



**UNIVERSITÉ
DE LORRAINE**

**BIBLIOTHÈQUES
UNIVERSITAIRES**

AVERTISSEMENT

Ce document est le fruit d'un long travail approuvé par le jury de soutenance et mis à disposition de l'ensemble de la communauté universitaire élargie.

Il est soumis à la propriété intellectuelle de l'auteur. Ceci implique une obligation de citation et de référencement lors de l'utilisation de ce document.

D'autre part, toute contrefaçon, plagiat, reproduction illicite encourt une poursuite pénale.

Contact bibliothèque : ddoc-theses-contact@univ-lorraine.fr
(Cette adresse ne permet pas de contacter les auteurs)

LIENS

Code de la Propriété Intellectuelle. articles L 122. 4

Code de la Propriété Intellectuelle. articles L 335.2- L 335.10

http://www.cfcopies.com/V2/leg/leg_droi.php

<http://www.culture.gouv.fr/culture/infos-pratiques/droits/protection.htm>



**UNIVERSITÉ
DE LORRAINE**

**École doctorale Sociétés,
Langages, Temps,
Connaissances
Laboratoire EPSAM/APEMAC**

Thèse

Présentée et soutenue publiquement pour l'obtention du titre de

DOCTEUR DE L'UNIVERSITE DE LORRAINE

Mention : Psychologie

par Séverine CONRADI

Sous la direction de Professeur Cyril Tarquinio

Traumatisation et chronicisation de la douleur

Soutenue le 06/12/2022

Membres du jury :

Directeur(s) de thèse :	Pr Cyril TARQUINIO	Professeur, Université de Lorraine, Metz
Président de jury :	Pr Marion Trousselard	Professeure, Hôpital des Armées, Val de Grâce
Rapporteurs :	Pr Antoine Bioy	Professeur, Université de Paris 8, Paris
	Pr André Quadéri	Professeur, Université Cote d'Azur, Nice
Examineurs :	Pr Aurélie Gauchet	Professeure, Université Savoie Mont Blanc, Chambéry
Membre invité :	Dr Coraline Hingray	CHRU de Nancy – CPN de Laxou

Remerciements

Par la présente, je tiens à remercier toutes les personnes qui m'ont accompagnées de près ou de loin à cette nouvelle étape de ma vie professionnelle et tout particulièrement ma famille, pour leur aide chacun à leur niveau : Jérôme pour ces compétences en Excel et son soutien continu, mes enfants pour m'avoir laissé suffisamment de temps pour travailler mais aussi pour me ramener toujours à l'essentiel. Ce travail je vous le dédie.

Je tenais également à remercier particulièrement Pr Cyril Tarquinio, pour son accompagnement tout le long de ce travail me permettant de me rendre compte du cheminement du chercheur universitaire et de m'avoir permis de découvrir une littérature et une vision du psychotraumatisme qui m'ont permis de me réimprégner de la psychopathologie.

Je remercie également tous les membres du Jury pour leur participation et leur regard qui me permettront de finaliser ce travail.

Mes pensées vont également tout particulièrement à mes collègues qui à travers nos discussions, nos échanges, nos questionnements m'ont permis de cheminer dans cette réflexion. Ton aide, Mylène, a été bien au-delà de notre amitié et je te remercie pour ta confiance et le partage de tes connaissances, de ton expérience et de ton soutien pour m'aider à finir ce travail. Laure, ta présence et ton soutien, m'apporte beaucoup. Cela était déjà le cas il y a presque 20 ans quand on s'est rencontré, cela l'est toujours en collaborant ensemble. Je remercie également tous les stagiaires, devenus maintenant collègues qui m'ont aidé à cheminer et devoir toujours expliciter ma pensée. Je ne peux citer tout le monde, mais vous êtes tous et toutes en arrière-plan de ce travail.

Je remercie également les membres du comité de suivi de thèse ainsi que tous les co-auteurs des écrits réalisés ces dernières années qui ont été d'une grande aide tout comme la dynamique au sein des doctorants du laboratoire APEMAC. Continuez sur cette voie.

Par ailleurs, je remercie tout particulièrement le comité technique professionnel de la SFETD, et chacun de ses membres présents et passés, pour leur action afin de créer un lieu de ressources et de dynamique sur la clinique psychologique de la douleur. Je leur dois beaucoup et j'espère que nous continuerons à collaborer malgré nos différents référentiels.

Mon parcours professionnel a également été parsemé de collaboration dans différentes structures ou lieux, avec plusieurs médecins et infirmiers, que je ne peux que remercier pour leur patience, leur transmission et leur collaboration malgré nos divergences et nos difficultés parfois à nous comprendre. Cela m'a permis de toujours remettre en cause certaines certitudes supposées mais également argumenter mes connaissances. Ils se reconnaîtront en souriant à ces quelques mots... je leur dois beaucoup et je les remercie pour m'avoir fait découvrir le monde de la prise en charge de la douleur et d'avoir œuvré au développement de la pluriprofessionnalité, si nécessaire en clinique de la douleur.

Evidemment, ce long travail, je le dois surtout aux nombreux patients rencontrés tout au long de ma pratique. En effet, leur cheminement, leur capacité de verbalisation de leur fonctionnement psychique mais également leur capacité à venir questionner nos modèles m'ont permis de prendre conscience de nombreux éléments qui seront présentés dans ce travail. Je remercie particulièrement les personnes qui ont accepté de participer à cette recherche mais également tous ceux qui m'ont amené à devoir aller au-delà de nos cadres théoriques, de nos connaissances pour tenter de comprendre leur situation.

Enfin j'ai une pensée à tous ceux qui sont partis trop tôt ou que je n'ai pas pu connaître comme je l'aurai aimé. Il me rappelle que la vie vaut la peine d'être vécue, dans l'instant présent, dans toutes ses composantes.

Je ne peux terminer ces remerciements sans parler de ma famille, qui dans le quotidien et au-delà des frontières, me démontre leur soutien sans faille, en me voyant quoiqu'il arrive comme la fille, la sœur, la filleule, la marraine, la cousine, la petite-fille qu'il ont connue. Ce rappel de l'histoire, de mes racines, m'a permis de toujours garder le cap face aux épreuves et de redéfinir les priorités, afin de choisir vers quoi je souhaite aller.

