il ne faut pas dépasser le quota prévu. »

- Dépasser les quantités prévues dans le programme parce que l'on se sent en forme.
- Forcer, puis ne rien faire.
- Vouloir trop en faire et se mettre en échec.



Conclusion

Le traitement de la douleur passe par la reprise des activités physiques. Celles-ci doivent être adaptées à chaque patient, programmées, fractionnées, avec des périodes récupératrices. Une augmentation progressive des exercices peut ensuite être proposée. Il s'agit de s'entraîner avec plaisir, sans avoir peur d'avoir mal ni de se faire mal.

Quelques erreurs à éviter

- Oublier d'expliquer que bouger est utile.
- Contre-indiquer toute activité physique.
- Aller trop vite.
- Ne pas détailler les exercices avec le patient.
- Proposer des activités que le patient ne fera pas.
- Ne pas expliquer pourquoi on commence par des exercices faciles.
- Ne pas analyser les erreurs du patient qui l'empêchent de progresser.
- Ne pas avoir de correspondant kinésithérapeute bien formé au réentraînement à l'effort.
- Ne pas expliquer aux correspondants les objectifs poursuivis.
- Arrêter les activités physiques à la première difficulté avec son patient.

Les mots clés

- Travail actif
- Alternance repos/activité
- Fractionnement
- Augmentation progressive
- Activités de plaisir



© Brain Storming SAS

122, avenue du Général Leclerc
75014 Paris

redaction@editions-scientifiques.com

Directeur des publications : Dr Pierrick Couturier
Conception graphique, mise en pages : Jacques Michel
Illustrations : Thierry Duchesne
Coordination et suivi technique : Sophie Petit
Relecture : Manuella Montanary

ISBN : 2-915442-26-0

Imprimé en UE - Dépôt légal : janvier 2006

DÉFENSE D'AVOIR MAL ! DÉFENSE D'AVOIR MAL !

DAFALGAN 1G

PARACÉTAMOL

1G

RECOMMANDÉ EN 1^{ère} INTENTION DANS LES DOULEURS D'ARTHROSE DU GENOU (1) ET DE LA HANCHE (2)

DAFALGAN 1G

PARACÉTAMOL

VRAIMENT PAS MAL !



