

# « Docteur, ce n'est pas dans ma tête, j'ai vraiment mal »

par Pierre Verrier

Comment aborder efficacement un patient souffrant de douleur chronique ? L'intégration d'un modèle multifactoriel s'avère un outil précieux et nous oblige à abandonner une approche dichotomique réductionniste.

Le clinicien se doit de dépister et de traiter précocement toute comorbidité psychiatrique et viser une amélioration du fonctionnement tant physique que psychosocial plutôt que de se concentrer sur la disparition de la douleur.

## La nécessité d'un modèle bio-psycho-socioculturel

Le patient atteint de douleur chronique et persistante a souvent le sentiment de ne pas être compris. Il évoque des sensations douloureuses, adopte un comportement spécifique, et présente des limitations fonctionnelles significatives. S'il manifeste de l'émotivité ou une dysphorie, il prend la peine de bien nous préciser qu'elle est secondaire à la douleur qu'il n'arrive plus à soulager et qui gâche son existence. Il se montre très réticent à la moindre insinuation quant à l'influence des émotions sur sa douleur. Il perçoit ses réactions émotionnelles comme la conséquence de sa douleur chronique (détresse psychologique).

Cependant, le clinicien se questionne souvent sur le rôle des facteurs psychologiques dans les symptômes du patient. Cette question « cause ou conséquence » crée un véritable dilemme<sup>1</sup> et est souvent source d'impasse thérapeutique et d'incompréhension, surtout si le clinicien s'appuie sur une dichotomie réductionniste. « Je n'objective pas de lésion, c'est psychique ». Bien que le modèle biomédical soit utile, malgré ses limites, à la compréhension de la douleur aiguë, en termes de nociception et d'atteinte physique, (« avec ce type de lésion, je peux m'attendre à telle intensité de dou-

leur »), ce modèle s'avère désuet et inefficace pour rendre compte de la complexité de la douleur chronique et persistante.

Le lien de causalité, facilement reconnaissable en présence d'une douleur aiguë, s'imbrique, en cas de douleur chronique, dans une série de facteurs qui complexifient la compréhension du vécu et du comportement douloureux (description vague de la douleur, incapacité de bien en décrire l'emplacement, utilisation de termes ayant des connotations émotionnelles, présence de symptômes psychologiques).

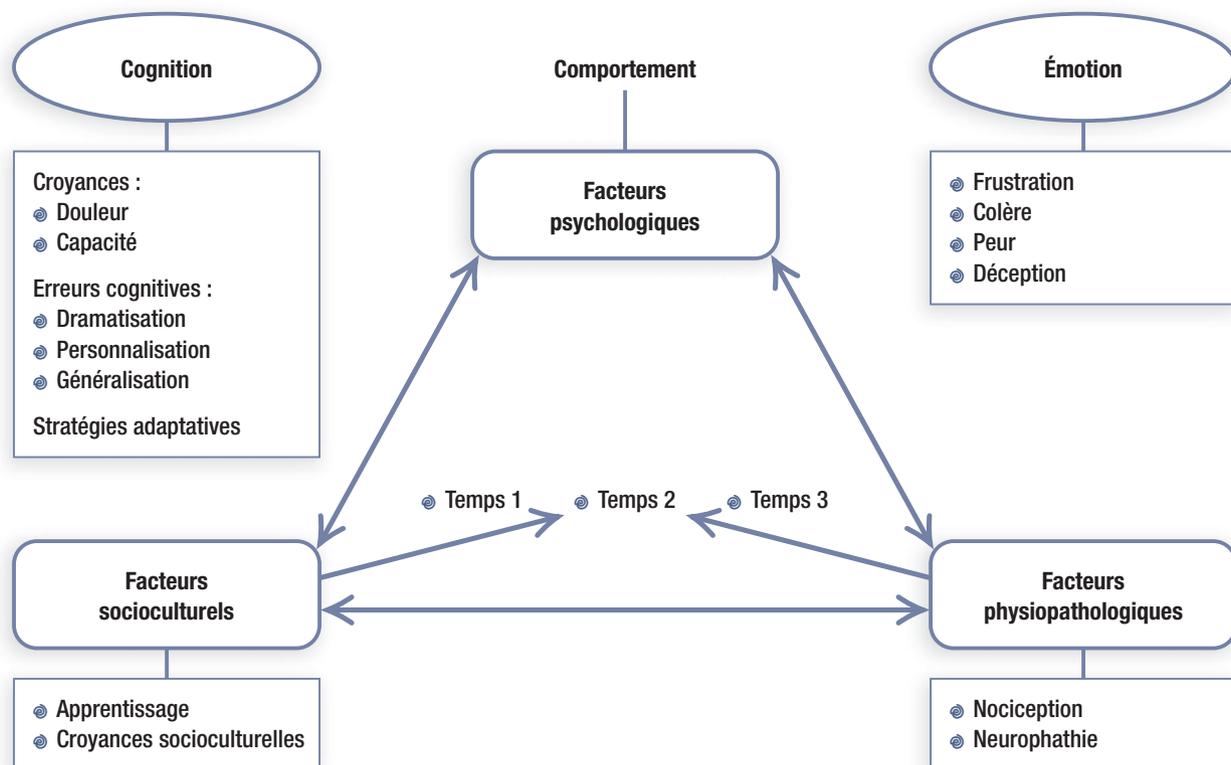
Les recherches récentes proposent les notions de plasticité neuronale, de neuromodulation avec système d'activation et d'inhibition par l'intermédiaire de différents neurotransmetteurs, de la participation des structures cortico-frontales comme modulation d'expression de douleur, etc. Toutes ces nouvelles données ont encouragé l'IASP (*International Association for the Study of Pain*) à définir officiellement la douleur non pas seulement comme une « expérience sensorielle mais aussi émotionnelle... ».