Et pour finir, je tiens à remercier Mme Prandhi, professeur de Français au collège Gaston Ramon d'Audun-le-Roman qui a vu en moi ce que personne n'avait vu et m'a montré la voie pour être soi, simplement.

*J'ai la moitié de ma vie encore
Ce sera la meilleure moitié
Car je sais faire les bons efforts
Et prendre la vie et la briller
Prendre la vie et la soulever
Prendre la vie et la déplier
Prendre la vie par la vérité [...]
C'est pas l'espoir qui sauve
Qui guérit (tu peux y croire) C'est l'envie
(Ben Mazué, L'envie, Album Paradis, 2021)*

Sommaire

Introduction	9
Partie 1 : Clarification des concepts	12
1. DOULEUR.....	12
1.1 Histoire des connaissances et définition de la douleur :	13
1.2 Description du phénomène douleur :	16
1.2.1 Composante sensori-discriminative : ce que je sens	16
1.2.2 Composante affective : ce que je ressens	18
1.2.3 Composante cognitive : ce que je pense.....	19
1.2.4 Composante comportementale	20
1.3 Focus neuroplasticité : les processus de modulation de la douleur	22
1.3.1 Le « Gate Control » ou la théorie de la porte	22
1.3.2 Hyperalgésie.....	24
1.3.3 Sensibilisation centrale et périphérique	25
1.3.4 CIDN control inhibiteur diffus nociceptif	27
1.3.5 Modulation psychologique	28
1.4 Focus matrice de la douleur	31
1.5 Douleur maladie ?	35
1.5.1 Les types de douleur	35
1.5.2 Maladie(s) douloureuse(s).....	37
1.6 Psychopathologie de la douleur :	39
1.6.1 Quelques préalables	41
1.6.2 Les 3 domaines d'application en psychopathologie de la douleur.....	44
1.6.2.1 la prise en considération de la souffrance psychique propre à toute problématique de santé : spécificité de la douleur ?.....	48
1.6.2.2 La spécificité de l'expression de douleur en fonction du parcours psycho pathologique du patient et notamment dans le cas de maladies psychiatriques stabilisés ou en phase de déstabilisation.....	51
1.6.2.3 Douleur psy ?.....	53
1.6.2.3.1 Quelques précisions en termes de vocabulaire.....	53
1.6.2.3.2 Du côté des classifications.....	62
1.6.2.3.3 Douleurs à prédominance psychogène.....	63
1.6.2.3.4 Psychopathologie des douleurs à prédominance psychogène	67
2. CHRONICISATION DE LA DOULEUR	71

2.1	Modèle cause-conséquence / modèle de l'engrenage :	72
2.2	Modèle Cognitivo-comportementaux :	73
2.2.1	Biais de catastrophisme :	74
2.2.2	Les peurs liées à la douleur :	76
2.2.3	Triade cognitivo-comportementale.....	77
2.4	Modèle bio-comportemental :	78
2.5	Etude sur la transition de la douleur aiguë à la douleur chronique.....	79
3.	TRAUMA ET TRAUMATISATION	82
3.1	Définition des termes et concept :	82
3.1.1	Psychotraumatisme.....	82
3.1.2	Troubles psychotraumatiques	83
3.1.2.1	Trauma simple : TSP	87
3.1.2.2	Trauma complexe.....	89
3.1.2.2.1	Description clinique	89
3.1.2.2.2	La Théorie de la Dissociation Structurale de la Personnalité (TDSP)	91
3.2	Place du corps dans la clinique du psychotraumatisme :	94
3.3	Traumatisation :	95
4.	Dissociation	97
4.1	Dissociation Définition.....	97
4.2	Les troubles dissociatifs.....	99
4.3	Conception de la Dissociation comme le signe de l'échec de l'intégration	102
4.4	Dissociation somatoforme ?.....	103
5.	Douleur, trauma et traumatisation.....	106
5.1	Trauma et douleur : ébauche d'un modèle de chronicisation	106
5.1.1	TSPT et douleur	106
5.1.2	Modèles en neurosciences du trauma et de la douleur	110
5.1.3	Transition de la douleur aiguë à la douleur chronique en incluant les facteurs traumatiques.....	112
5.2	Dissociation et douleur.....	114
Partie 2 : Problématique : la question de l'évaluation de la traumatisation auprès des personnes présentant des douleur chroniques.....117		
1.	Problématique.....	117
2.	Un cadre pour l'évaluation de la traumatisation	118
2.1	Chronologie trauma et douleur :	119
2.2	La valeur traumatique de la douleur.....	120
2.3	Dissociation et Douleur :.....	122
3.	Discussion méthodologique	122

3.1	<i>Méthodologie quantitative</i>	122
3.1.1	Présentation des outils d'évaluation des problématiques traumatiques	123
3.1.2	Présentation des outils d'évaluation de la dissociation	123
3.1.3	Discussion sur les outils et choix des outils	125
3.2	<i>Méthodes qualitatives</i>	126
4.	Etude observationnelle CHRO-PAIN-DISS	127
4.1	<i>Evaluation psychologique auprès de la population présentant des douleurs chroniques</i>	127
4.2	<i>Design de l'étude</i>	132
4.3	<i>Description des données quantitatives et qualitatives</i>	134
Partie 3 : présentation des résultats CHRO-PAIN-DISS		137
1.	Déroulement de l'étude	137
2.	Présentation des données (statistiques descriptives)	138
2.1	<i>Présentation des populations</i>	138
2.1.1	Population initialement rencontrée	138
2.1.2	Population incluse dans l'étude	140
2.1.3	Population Situations Cliniques Détaillées (SCD)	142
2.2	<i>Présentation des données « Douleur » sur la population CHROPAINDISS</i>	143
2.3	<i>Présentation des données « Défense contre la douleur »</i>	146
2.4	<i>Présentation des données de la problématique traumatique et dissociative</i>	151
2.4.1	Confrontation au trauma	151
2.4.2	Statistiques descriptives DES et SDQ-20	154
2.4.3	Psychométrie de la psychopathologie	156
3.	Analyse statistique	157
3.1	<i>Analyse statistique sur le type de douleur</i>	157
3.2	<i>Analyse des corrélations</i>	158
4.	Analyse qualitative	159
4.1	<i>Présentation globale de la population</i>	159
4.2	<i>Situations cliniques détaillées</i>	162
4.3	<i>Synthèse de l'analyse des situations cliniques détaillées</i>	228
Partie 4 : Discussion		231
1.	Discussion des résultats de CHRO-PAIN-DISS	231
1.1	<i>Situations cliniques et apport de CHRO-PAIN-DISS</i>	231
1.2	<i>Psychométrie de la Dissociation et douleur</i> :	232
1.2.1	Analyse des outils d'évaluation de la dissociation au regard de la douleur	232
1.2.1.1	DES : Dissociative Experiences Scale	233

