

D. Rentsch A.-F. Allaz

Dr Denis Rentsch
Service de psychiatrie de liaison
et intervention de crise
Pr Anne-Françoise Allaz
Service de médecine interne
de réhabilitation
HUG, 1211 Genève 14
denis.rentsch@hcuge.ch
anne-françoise.allaz@hcuge.ch

Rev Med Suisse 2011 ; 7 : 1023-4

PRÉSENTATION CLINIQUE

Vous recevez pour la première fois M^{me} P., patiente de 47 ans, qui se plaint d'avoir «mal partout» depuis plusieurs années. Elle n'a pas d'autre antécédent médical mais a déjà consulté plusieurs confrères qui ne «savaient plus que faire pour l'aider». Un bilan exhaustif orchestré par un rhumatologue n'a «rien montré d'anormal». Les différents traitements antalgiques ont «soit été inefficaces, soit interrompus à cause d'effets secondaires». Elle a grandement réduit ses loisirs et la poursuite de son activité professionnelle semble compromise. Elle «n'en peut plus». Son fils, qui vient de quitter le domicile parental, a insisté pour qu'elle «voie un psy», ce qu'elle remet en question dans la mesure où «tout irait bien si elle n'avait pas mal».

Que pouvez-vous apporter à cette patiente ?

COMMENTAIRE

La souffrance de M^{me} P est sévère même si elle n'a probablement «rien de grave». Pourtant, comme le montre son parcours et comme pour d'autres patients dont l'organicité des symptômes n'est pas clairement démontrable, elle est à risque de devenir apatride dans notre système de soins spécialisés.

La patiente est-elle déprimée ? Il est assez aisé de l'établir sur la base des critères de la Classification internationale des maladies (CIM-10), qui définit la dépression en tant que syndrome (tableau 1). Sa douleur est-elle une cause ou une conséquence de sa dépression ? Il n'est probablement ni possible, ni indispensable de le savoir.¹

La fréquence de la comorbidité entre

Douleurs chroniques et dépression, aller et retour

douleurs chroniques et dépression va bien au-delà de la cooccurrence de ces deux pathologies, elles-mêmes fréquentes. On retrouve en effet dans la littérature que 20 à 50% des patients atteints de douleurs chroniques présentent les critères d'un épisode dépressif majeur. Réciproquement, jusqu'à 50% des patients présentant un épisode dépressif majeur se plaignent de douleurs.

Les liens entre douleurs et dépression sont complexes mais de mieux en mieux documentés.² L'association d'une dépression à un tableau douloureux chronique a un effet délétère sur le nombre de plaintes douloureuses, leur intensité et leur durée mais aussi sur les limitations fonctionnelles, l'absentéisme, le nombre de consultations et d'exams pratiqués. Chercher à identifier et traiter une dépression chez un patient douloureux chronique tombe ainsi sous le sens.³ Réciproquement, s'intéresser à la douleur en présence de dépression est aussi indispensable dans la mesure où la présence de douleurs complexifie le diagnostic et aggrave le pronostic de la dépression.

Une attitude guidée par le respect du symptôme douloureux, reconnu d'emblée comme pénible, associée à une investigation étiologique soignée reste évidemment un bon point de départ de la prise en soins. Cette phase débouche habituellement sur la prescription d'une antalgie médicamenteuse, sans oublier de donner une

bonne place à la physiothérapie qui vise à désamorcer le cercle vicieux du déconditionnement physique et de la peur de la douleur. Pourtant, nombreux sont les patients qui reviennent avec des symptômes inchangés ou avec de nouvelles plaintes liées aux effets secondaires des traitements. D'où l'utilité, dès le début de la prise en soins, de se montrer sensible à la souffrance qui déborde évidemment la seule plainte douloureuse et de dépister la présence éventuelle d'une dépression. Certains patients seront soulagés de l'opportunité donnée d'aborder leur détresse psychique et rapidement motivés à une prise en soins spécifique, idéalement à la fois médicamenteuse et psychothérapeutique. D'autres vivront au contraire les tentatives d'élargissement de la plainte à une souffrance psychique comme une insulte à leur douleur physique, se plaignant de ne pas être pris au sérieux. Référer ces patients pour avis à une consultation multidisciplinaire de la douleur peut être un bon moyen de contourner cet écueil, les différents spécialistes, dont le psychiatre, étant présentés comme complémentaires, en écho aux multiples composantes de la souffrance du patient.

La relation thérapeutique reste l'élément central de la prise en charge mais peut s'avérer particulièrement délicate à établir et à maintenir avec ces patients. La répétition des plaintes mais aussi des échecs de traitements mis en place rappellent les soignants à leurs limites. Il peut en résulter des contre-attitudes pouvant prendre la forme d'un rejet (je ne peux rien pour vous) ou encore d'un interventionnisme teinté d'agressivité, exposant le patient à l'iatrogénie. ■

Tableau 1. Diagnostic d'épisode dépressif selon la CIM-10

- **Abaissement de l'humeur**
- **Diminution de l'intérêt et du plaisir**
- **Réduction de l'énergie**
- Diminution de la concentration et de l'attention
- Diminution de l'estime de soi et de la confiance en soi
- Idées de culpabilité ou de dévalorisation
- Attitude morose et pessimiste face à l'avenir
- Idées ou actes auto-agressifs ou suicidaires
- Perturbation du sommeil
- Diminution de l'appétit

Le diagnostic requiert la présence pendant au moins deux semaines de deux symptômes majeurs (en gras) associés au minimum à deux symptômes mineurs (en non gras).

Bibliographie

- 1 Rentsch D, Piguet V, Cedraschi C, et al. Douleurs chroniques et dépression: un aller-retour. Rev Med Suisse 2009;5:1364-9.
- 2 Bair MJ, Robinson RL, Katon W, Kroenke K. Depression and pain comorbidity. Arch Intern Med 2003; 163:2433-45.
- 3 Farmer Teh C, Zaslavsky AM, Reynolds CF, Cleary PD. Effect of depression treatment on chronic pain outcomes. Psychosom Med 2010;72:61-7.
- 4 Allaz AF. Le messager boiteux: approche pratique des douleurs chroniques. Genève: Médecine et Hygiène, 2003.



Implications pratiques

- ▶ La comorbidité entre douleurs chroniques et dépression est fréquente, avec des effets réciproques négatifs bien documentés. Elle mérite d'être explorée systématiquement, sans a priori sur un éventuel lien de causalité
- ▶ L'investigation des causes du symptôme douloureux doit s'accompagner d'une lecture d'emblée élargie aux diverses facettes de la souffrance, dans un modèle holistique de type biopsychosocial⁴
- ▶ La légitimation de la souffrance est souvent un prérequis à l'établissement d'un lien thérapeutique, indispensable pour avoir le temps et le plaisir d'élaborer la complexité de chaque situation et de mettre en place des traitements spécifiques