Si nous voulons comprendre la douleur chronique et persistante, il est nécessaire d'adopter un modèle bio-psycho-socioculturel, c'est-à-dire un modèle qui intègre autant les facteurs biologiques (nociception) que des facteurs psychologiques ou socioculturels. Ces différents facteurs interagissent dynamiquement les uns avec les autres pour influencer la perception et l'expression de la douleur, comme le propose par le modèle de Chapman<sup>3</sup> (voir la figure, page 54).

On remarque que les facteurs physiopathologiques

Le Dr Pierre Verrier, psychiatre et chef du Service de médecine psychosomatique et de consultation-liaison de l'Hôpital Sacré-Cœur de Montréal, exerce également à l'Hôpital Saint-Luc (CHUM).

Perspective biopsychosociale de la douleur chronique



Traduit et adapté de Chapman CR, Nakamura Y, Flores LY, Chronic Pain and Consciousness: A Constructivist Perspective. Dans : Gatchel RJ, Turk DC, rédacteurs, *Psychosocial Factors in Pain: Critical Perspectives*. New York : Guilford Press, 1999. p. 43.

expliquant la nociception interagissent avec les facteurs psychologiques, soit émotionnels, comportementaux, socio-culturels ou cognitifs pour influencer l'expression de la douleur. Il faut se rappeler que la douleur est une entité extrêmement subjective et fortement codée au niveau culturel. Par exemple, des émotions comme la peur, la colère ou la déception, viennent moduler l'expression de la douleur, tout comme les fausses croyances ou les erreurs cognitives (pensée catastrophique : « Je suis certain que cette douleur traduit la présence d'un cancer incurable » ou « Je vais devenir paralysé à plus ou moins brève échéance ») vont susciter diverses émotions et modifier la perception, l'expression de la douleur et le comportement douloureux<sup>2</sup>.

Un autre exemple de style de comportement, soit l'adoption constante et prolongée de la mise au repos, qu'on considère parfois comme thérapeutique en présence de douleur

aiguë, devient contre-productive en cas de douleur chronique et persistante, et favorise un déconditionnement physique et l'apparition de différentes sensations, telles les douleurs articulaires et musculo-squelettiques qui en découlent.