1.2.1.2	SDQ-20 : Somatoform Dissociation Questionnaire – 20 items	235
1.2.2	Analyse de la 3 ^{ème} colonne du SDQ-20.....	236
2.	Limites de l'étude.....	238
3.	Proposition pour l'évaluation de la traumatisation et de la Dissociation auprès des patients présentant des douleurs chroniques	239
4.	Implications sur le plan clinique.....	241
5.	Implications sur le plan de la recherche	243
5.1	<i>Poursuivre le développement de l'évaluation de la traumatisation et de la douleur.</i> 243	
5.2	<i>Améliorer l'évaluation des situations complexes</i>	244
5.3	<i>Ouvrir sur une réflexion globale sur la dynamique somato-psychique</i>	244
	Conclusion	246
	Bibliographie.....	249
	Listes de figures et tableau	267
	Annexes.....	269

Introduction

Après une vingtaine d'années de pratique clinique au sein d'une structure d'évaluation et de traitement de la douleur (SDC), j'ai souhaité mettre en forme les réflexions théorico-cliniques réalisées mais aussi aller au-delà. Cette clinique si particulière qu'est la prise en charge des personnes confrontées aux douleurs nous confronte d'emblée à une complexité à plusieurs niveaux ; au niveau du phénomène en lui-même qui est nécessairement bio-psycho-social mais également au niveau de ses mécanismes, de leurs évolutions (sensibilisation, etc...) et les thérapeutiques (multimodale, temporalité, etc...).

Et pourtant de prime abord cette complexité n'est pas prise en compte, voir souvent déniée. Tout le monde connaît la douleur, l'expérimente ou l'a expérimenté un jour ou l'autre. Chaque expérience de douleur est individuelle, personnelle et subjective et renvoie à ce qui est de plus intime. Œuvrer à lutter contre la douleur, faire que « la douleur ne doit plus être une fatalité » pour reprendre le « slogan » des premiers plans douleur, est un des fondements de ce tournant pris par notre société qui souhaite développer une prise en charge globale du patient à toutes les étapes des processus de santé et de mettre le patient au centre du système de santé (dossier presse https://solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/Dossier_de_presse_Lutte_contre_la_douleur1998_2000.pdf). La réflexion globale, à l'époque, incluait autant les soins palliatifs que la prise en charge de la douleur dans toutes les situations. Mais force est de constater que 20 ans après ce pas énorme franchi à l'époque, de grands défis sont encore devant nous : améliorer l'accessibilité à un diagnostic et aux soins, développer des prises en charge efficaces (médicamenteuses et non médicamenteuses), initier la prévention à toutes les étapes de la confrontation à l'expérience douloureuse, lutter contre les délais d'attente (pouvant aller au-delà d'une année quand ce n'est pas deux) et l'errance médicale souvent tout aussi source de chronicisation que la douleur elle-même, favoriser la pluriprofessionnalité et l'interdisciplinarité... tout cela avec pour objectif de pouvoir proposer au bon moment, la bonne prise en charge, c'est-à-dire adaptée à la personne et la situation. La Haute Autorité de Santé (HAS) travaille actuellement sur des recommandations pour le parcours du patient douloureux, après plusieurs tentatives de sensibilisation du corps médical à la prise en compte de la douleur chronique (1999, 2008). La nouvelle labélisation des structures douleur est lancée avec des moyens drastiquement constants malgré l'augmentation toujours exponentielle des demandes de prise en charge. L'enjeu en termes de santé publique reste donc majeur.

Pendant dans ce milieu à prédominance médicale, l'abord bio-psycho-sociale, prôné dans toute cette approche globale, reste difficile à mettre en œuvre. L'évaluation psychologique, pour ne donner qu'un exemple, est souvent soit balayée d'un revers de main (ou d'auto-questionnaire) soit réalisée dans des conditions limitant l'action des psychologues. Et pourtant, après 20 ans de pratique, la nécessaire évaluation psychologique de la douleur est incontournable, d'autant plus en cas de d'échec thérapeutique ou en cas d'identification de situations complexes ou encore de personnes en situation de vulnérabilité. Ces 20 années n'ont fait que confirmer cette nécessité mais aussi d'affirmer les difficultés à pouvoir la mettre en place dans des conditions acceptables.

Les premières labellisations des SDC ont permis notamment d'initier l'approche bio-psycho-sociale par la triade médecin-infirmier-psychologue permettant ainsi d'envisager cette évaluation au sein de la pratique de l'ensemble de l'équipe (évaluation psychologique par le psychologue, synthèse ou

staff ou transmission et collaboration avec l'équipe, suivi pluridisciplinaire, etc...). Les pratiques et les moyens alloués restent toutefois très variables et souvent peu contributifs à la prise en charge. Comment mener du front l'évaluation psychologique, la transmission à l'équipe et la prise en charge psychologique avec des temps d'affectation dérisoires (délai d'attente, non disponibilité, limitation du temps de consultation, etc...). L'orientation vers des structures de soin psychique ou en libéral reste souvent là aussi particulièrement à risque de rupture dans le parcours et nécessite un temps d'accompagnement spécifique.