DAFALGAN 1g, comprimé pelliculé. COMPOSITION : Paracétamol 1g pour un comprimé pelliculé. Excipients : Hypromellose, Povidone, croscarmellose sodique, cellulose microcristalline, bêhénate de glycérol, stéarate de magnésium, silice colloïdale anhydre, pelliculage : OPADRY OY-S-38901 (hypromellose, dioxyde de titane, propylène glycol), laque aluminée d'indigotine q.s.p. un comprimé pelliculé. **DONNÉES CLINIQUES :** **Indications thérapeutiques :** Traitement symptomatique des douleurs d'intensité légère à modérée et/ou des états fébriles. **Posologie et Mode d'administration :** Mode d'administration : Voie orale. Avaler le comprimé tel quel avec une boisson (par exemple, un verre d'eau, lait, jus de fruit). **Posologie :** Cette présentation est réservée à l'adulte et à l'enfant à partir de 50 kg (à partir d'environ 15 ans). La posologie unitaire usuelle est de 1 comprimé à 1 g, à renouveler en cas de besoin au bout de 4 heures minimum. Il n'est généralement pas nécessaire de dépasser 3 g de paracétamol par jour, soit 3 comprimés par jour. Cependant, en cas de douleurs plus intenses, la posologie maximale peut être augmentée jusqu'à 4 g (4 comprimés) par jour. Toujours respecter un intervalle de 4 heures entre deux prises. CTJ : 0,22 € à 0,87 €. **Doses maximales recommandées :** voir "mises en garde". Fréquence d'administration : Les prises systématiques permettent d'éviter les oscillations de douleur ou de fièvre : - Chez l'adulte, elles doivent être espacées de 4 heures minimum. **Insuffisance rénale :** En cas d'insuffisance rénale sévère (clairance de la créatinine inférieure à 10 ml/min), l'intervalle entre deux prises sera au minimum de 8 heures. La dose de paracétamol ne devra pas dépasser 3 g par jour, soit 3 comprimés. **Contre-indications :** Hypersensibilité au paracétamol ou aux autres composants. Insuffisance hépatocellulaire. **Mises en garde spéciales et précautions particulières d'emploi :** **Mises en garde :** Pour éviter un risque de surdosage, vérifier l'absence de paracétamol dans la composition d'autres médicaments. Chez l'adulte et l'enfant de plus de 50 kg : LA DOSE TOTALE DE PARACÉTAMOL NE DOIT PAS EXCÉDER 4 GRAMMES PAR JOUR (voir § "Surdosage"). **Interactions avec d'autres médicaments et autres formes d'interactions :** **Interactions avec les examens paracliniques :** La prise de paracétamol peut baisser le dosage de l'acide urique sanguin par la méthode à l'acide phosphotungstique et le dosage de la glycémie par la méthode à la glucose oxydase-peroxydase. **Grossesse et allaitement :** **Grossesse :** Les études effectuées chez l'animal n'ont pas mis en évidence d'effet tératogène ou foetotoxique du paracétamol. En clinique, les résultats des études épidémiologiques semblent exclure un effet malformatif ou foetotoxique particulier du paracétamol. En conséquence, le paracétamol, dans les conditions normales d'utilisation, peut être prescrit pendant toute la grossesse. **Allaitement :** A doses thérapeutiques, l'administration de ce médicament est possible pendant l'allaitement. **Effets indésirables :** Quelques rares cas de réactions d'hypersensibilité à type de choc anaphylactique, œdème de Quincke, érythème, urticaire, rash cutané ont été rapportés. Leur survenue impose l'arrêt définitif de ce médicament et des médicaments apparentés. De très exceptionnels cas de thrombopénie, leucopénie et neutropénie ont été signalés. **Surdosage :** L'intoxication est à craindre chez les sujets âgés et surtout chez les jeunes enfants (surdosage thérapeutique ou intoxication accidentelle fréquente) chez qui elle peut être mortelle. **Symptômes :** nausées, vomissements, anorexie, pâleur, douleurs abdominales apparaissant généralement dans les 24 premières heures. Un surdosage, à partir de 10 g de paracétamol en une seule prise chez l'adulte et 150 mg/kg de poids corporel en une seule prise chez l'enfant, provoque une cytolyse hépatique susceptible d'aboutir à une nécrose complète et irréversible se traduisant par une insuffisance hépatocellulaire, une acidose métabolique, une encéphalopathie pouvant aller jusqu'au coma et à la mort. Simultanément, on observe une augmentation des transaminases hépatiques, de la lactate-déshydrogénase, de la bilirubine et une diminution du taux de prothrombine pouvant apparaître 12 à 48 heures après l'ingestion. **Conduite d'urgence :** Transfert immédiat en milieu hospitalier. Prélèver un tube de sang pour faire le dosage plasmatique initial de paracétamol. Evacuation rapide du produit ingéré, par lavage gastrique. Le traitement du surdosage comprend classiquement l'administration aussi précoce que possible de l'antidote N-acétylcystéine par voie IV ou voie orale si possible avant la 10^{ème} heure. Traitement symptomatique. **PROPRIÉTÉS PHARMACOLOGIQUES :** **Propriétés pharmacodynamiques :** Antalgique, antipyrétique N (Système nerveux central). **AUTRES ANALGESIQUES ET ANTIPYRÉTIQUES ATC : N02BE01. Propriétés pharmacocinétiques :** **Absorption :** L'absorption du paracétamol par voie orale est complète et rapide. Les concentrations plasmatiques maximales sont atteintes 30 à 60 minutes après ingestion. **Distribution :** Le paracétamol se distribue rapidement dans tous les tissus. Les concentrations sont comparables dans le sang, la salive et le plasma. La liaison aux protéines plasmatiques est faible. **Métabolisme :** Le paracétamol est métabolisé essentiellement au niveau du foie. Les deux voies métaboliques majeures sont la glycoconjugaison et la sulfoconjugaison. Cette dernière voie est rapidement saturable aux posologies supérieures aux doses thérapeutiques. Une voie mineure, catalysée par le cytochrome P450, est la formation d'un intermédiaire réactif (le N-acétylbenzoquinone imine), qui, dans les conditions normales d'utilisation, est rapidement détoxifié par le glutathion réduit et éliminé dans les urines après conjugaison à la cystéine et à l'acide mercaptopyruvique. En revanche, lors d'intoxications massives, la quantité de ce métabolite toxique est augmentée. **Élimination :** L'élimination est essentiellement urinaire. 90 % de la dose ingérée est éliminée par le rein en 24 heures, principalement sous forme glycoconjuguée (60 à 80 %) et sulfoconjuguée (20 à 30 %). Moins de 5 % est éliminé sous forme inchangée. La demi-vie d'élimination est d'environ 2 heures. **Variations pharmacocinétiques :** **Insuffisance rénale :** en cas d'insuffisance rénale sévère (clairance de la créatinine inférieure à 10 ml/min), l'élimination du paracétamol et de ses métabolites est retardée. **Notes :** la capacité de conjugaison n'est pas modifiée. **DONNÉES PHARMACÉUTIQUES - 361 588-3 :** 8 comprimés sous plaquettes thermoformées (PVC/ALU) : 1,74 €. Ramb. Séc. Soc. à 65 % - Collect. : -564 115-2 : 100 comprimés sous plaquettes thermoformées (PVC/ALU). Modèle hospitalier - Collect. Bristol-Myers Squibb 3, rue Joseph Monier BP 325 92506 Rueil-Malmaison cedex - Information Médicale / Pharmacovigilance : Tél (n° Azur) 0810 410 500 -  Bristol-Myers Squibb
fax : 01.58.83.66.98 - DATE DU TEXTE : Avril 2005.

2520597