Une autre dimension qu'il ne faut pas négliger est la temporalité que Chapman divise en trois temps. Le facteur « temps » est un vecteur important, qui vient brouiller les repères biomécaniques, souvent utiles en présence de douleur aiguë. De plus, la durée d'une douleur influence le pronostic compte tenu de notre intervention. Ainsi, les chances de réadaptation sont nettement supérieures lorsqu'il s'agit de six mois comparativement à 24 mois de douleur chronique. Après une longue période, le patient ainsi que son entourage ont adopté des comportements et des croyances qui maintiennent la douleur et encouragent l'identification à un rôle de malade.

La prise en considération de ces différents facteurs constitue, sans aucun doute, un défi pour le clinicien et milite en faveur d'une approche interdisciplinaire.

## **Douleur chronique et psychopathologie**

### **Éternel dilemme de l'œuf et de la poule : lequel vient en premier ?**

La douleur chronique entraîne souvent une détresse psychologique et une diminution de la qualité de vie. Gatchel<sup>3</sup> a développé un modèle conceptuel en trois stades nous permettant de mieux comprendre la transition de la douleur aiguë à la douleur chronique et persistante et la détresse psychosociale qui l'accompagne. Lorsque la douleur devient chronique, Gatchel affirme que les patients sont confrontés à des changements psychologiques significatifs produisant différents problèmes comportementaux et psychologiques, au-delà de l'expérience douloureuse en elle-même.

Ainsi, au stade 1 du modèle de Gatchel, sont associées les réactions émotionnelles normales, comme la peur, l'anxiété et les préoccupations face à l'avenir, qui sont aussi des conséquences de la douleur durant la phase aiguë. Si la douleur persiste au-delà d'une période normale, soit de deux à quatre mois, le patient se trouve au stade 2. Ce stade est associé à des réactions psychologiques et comportementales plus problématiques, comme la perte de l'espoir de trouver un soulagement, une détresse psychologique plus significative, une dysphorie, une colère et une somatisation, qui sont les conséquences de souffrir d'une douleur chronique. À ce moment-là, d'après Gatchel, l'expression de la douleur et ses répercussions psychologiques dépendraient largement des caractéristiques psychologiques prémorbides ou de la personnalité de départ de l'individu ainsi que du contexte socio-économique ou environnemental. La douleur devient une sorte de révélateur des zones de vulnérabilité de l'individu. Ce stade s'appuie sur une perspective de diathèse de stress, où le stress de vivre avec une douleur chronique et persistante exacerbe les caractéristiques préexistantes de l'individu, vulnérabilise les systèmes de défense psychologique, etc.

Et si la douleur ou les différentes complications persistent, la vie de l'individu se cristallise autour du vécu douloureux. Ainsi, lorsqu'il est au stade 3, l'individu adopte certaines caractéristiques reliées au rôle de malade. Une fois ce rôle de malade accepté, le patient est excusé des responsabilités normales et sociales, reçoit souvent des compensations, ce qui peut l'inciter à persister dans sa maladie.

Ce modèle milite en faveur de la double investigation du malade, c'est-à-dire d'une meilleure compréhension de la nature médicale du problème, assortie du désir de comprendre son désarroi, mais aussi de la prise en considération des antécédents psychologiques et sociaux de cette personne. Pour qu'une telle approche donne de bons résultats, il faut d'abord gagner la confiance du malade et le rassurer sur le fait que notre investigation psychosociale ne met pas en péril la reconnaissance de son vécu douloureux. Cela nous oblige à quitter le paradigme de la dichotomie corps-psyché et de faire le deuil d'une causalité linéaire (cause ou conséquence). On doit mettre au second plan l'éternel dilemme de l'œuf et de la poule, lorsqu'on cherche à définir le rôle des facteurs psychologiques comme cause ou conséquence de la douleur, et proposer une approche globale qui prendra en considération autant les facteurs biologiques que les aspects psychosociaux<sup>4</sup>. Qu'il s'agisse d'une cause ou d'une conséquence, il faut s'occuper activement de la sphère psychosociale. Voici comment on peut présenter le problème au patient : « Si j'explore votre réaction émotionnelle, c'est parce que notre expérience clinique nous enseigne que la personne qui souffre de douleur chronique connaît une grande détresse psychologique qui engendre parfois un sentiment d'impuissance tant chez le patient que chez ses proches. Je crois que vous avez réellement mal et je souhaite explorer tous les facteurs pour pouvoir améliorer votre qualité de vie. ». Avec certains malades plus sceptiques, il est opportun de préciser que nous ne croyons pas que leur douleur soit imaginaire.