Pourtant dans cet environnement parfois peu inspirant pour les psychologues, la clinique de la douleur reste une clinique psychologique des plus intéressantes et des plus riches, permettant ainsi d'explorer la dynamique de l'être humain, dans sa dimension somato-psychique au sein d'un environnement, d'une manière tout à fait inépuisable. C'est peut-être cela qui fait que 20 ans après, cette clinique reste une perpétuelle redécouverte.

La collaboration avec plusieurs collègues francophones (psychologue, médecin et infirmier) a été très aidante pour me permettre d'élaborer une clinique déontologiquement et pragmatiquement opérationnelle, et d'accéder à une appréhension de ce phénomène à la fois dans sa globalité et dans ses détails. C'est ainsi qu'est venu ce projet de doctorat avec tout d'abord une visée de clarification et de diffusion afin de favoriser l'émergence de travaux psychologiques francophones pertinents.

Et c'est notamment rapidement la question du psycho-traumatisme qui est apparue comme prégnante. En effet un grand nombre de situations cliniques fixées, non abouties et frustrantes sur le plan de la compréhension était souvent en lien avec cette question. Par ailleurs, la présentation clinique, auprès de la population douloureuse chronique, est souvent différente de celle présentée dans la clinique habituelle du psychotraumatisme. L'accès à cette problématique psychotraumatique se révèle parfois plusieurs années après le début de la prise en charge ou au détour d'un nouvel événement. Le syndrome de répétition n'est pas nécessairement au premier plan et vu la durée parfois particulièrement longue entre l'événement traumatisant et la prise en charge, l'expression clinique semble autre, comme érodée par le temps mais toujours présente.

Par ailleurs, lorsque la problématique psycho-traumatique peut être mise en mot ou devenir accessible, se pose la question de la prise en charge compte tenu notamment de l'ancienneté de la problématique mais également des difficultés d'accessibilité aux ressources psychothérapeutiques actuellement recommandées dans la prise en charge du psycho-trauma. Qu'en est-il lorsque trauma et douleur coexistent et se renforcent ? Quel impact sur la douleur ? Qu'en est-il sur des problématiques très anciennes ? Peu d'éléments de réponse sont retrouvés dans la littérature.

De plus, aborder la question de la douleur chronique et des psychotraumatismes nous ramène à devoir rediscuter des mécanismes en jeu et notamment de réactualiser nos connaissances sur les douleurs à prédominance psychogène, quitte à prendre le risque de réactiver le spectre du rejet ou du dénigrement des patients. En effet, l'évolution des connaissances sur la douleur a permis de faire de grandes avancées pour comprendre des douleurs jusque-là inexplicables (tels que les douleurs neuropathiques, les douleurs nociplastiques, les phénomènes de sensibilisation ou d'hyperalgésie, etc...). Le fait de trouver une explication le plus souvent en lien avec une inscription dans le fonctionnement corporel les rendent plus entendables « médicalement parlant » et permet de développer des prises en charge permettant de retrouver, au pire, un certain confort. Mais les douleurs à prédominance psychogène le sont malheureusement beaucoup moins et ne se retrouvent, des fois, plus du tout évoquées dans les grands mécanismes en jeu, traduisant le fossé qui existe toujours entre ce qui viendrait du corps et ce qui vient de la psyché. Or pour pouvoir comprendre des situations qui restent toujours très complexes, pour pouvoir proposer des prises

en charge adaptées mais aussi et surtout pour éviter la iatrogénisation et l'escalade thérapeutique délétère, le maître mot reste une vision globale sur l'ensemble des mécanismes en jeu impliquant le plus souvent le recours à une approche pluriprofessionnelle.

Enfin un dernier niveau de complexité se rajoute de par sa spécificité et c'est peut-être en cela qu'elle a place particulière dans le psychotrauma. En effet, « *la douleur constitue par nature une effraction du fonctionnement habituel d'un individu. Effraction aux plans corporels et psychologique, susceptible d'imprimer des stigmates repérables [...] D'autres part la chronicité des phénomènes douloureux entame les capacités de tolérance et d'expression* » (Defontaine-Catteau, 1990). La douleur a donc, en elle-même, un pouvoir traumatisant.

De ce fait nous allons détailler dans cette thèse ces différentes questions en tentant d'abord de clarifier les définitions de la douleur, de la chronicisation de la douleur et de la traumatisation pour arriver à la dissociation qui pourrait avoir une place centrale pour permettre de faire évoluer la réflexion.

Devant l'absence de consensus tant sur l'évaluation du psychotraumatisme que sur l'évaluation de la dissociation, nous avons mené ces 5 dernières années une réflexion à travers l'évaluation de ces différents concepts. Nous vous présenterons ici les résultats de nos réflexions, ce qui implique une partie théorique très importante. Mais nous vous exposerons également une proposition de mise en pratique d'une évaluation psychologique permettant d'être au plus près de la clinique et d'accéder ainsi au cœur de la dynamique mise à mal en cas de douleur chronique. Il s'agira d'une étude pilote par la mise en place d'une démarche observationnelle dans le cadre de la réalisation du bilan psychologique spécifique douleur, pratiquée depuis de nombreuses années au sein de la Structure d'évaluation et de Traitement de la Douleur (SDC) du CHRU de Nancy. Cette étude, appelée CHROPAINDISS et menée courant 2021 – 2022, permettra aux futurs chercheurs d'avoir des pistes pour mener des recherches de plus grandes envergures et d'avancer sur la connaissance des liens entre trauma et douleur.

Il s'agira donc à travers une démarche intégrative, dans la limite des possibilités, tant dans l'intégration des connaissances et des modèles que dans la méthodologie utilisée, de redécouvrir la psychopathologie du Trauma et de la Dissociation, afin de permettre d'ouvrir sur les ressources et les capacités de l'humain face à la vie.