### **Limites de la classification du DSM**

Selon l'IASP, le DSM est peu utile pour la compréhension du vécu douloureux. Il faut remarquer que ce n'est que depuis 1980, soit lors de la publication du DSM-III, que la classification psychiatrique prend davantage en ligne de compte la douleur. Par la suite, de nombreuses modifications ont été apportées à chaque nouvelle version du DSM. En 1980, on parlait de douleur psychogène, dénomination qui n'a pas été retenue, car elle sous-entend une vue dichotomique. En 1987, on retenait la notion de douleur somatoforme et, finalement, en 1994, on qualifiait le diagnostic de trouble douloureux avec présence ou non de facteurs psychologiques et physiques. Toutes ces modifications traduisent les difficultés de proposer une classification pragmatique, utile au clinicien, et d'éviter une référence à une causalité psychogénétique. Pour l'IASP, toute

## T A B L E A U I

### DSM-IV et douleur

#### Troubles douloureux (catégorie des troubles somatoformes)

- Trouble douloureux associé à des facteurs psychologiques (307.80)
- Trouble douloureux associé à des facteurs mixtes (facteurs psychologiques et troubles médicaux) (307.89) :
  - aigu : < 6 mois
  - chronique : ≥ 6 mois
- Trouble douloureux associé à un trouble médical (catégorie médicale).

56 douleur a une composante psychologique, affective et comportementale. Actuellement, le DSM-IV-R, quant à lui, propose de classer la douleur sous l'entité des troubles somatoformes, si le clinicien soupçonne la participation de facteurs psychologiques. Deux sous-catégories sont alors possibles, soit le trouble douloureux associé à des facteurs psychologiques (307.80), soit le trouble douloureux associé à des facteurs mixtes, c'est-à-dire que l'on retrouve la présence de facteurs psychologiques en présence de troubles médicaux identifiables (307.89). On recourt à une catégorie médicale lorsque les facteurs psychologiques ne semblent pas y jouer un rôle significatif. La classification du DSM (*tableau I*) propose également de distinguer la douleur aiguë de la douleur chronique, où aiguë < six mois et chronique ≥ six mois. Cependant, l'identification des facteurs psychologiques demeure problématique et hautement subjective. Une telle classification maintient malgré tout une dichotomie corps-psyché, qui ne rend pas compte du modèle interactif et dynamique proposé par Gatchel. Ainsi, l'IASP fait des pressions pour créer dans le DSM une entité spécifique pour la douleur, comme celle

proposée pour les troubles du sommeil, évitant ainsi de la faire entrer dans la catégorie des troubles somatoformes.

### Douleur chronique et comorbidité psychiatrique

De nombreuses études ont documenté une forte association entre la douleur chronique et la psychopathologie. Il y a de nombreuses raisons d'identifier précocement la présence d'une psychopathologie, car elle peut augmenter l'intensité de la douleur, aggraver le dysfonctionnement et l'invalidité et entraver le déroulement du programme de réadaptation. Par exemple, l'anxiété peut diminuer le seuil de la douleur et la tolérance. L'anxiété et la dépression ont été associées à l'aggravation des symptômes médicaux. La dépression, quant à elle, a été associée à une baisse du taux de réussite thérapeutique et, finalement, la détresse émotionnelle a été liée aux symptômes physiques à travers l'éveil autonome, la vigilance et la mésinterprétation ou l'amplification somatique. Selon Dersh<sup>5</sup>, les troubles psychiatriques les plus fréquents sont : les troubles dépressifs, les troubles anxieux, les troubles somatoformes, les troubles de dépendance, les troubles d'adaptation et, finalement, les troubles de personnalité (*tableau II*).

### Douleur chronique et trouble dépressif

Le trouble dépressif est la psychopathologie qu'on rencontre le plus souvent chez la personne souffrant de douleur chronique. Le lien entre la douleur chronique et la dépression est complexe et c'est celui qui a été le plus étudié. La dépression est souvent une complication de la douleur chronique. De plus, elle abaisse le seuil de la douleur et la tolérance à la douleur, perturbe les mécanismes d'adaptation (*coping*).

La douleur chronique est un facteur de risque de dépression, particulièrement chez les personnes qui ont des antécédents dépressifs personnels ou familiaux.

Plusieurs études (Banks<sup>6</sup>, Fishbain<sup>7</sup>, Katon<sup>8</sup>, Simon<sup>9</sup>) ont porté sur la question de la causalité, pour finalement se

**Pour l'IASP, toute douleur a une composante psychologique, affective et comportementale.**

**Il y a de nombreuses raisons d'identifier précocement la présence d'une psychopathologie, car elle peut augmenter l'intensité de la douleur, aggraver le dysfonctionnement et l'invalidité et entraver le déroulement du programme de réadaptation.**

confronter au dilemme de l'œuf et de la poule (cause ou conséquence). Par contre, toutes les études s'entendent pour noter une prévalence élevée des troubles dépressifs (de 34 à 57 %) chez les patients atteints de douleur chronique. En général, on observe une dépression majeure dans 8 à 50 % des cas, et plus de 75 % d'entre eux peuvent répondre aux critères d'une dysthymie. La variabilité de la prévalence s'explique en partie par les différences méthodologiques et par les spécificités des populations étudiées. De telles données militent en faveur d'un dépistage systématique de toute comorbidité dépressive. On retient que les patients ayant une diathèse personnelle et (ou) familiale de troubles dépressifs sont plus à risque de développer précocement une dépression que ceux chez lesquels cette diathèse n'existe pas. Une telle constatation permet de considérer la douleur comme un facteur de stress non spécifique qui peut activer une vulnérabilité déjà présente. D'autres études indiquent que le risque de dépression augmente avec le nombre de douleurs. Ainsi, lorsqu'une personne souffre d'une douleur unique spécifique, la prévalence est relativement similaire à celle rencontrée dans la population générale, alors que chez la personne qui souffre de plusieurs douleurs, le risque est multiplié par quatre.

Le diagnostic d'un état dépressif n'est pas toujours facile. Il n'est pas rare que le patient qui souffre de douleur présente certains éléments dépressifs, tels que dysphorie, limitations physiques, perte d'intérêt ou troubles du sommeil. Par contre, on doit se rappeler que pour diagnostiquer le trouble dépressif majeur, cinq des neuf critères proposés doivent être remplis. Les symptômes de nature psychologique (démoralisation, dévalorisation, culpabilisation) peuvent nous aider à mettre en évidence un syndrome dépressif majeur.

### Troubles anxieux et douleur chronique

Les troubles anxieux sont également très fréquents. En général, on constate des exacerbations d'un trouble d'anxiété généralisée qui évoluait à bas bruit. Les incertitudes liées à l'avenir font ressurgir les multiples inquiétudes typiques au trouble d'anxiété généralisée.

Dans un contexte d'accident à caractère traumatique, c'est-à-dire un accident qui a pu impliquer des morts ou de graves blessures menaçant l'intégrité physique, il faut envisager la présence d'un état de stress post-traumatique (ESPT) et rechercher les symptômes cardinaux, comme souvenirs ou rêves répétitifs et envahissants, éveil autonome dans les situations rappelant l'accident, évitement,

T A B L E A U II	
<b>Douleur chronique et comorbidité psychiatrique (prévalence, par ordre décroissant)</b>	
<b>Troubles dépressifs</b>	
<b>Troubles anxieux</b>	
•	Trouble d'anxiété généralisée
•	État de stress post-traumatique
<b>Troubles somatoformes</b>	
•	Hypocondrie
•	Trouble de somatisation
•	Trouble douloureux
<b>Troubles reliés à la consommation de substances</b>	
•	Abus d'alcool ou dépendance à l'alcool
•	Dépendance aux narcotiques
<b>Troubles de personnalité</b>	

émoussement émotionnel.