Partie 1 : Clarification des concepts

1. DOULEUR

Introduction

La douleur tout le monde la connaît ! Inhérente à la condition humaine, elle est présente à toutes les étapes de la vie, de la naissance à la mort, dans plusieurs situations de la vie quotidienne ou lors d'un traumatisme ou d'une pathologie.

Initialement vue comme une alarme réflexe qui se déclenche en cas de dommage tissulaire (cf encadré 1), elle est en fait un système très complexe relié à l'identité, à Soi. La douleur est une donnée importante impliquée dans l'homéostasie et ce que l'humain en fait, avec son histoire, son parcours et son environnement. Par exemple, la douleur pour le sportif est un indicateur du travail effectué, repoussant le plus souvent les limites mais en évitant la blessure. La douleur peut également avoir plusieurs fonctions, notamment sociales, dont par exemple une fonction d'initiation comme dans les rituels des sociétés traditionnelles (Lionet, 2018)

Mais rien qu'à partir de ces quelques exemples, on perçoit que le modèle réflexe-alarme a montré ses limites. Il faut aller au-delà et rejoindre l'idée que la douleur est une expérience psychologique avant tout, comme l'évoqué Hadjistavropoulos, T., & Craig, K. D. : « *La douleur est avant tout une expérience psychologique. C'est la forme de détresse humaine la plus répandue et la plus universelle et elle contribue souvent à des réductions spectaculaires de la qualité de vie¹* » (Hadjistavropoulos & Craig ; 2004 – p1).

Alors comment parler de la douleur à travers cette universalité² du phénomène et en même temps son unicité ? En effet, chaque douleur est différente. On parlera de la subjectivité inhérente à la perception douloureuse qui impose que *chaque douleur est d'abord et avant tout celle que vit l'individu*. « *Liée à la condition humaine [la douleur] affecte le sujet et pas seulement le corps. Il n'y a pas de douleur objective, seul le sujet qui l'éprouve en est l'expert. La douleur c'est ce que la personne qui en fait l'expérience dit qu'elle est* » (Conradi & Miller, 2020 – p 6). Or, intégrer cette subjectivité est un des enjeux majeurs pour la compréhension de ce phénomène.

Prendre en compte la douleur nous amène à nous placer dans une perspective d'un *modèle bio-psycho-social* de l'humain (Berquin ; 2010). Ce modèle postule l'intrication et l'interrelation des 3 dimensions en permanence dans son environnement, d'où la nécessaire confrontation à la *complexité* du phénomène. Au-delà d'un modèle figé sur 3 dimensions à prendre en compte, c'est une véritable dynamique interrelationnelle, nécessitant l'intégration perpétuelle de ces éléments. Cela rejoint l'idée développée par Hadjistavropoulos & Craig : « *Plus précisément, [le phénomène psychologique qu'est la douleur] représente un processus perceptuel associé à la conscience, à l'abstraction sélective, à la signification attribuée, à l'évaluation et à l'apprentissage (Melzack & Casey, 1968). Les états émotionnels et motivationnels sont essentiels pour comprendre sa nature (Price, 2000). La douleur nécessite l'intégration centrale et la modulation d'un certain nombre de processus afférents et centraux (c.-à-d., envoyer des messages vers le système nerveux central et interagir avec des composants supérieurs du système nerveux central) et des processus efférents (c.-*

¹ Citation originale "Pain is primarily a psychological experience. It is the most pervasive and universal form of human distress and it often contributes to dramatic reductions in the quality of life"

² *Nota bene*: une petite partie de la population est née dépourvue d'un système algique activable. Il s'agit de l'insensibilité congénitale à la douleur.

à-d., envoyer des messages loin des centres supérieurs du système nerveux central et vers les muscles ou la glande)³ » (Hadjistavropoulos & Craig ; 2004 p1-2).

1.1 Histoire des connaissances et définition de la douleur :

L'histoire des connaissances de la douleur évolue avec la société mais semble également permettre de favoriser une meilleure connaissance du fonctionnement humain. La découverte du « Gate Control⁴ » ouvre sur l'intégration des modulations possibles de la douleur et de l'explication de phénomènes retrouvés en clinique qu'ils n'étaient pas possibles d'expliquer par le modèle réflexe de Descartes.

C'est comme si à travers l'étude de la douleur, nous étions passés de l'étude d'un système réflexe (prédominant pendant de nombreux siècles et toujours en arrière-plan dans un grand nombre de représentation sociale de la douleur) à l'intégration progressive de composantes dont des dimensions psychologiques, comportementales, cognitives et émotionnelles pour enfin arriver un modèle plus intégratif que nous développerons dans la suite de ce manuscrit.

Mais reprenons d'abord dans ce chapitre l'évolution progressive des connaissances : en reprenant le système réflexe puis la définition de la douleur, la description du phénomène, la neuroplasticité et enfin la matrice douleur.

Encadré 1 : Modèle cartésien :



FIG. 1.1. Descartes's concept of the pain pathway. He wrote: "If for example fire (A) comes near the foot (B), the minute particles of this fire, which as you know move with great velocity, have the power to set in motion the spot of the skin of the foot which they touch, and by this means pulling upon the delicate thread CC, which is attached to the spot of the skin, they open up at the same instant the pore, d.e., against which the delicate thread ends, just as by pulling at one end of a rope one makes to strike at the same instant a bell which hangs at the other end" (Keele, 1957, p. 72).

Cette théorie a longtemps été dominante et imprègne encore les représentations et stéréotypes actuels sur la douleur. Appelé modèle réflexe de la douleur, sa présentation la plus connue est le modèle cartésien présenté par le dessin ci-joint (image tirée de Melzack & Katz, 2004).

Nous sommes dans un modèle qui implique une réception neutre du cerveau face au message « douleur » via des systèmes de transmissions. La prise en compte de la modulation du message douloureux n'est pas présente (Marchand, 2012).

Il reste à la base du modèle qui consiste à concevoir le système de la douleur comme un système d'alarme qui se déclenche dès qu'il y a une stimulation du système.