Dans un grand nombre de publications scientifiques, on mentionne que les antécédents d'abus physiques ou sexuels dans l'enfance constituent un facteur de risque de somatisation et même de trouble douloureux (fibromyalgie, douleur pelvienne, syndrome de l'intestin irritable, etc.). La prévalence marquée de l'ESPT (de 10 à 35 %)<sup>5</sup> milite pour un dépistage précoce et l'amorce d'un traitement qui prend en considération cette dimension dans le plan de traitement du trouble douloureux.

### Troubles somatoformes et douleur chronique

Le DSM a créé en 1980 la catégorie de troubles somatoformes pour prendre en considération et regrouper les présentations somatiques qui ne sont pas complètement expliquées par une affection médicale et pour lesquelles des facteurs psychologiques sont jugés déterminants. On y retrouve des entités bien connues, comme le trouble de conversion et l'hypocondrie. Concernant la douleur, le DSM offre deux possibilités diagnostiques pour prendre en considération les facteurs psychologiques. Selon le critère B du DSM, ces derniers doivent jouer un rôle important dans le déclenchement, l'intensité, l'aggravation ou la persistance de la douleur. Comme nous l'avons mentionné

## T A B L E A U III

### Syndromes douloureux répondant favorablement à la médication psychotrope

- Céphalées migraineuses
- Céphalées dites de tension
- Dystrophie sympathique réflexe, syndrome régional complexe
- Douleur du membre fantôme
- Douleur neuropathique secondaire à un traumatisme
- Névralgie post-herpétique
- Douleur centrale
- Neuropathie diabétique
- Polyneuropathie

58

plus haut, cette classification (*tableau I*) est jugée insatisfaisante aux yeux de l'IASP, car toute douleur implique une réaction psychologique, et une telle classification laisse une trop grande place à la subjectivité du clinicien. Certaines études épidémiologiques ont trouvé une prévalence-vie élevée (34 %) du trouble douloureux somatoforme au sein de la population générale bien qu'une détresse significative associée à la douleur motivant une consultation médicale n'ait été présente que chez un tiers des sujets.

Le clinicien doit demeurer vigilant face aux patients ayant un trouble de somatisation. Cette maladie chronique (début < 30 ans) souvent maligne, principalement rencontrée chez des femmes, se présente avec différents types de somatisation touchant plusieurs systèmes et nécessitant l'apport de plusieurs consultants. Il n'est pas rare d'y retrouver plusieurs interventions chirurgicales jugées après-coup inutiles et qui ont pu être iatrogènes. Le clinicien doit rechercher les antécédents de somatisation et aborder toute approche interventionniste avec prudence. Il n'est pas rare de déceler chez ces malades des troubles affectifs ou anxieux ainsi que des troubles de personnalité. Ce trouble exige une intervention psychiatrique spécifique. Sa prévalence est peu élevée mais devient plus grande si on se réfère aux critères élaborés par certains auteurs qui proposent une « forme abrégée ».

### Les psychotropes comme agents adjuvants dans le traitement de la douleur chronique

Les analgésiques adjuvants ou co-analgésiques associent plusieurs médicaments de différentes classes pharmacologiques. Tous ont des indications primaires autres que la douleur, mais ils peuvent avoir un effet analgésique dans des circonstances spécifiques. Ces agents n'ont pas un effet direct sur la douleur nociceptive et ne devraient pas être considérés comme un premier choix en cas de douleur aiguë, mais ils sont tous utiles en présence de douleur chronique (*tableau III et IV*).