³ Citation originale : "Specifically, it represents a perceptual process associated with conscious awareness, selective abstraction, ascribed meaning, appraisal, and learning (Melzack & Casey, 1968). Emotional and motivational states are central to understanding its nature (Price, 2000). Pain requires central integration and modulation of a number of afferent and central processes (i.e., sending messages toward the central nervous system and interacting with higher components of the central nervous system) and efferent processes (i.e., sending messages away from higher centers in the central nervous system and toward muscle or gland)."

⁴ Cf 1.3.1

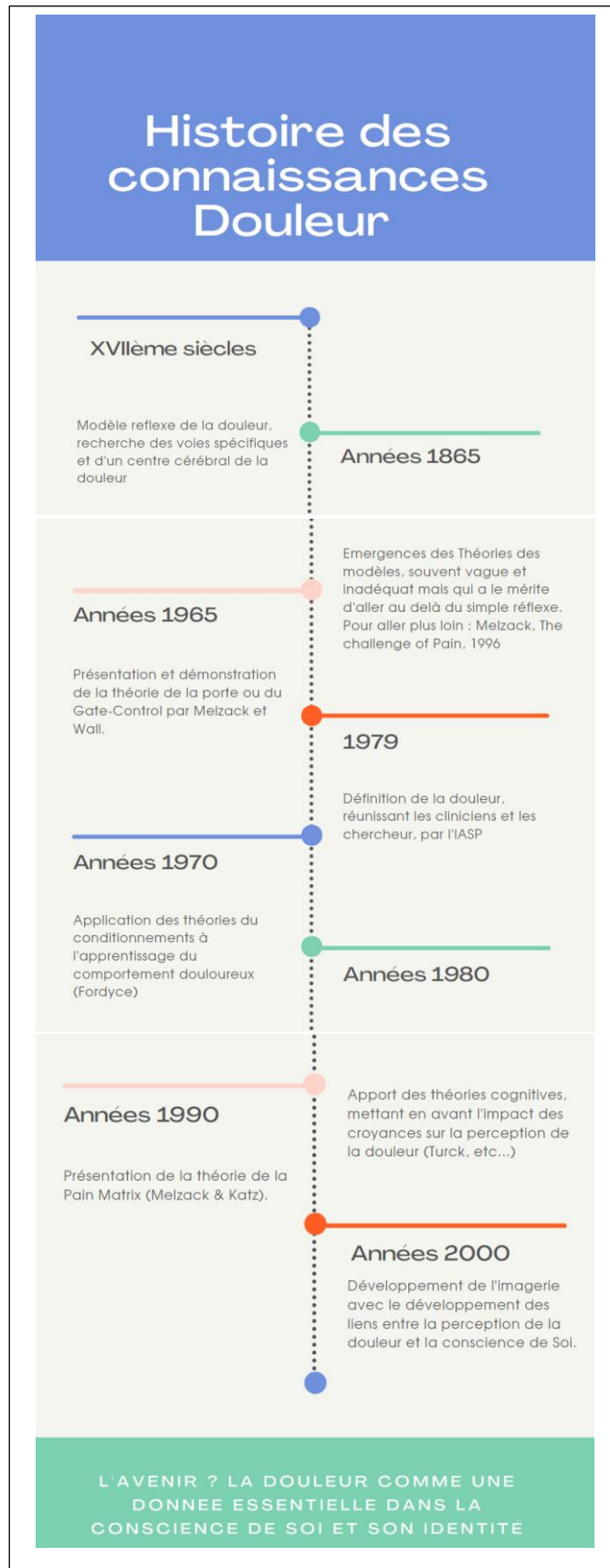


Illustration 1 Histoire des connaissances sur la douleur

Classiquement les recherches modernes sur la douleur prennent appui sur la définition de l'IASP de la douleur. Cette définition a eu un impact majeur sur le développement de la recherche et des connaissances par la suite. En effet elle permet de réunir les différentes composantes (bio-psycho-sociale) et les intégrer dans ce phénomène. L'aboutissement de cette définition est le reflet d'un travail de plusieurs années, dans une démarche pluri professionnelle, associant les cliniciens du somatique, les chercheurs et les représentants de psychisme. Pour mémo le premier auteur est un médecin psychiatre : Dr Merskey.

IASP : « la douleur est une expérience sensorielle et émotionnelle désagréable, liée à une lésion tissulaire existante ou potentielle, ou décrite en termes d'une telle lésion ». (Merskey et col.,1979)

Cette définition est arrivée d'ailleurs près de 10 ans après la découverte des travaux de Melzack et Wall sur la modulation de la douleur et notamment l'identification de réflexes tels que le « Gate Control ». On suppose que cette découverte a permis de dépasser le modèle « douleur-réflexe » qui prédominait à l'époque, même si plusieurs théories avaient émergées en allant au-delà du modèle cartésien : le modèle de la spécificité, ou la théorie des modèles par exemple (Trachsel et col, 2022).

À noter que cette définition a été modifiée en 2018-2020 (traduite en français en 2020) pour permettre notamment l'intégration de la douleur des sujets non communiquant et celle des animaux.

IASP : « Une expérience sensorielle et émotionnelle désagréable associée ou ressemblant à celle associée à une lésion tissulaire réelle ou potentielle » ou « An unpleasant sensory and emotional experience associated with, or resembling that associated with, actual or potential tissue damage» (Raja et col, 2020)

Il s'agit ici de modifier la terminologie précédente qui s'appuyait sur la capacité d'une personne à décrire l'expérience pour la qualifier de douleur. Cette formulation a été interprétée comme excluant les nourrissons, les personnes âgées et les autres – même les animaux – qui ne pouvaient pas exprimer verbalement leur douleur, a déclaré le Dr Jeffrey Mogil, directeur du Centre Alan Edwards de recherche sur la douleur de l'Université McGill et membre du Groupe de travail ASP Task Force on Taxonomy (source <https://www.iasp-pain.org/resources/terminology/#pain> consulter le 24/05/2022). L'enjeu autour de cette définition reste la prise en compte de l'intersubjectivité inhérente à la douleur et reste un fondement rappelé régulièrement dans la littérature (Raja et col, 2020 ; Cohen et col ; 2018 ; Treede, 2018). En effet, il est rappelé que la douleur est toujours une expérience personnelle qui est influencée à des degrés divers par des facteurs biologiques, psychologiques et sociaux. Par ailleurs, plusieurs principes sont rappelés : (Raja et col, 2020)

- La douleur et la nociception sont des phénomènes différents. La douleur ne peut pas être déduite uniquement de l'activité des neurones sensoriels.
- À travers leurs expériences de vie, les individus apprennent le concept de la douleur.
- Le rapport d'une personne sur une expérience douloureuse doit être respecté.⁵

⁵ *The Declaration of Montréal, a document developed during the First International Pain Summit on September 3, 2010, states that "Access to pain management is a fundamental human right."