**Antidépresseurs.** Les antidépresseurs sont les co-analgésiques utilisés le plus fréquemment dans le traitement de certains types de douleur. On a proposé une variété de mécanismes pour expliquer leur efficacité. Certains neurotransmetteurs, tels que la noradrénaline et la sérotonine, influent sur la transmission de la douleur autant au niveau du système nerveux central qu'au niveau périphérique probablement. À l'heure actuelle, nous croyons que les meilleurs antidépresseurs pour traiter la douleur sont ceux qui élèvent les concentrations de noradrénaline et de sérotonine. Un certain nombre d'études ont montré l'efficacité de l'amitriptyline en présence de différents syndromes douloureux. Les autres antidépresseurs tricycliques s'avèrent tout aussi efficaces, et on doit les privilégier parfois pour atténuer les effets secondaires (gain de poids, sédation, effet anticholinergique). D'autres molécules non tricycliques comme la venlafaxine (Effexor®) ont une action spécifique sur ces deux neurotransmetteurs, mais la preuve de leur véritable efficacité doit encore être faite. Des résultats contradictoires concernent les inhibiteurs sélectifs du recaptage de la sérotonine (ISRS) et les autres antidépresseurs n'ont pas encore fait l'objet d'une analyse spécifique rigoureuse.

On cherche également à déterminer si les antidépresseurs ont une action analgésique primaire ou si leur effet est plutôt attribuable à leur effet sur la dépression. La plupart des auteurs reconnaissent que les antidépresseurs ont une action analgésique primaire spécifique. Les antidépresseurs tricycliques sont ceux ayant été le plus documentés.

On administre souvent des antidépresseurs pour soulager les douleurs neuropathiques secondaires au diabète et au zona. Des études ont révélé leur utilité en prophylaxie des céphalées migraineuses. On les utilise également fréquemment pour traiter les insomnies associées aux troubles douloureux.

**Anticonvulsivants.** Les anticonvulsivants sont, eux aussi,

## TABLEAU IV

## Médication psychotrope utilisée dans le traitement des troubles douloureux

Classe	Médication spécifique	Dose	Utilisation clinique
Antidépresseurs	● Principalement, agents tricycliques	● Le plus souvent faible dose ● Parfois dose antidépressive nécessaire ● Attendre deux mois pour observer l'effet optimal.	● Douleur neuropathique ● Migraine ● Fibromyalgie ● Lombalgie
Benzodiazépines	● Clonazépam	● Dose habituelle	● Douleur neuropathique ● Migraine ● Trouble musculo-squelettique
Anticonvulsivants	● Carbamazépine ● Acide valproïque ● Gabapentine	● Dose habituelle	● Douleur neuropathique ● Migraine
Stimulants	● Dextroamphétamine ● Méthylphénidate	● Effet immédiat	● Augmentation de l'effet analgésique des opiacés ? ● Diminutions de la sédation

utilisés pour le traitement de la douleur neuropathique. Par exemple, la carbamazépine est considérée par plusieurs spécialistes comme un agent de première ligne dans le cas de la névralgie du trijumeau. Les anticonvulsivants peuvent agir en supprimant l'excitation neuronale dans la région du neurone atteint. La gabapentine est un médicament largement utilisé dans le traitement de la douleur neuropathique. De plus, ce médicament possède des propriétés anxiolytiques et sédatives qui améliorent le sommeil.

**Benzodiazépines.** Les benzodiazépines ne semblent pas avoir de propriétés analgésiques, à l'exception du clonazépam (Rivotril®) probablement. Elles peuvent modifier l'expérience affective associée à la douleur, et soulager également les tensions musculo-squelettiques par leur action de myorelaxants.

**Stimulants.** Les stimulants incluent les amphétamines et la caféine. Ils sont tous sympathomimétiques et peuvent

potentialiser l'action des opiacés. Il n'est pas clair si leur effet est de longue ou de courte durée. Ils sont parfois utilisés pour contrer la sédation induite par les opiacés.

**Cannabinoïdes.** L'utilisation de la marijuana fait actuellement l'objet de débats. Les cannabinoïdes semblent avoir un effet analgésique mais on mène actuellement des études pour confirmer ces observations. Cet effet est probablement transmis par les récepteurs non opioïdes. Par contre, il ne faut pas en minimiser les effets secondaires tels que la dysphorie, la sécheresse des muqueuses, l'hypotension et la bradycardie. Les résultats obtenus avec les cannabinoïdes synthétiques n'ont pas favorisé leur usage courant.