- Bien que la douleur joue généralement un rôle adaptatif, elle peut avoir des effets néfastes sur la fonction et le bien-être social et psychologique.
- La description verbale n'est qu'un comportement parmi d'autres pour exprimer la douleur

1.2 Description du phénomène ⁶ douleur :

Classiquement, on considère que lorsqu'une personne dit : « j'ai mal », elle perçoit la douleur sur 4 composantes : sensori-discriminative, cognitive, émotionnelle et comportementale. Ces 4 composantes sont toujours présentes quelle que soit l'étiologie de la douleur (blessure, atteinte d'un nerf, maladie auto-immune inflammatoire ou évolutive, ...) mais aussi quelles que soient les conditions, la situation ou l'âge de l'individu. Elle se réalise quasiment dans le même moment (nous sommes sur des millisecondes dans le traitement de l'information (Garcia-Larrea & Bastuji , 2018). Nous avons ainsi un premier niveau de complexité.

A noter que ces composantes sont sous l'influence de facteurs environnementaux, professionnels, familiaux, sociaux et culturels, passés ou présents, incluant des niveaux de complexité supplémentaires (voir figure 1)

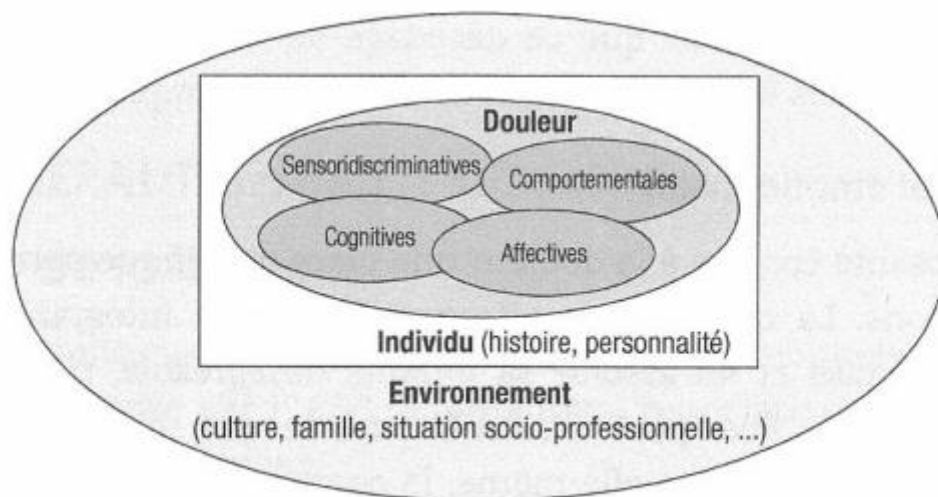


Figure 1.1. La douleur, une perception complexe

Figure 1 La douleur, une perception complexe (Bassan et col, 2018 – p18)

1.2.1 Composante sensori-discriminative : ce que je sens

Reste du modèle réflexe-alarme (cf encadré 1, p 5) et souvent première composante qui vient de prime abord lorsqu'on réfléchit à la douleur, elle est principalement recherchée en médecine,

⁶ Cette partie reprend largement ce qui a été écrit dans deux ouvrages : Berlemont, C., Conradi, S., Piano, V. ; La Boite à outils de la douleur, Evaluation et Traitement ; (2022) ; Dunod, 196 pages. ISBN 978-2-10-083636-9 et de Bassan, F., Conradi, S., & Brennstuhl, M.-J. (2018). Chapitre 1. Les paradigmes de la douleur. In Prendre en charge la douleur chronique (p. 14-39). Dunod; Cairn.info. <https://www.cairn.info/prendre-en-charge-la-douleur-chronique--9782100778775-p-14.htm>

face à une douleur aiguë, pour définir le symptôme et la pathologie inhérente. Elle porte sur la localisation de la douleur, la durée et les qualificatifs ou adjectifs pour la décrire.

Sur cette composante, on retrouve l'idée selon laquelle les récepteurs sensoriels sont activés (détectant une température dangereuse, une pression menaçant les tissus ou une atteinte tissulaire, menaçant l'intégrité corporelle ou des substances chimiques). Il s'en suit une cascade de réactions. A noter que cette activation se réalise quand l'intensité de la stimulation sensorielle est haute ou suffisante pour supposer une menace de l'intégrité physique de l'organisme. C'est ce que l'on appelle la nociception (Calvino, 2007). Permettant d'identifier rapidement la source de la douleur et de réagir, ce système d'alarme joue, dans la majorité des cas, un rôle majeur dans la préservation de l'être humain.

« D'un point de vue physiologique, la cascade d'événements conduisant à l'intégration des informations douloureuses met en jeu des récepteurs (nocicepteurs périphériques), des voies médullaires ascendantes, des relais dans l'encéphale intégrant ces informations douloureuses (principalement au niveau thalamique) et enfin des sites de projection corticaux (cortex somesthésiques primaire et secondaire, mais aussi insulaire et cingulaire) » (Calvino, 2007). Les nocicepteurs en jeu sont les mécano-nocicepteurs qui répondent à des pressions d'intensité très élevée ; les thermo-nocicepteurs, qui répondent soit à des températures basses (inférieures à 13 C, thermo-nocicepteurs au froid), soit élevées (supérieures à 43 C, thermo-nocicepteurs au chaud) ; les chémonocicepteurs qui répondent à des molécules chimiques algogènes (celles de la « soupe » inflammatoire) et les nocicepteurs polymodaux, qui répondent à deux ou, le plus souvent, trois modalités de stimulations différentes.