**L**A DOULEUR CHRONIQUE ET PERSISTANTE constitue un défi pour tous les cliniciens, qui doivent viser davantage une amélioration du fonctionnement tant physique que psychosocial (*care*) que la disparition de la douleur persistante (*cure*). Le clinicien doit également envisager la pré-

**La douleur chronique et persistante constitue un défi pour tous les cliniciens, qui doivent viser davantage une amélioration du fonctionnement tant physique que psychosocial (*care*) que la disparition de la douleur persistante (*cure*).**

sence d'une comorbidité psychiatrique qui pourrait alourdir le tableau clinique et, le cas échéant, la traiter le plus rapidement possible. À cet égard, il doit créer une alliance thérapeutique, faire sentir au patient qu'il le comprend et effectuer une double investigation : médicale et psychosociale. De plus, il doit fixer des objectifs réalistes pour éviter toute attente impossible<sup>10</sup>, cibler certains symptômes et utiliser judicieusement la médication, en évitant une polypharmaco-thérapie injustifiée.

Quant aux médicaments psychotropes, le clinicien peut les utiliser comme adjuvants ou co-analgésiques, même en l'absence de comorbidité psychiatrique. Par contre, si on détecte la présence d'une pathologie psychiatrique, cette dernière devra être traitée spécifiquement selon les standards reconnus dans la littérature (par exemple, en cas de dépression majeure, prescrire un antidépresseur à la posologie qui est reconnue comme efficace en présence de ce trouble).

La douleur chronique constitue un défi pour tous les cliniciens. On devra envisager une plus grande interdisciplinarité tant au niveau clinique qu'au niveau de la recherche pour prendre en considération l'ensemble des facteurs impliqués dans la douleur.

**Date de réception :** le 25 mars 2003.

**Date d'acceptation :** le 5 mai 2003.

**Mots clés :** Douleur chronique, comorbidité psychiatrique, trouble douloureux somatoforme, psychotropes co-analgésiques.

## Bibliographie

1. Gatchel RJ. Psychological disorders and chronic pain. Cause and effect relationships. Dans : *Psychological Approaches to Pain Management*. RJ Gatchel, DC Turk, réd., New York : Guilford Press, 1996.
2. Asmundson GJG, Norton PJ, Norton GR. Beyond pain: the role of fear and avoidance in chronicity. *Clin Psychol Rev* 1999 ; 19 : 97-119.
3. Gatchel RJ, Turk DC. *Psychological Factors in Pain*. New York : Guilford Press, 1999.
4. Engel GL. The need for a new medical model: a challenge for biomedicine. *Science* 1977 ; 196 (4286) : 129-36.
5. Dersh J, et al. Chronic pain and psychopathology: Research findings and theoretical considerations. *Psychosomatic Medicine* 2002 ; 64 : 773-86.
6. Banks SM, Kerns RD. Explaining high rates of depression in chronic pain: a diathesis-stress framework. *Psychol Bull* 1996 ; 119 : 95-110.
7. Fishbain D, Cutler R, Rosomoff H, Rosomoff R. Chronic pain-associated depression: antecedent or consequence of chronic pain? A review. *Clin J Pain* 1997 ; 13 : 116-37.
8. Katon W. The impact of major depression on chronic medical illness. *Gen Hosp Psychiatry* 1996 ; 18 : 215-19.
9. Simon GE, Von Korff M, Piccinelli M, Fullerton C, Ormel J. An inter-

## S U M M A R Y

**“Doctor, I’m not crazy, it really hurts”** Treatment of chronic pain patients requires a multi-factorial model which takes into account bio-psycho-socio-cultural factors. Clinicians must be aware of the necessity of the screening and of the early treatment of common psychiatric co-morbidity found in patients with chronic pain. The treatment must focus particularly on increasing both the physical and psychosocial functioning (care), rather than on curing the pain. Psychotropic medication, such as co-analgesics, could be useful.

**Key words:** Chronic pain, psychiatric co-morbidity, somatoform pain disorder, co-analgesic psychotropic drug.

national study of the relation between somatic symptoms and depression. *N Engl J Med* 1999 ; 341 : 1329-35.

10. Philips HC, Rachmans S. *The Psychological Management of Chronic Pain*, 2<sup>e</sup> éd., New York : Springer Publishing Company Inc., 1996.