Mais déjà à ce niveau de la genèse de la douleur, on retrouve des incohérences confirmant la non-validité de la conception réflexe-alarme simple :

- La douleur projetée : la source de la douleur n'est pas là où l'on sent la sensation douloureuse (la plus connue est la douleur de l'infarctus qui se logera souvent dans le bras gauche pour les hommes ou par des symptômes plus diffus ou à type de fatigue majeure, soudaine chez les femmes (Pour aller plus loin : voir Fiche outils Douleur projetée dans Berlemont et col, 2022)
- Les douleurs des membres fantômes en cas d'amputation : la persistance de la douleur sur la zone amputée en dehors, de fait, d'un système neurologique fonctionnel pouvant favoriser sa stimulation est un phénomène qui a donné lieu à de nombreuses études et qui a soutenu des modèles de compréhension de la douleur incluant des systèmes au-delà de cette première composante périphérique. À noter d'ailleurs que le membre fantôme peut être parfois non douloureux, mais ressenti quand même en tant que tel. Cela veut dire que le membre amputé est perçu comme étant encore présent, sans douleur associée ou parfois il est perçu comme à côté du corps.
- Les douleurs neuropathiques (voir 1.5.1) : où des stimulations habituellement agréables ou supportables deviennent intolérables ou désagréables (c'est ce qu'on appelle l'allodynie ou hypersensibilité tactile). Ainsi des stimulations normalement non douloureuses peuvent déclencher une douleur (comme le frottement ou le contact de l'eau à température normale) ou au contraire la zone peut devenir anesthésiée ou totalement insensible, mais douloureuse, même en dehors de stimulation (souvent sensation de brûlure, ou de décharges électriques, sensations d'arrachement).

Par ailleurs, les études en neurophysiologie de la douleur ont permis de mettre en évidence les différentes étapes de la nociception mais également le fait que la nociception peut être activée sans déclencher la sensation de douleur et que la douleur peut survenir en l'absence d'apport nociceptif (Legrain et col, 2011), confirmant un système beaucoup plus complexe que ce qui était stipulé dans le modèle réflexe.

1.2.2 Composante affective : ce que je ressens

Sur cette composante, nous pouvons arrêter notre réflexion sur 2 processus : l'action du stress et l'action des émotions sur la perception de la douleur.

Ainsi, suite à la stimulation des récepteurs déclenchant une douleur et cela d'une manière simultanée, l'activation du système de la douleur actionne de manière conjointe un autre système réflexe : celui du stress. D'un point de vue phylogénétique, l'activation des deux systèmes peut être entendue dans sa fonction de protection, permettant d'activer plus rapidement une réaction de parade défensive ou de fuite. D'ailleurs, la neurophysiologie du stress et de la douleur ont de nombreux mécanismes en commun, permettant en cas de douleur aiguë, de stimuler des réactions physiologiques et cognitivo-comportementales réflexes aboutissant, par exemple, à la mise en place des comportements préservant l'individu (Melzack & Katz, 2013).

La réaction de stress peut être d'intensité variable, déterminée par des facteurs génétiques, personnels, culturels et ceux en lien avec le contexte. Il est habituel de penser à l'impact renforçateur du stress sur la perception de la douleur (tel qu'une huile que l'on jette sur le feu) mais il n'est pas rare de voir également l'effet inverse : l'individu peut ne plus percevoir la douleur sur le moment, notamment en cas de stress intense, afin notamment de lui permettre de mettre en place des comportements de protection (Flor, 2017 ; Pagé et col, 2021) On parlera de l'effet analgésique ou hyperalgique lié au stress.

Enfin en cas de répétition de la douleur et/ou du stress, les efforts fournis par le corps pour préserver l'homéostasie peuvent occasionner des dysfonctionnements. Nous parlons alors d'une charge allostatique élevée, connue pour avoir un impact négatif sur plusieurs pathologies, voir impliquée dans la genèse de certaines problématiques douloureuses chroniques, dont la fibromyalgie (Berquin & Grisart, 2016 ; Masquelier & D'Haeyere, 2021 ; Melzack & Katz, 2013). Ainsi la charge allostatique s'accompagne de modifications physiologiques pouvant toucher : (Bransfield & Friedman, 2019).

- l'axe hypothalamo-hypophysaire-surrénalien
- le système nerveux autonome avec une modification du contrôle parasympathique au contrôle sympathique ;
- plusieurs paramètres physiologiques comme la pression artérielle, la fréquence cardiaque et respiratoire, la glycémie ;
- différents systèmes physiologiques tels que le débit du flux sanguin vers les muscles squelettiques ; l'inflammation ; l'efficacité de régénération ou récupération ; l'activité digestive ainsi que le flux sanguin vers le cortex préfrontal à des niveaux de détresse plus élevés.

Cela rejoint les études en cours et allant de plus en plus sur l'idée que le stress chronique a un impact sur l'immunité et favorise l'émergence de pathologies immunitaires (Melzack & Katz, 2013) et son impact sur la chronicisation des douleurs (cf 2.).

Sur le plan émotionnel, l'idée d'une modulation de la douleur est largement étudiée, tant dans des modèles de douleur expérimentale chez l'humain et chez l'animal, qu'en clinique. Il a ainsi pu

être démontré que les émotions désagréables augmentent la perception douloureuse, diminuent le seuil de perception de la douleur mais aussi la tolérance à la douleur. De la même manière, mais en une intensité moindre, les émotions agréables réduisent généralement l'intensité douloureuse et augmentent le seuil de perception de la douleur et la tolérance à la douleur.

Les mécanismes physiologiques de la nociception et de l'émotionnel sont communs à la fois dans le ressenti tout comme dans la modulation par les systèmes de contrôle. Il s'agit de structures situées au niveau sous-cortical, avec un rôle essentiel du thalamus, de l'hypothalamus, de l'amygdale et de plusieurs noyaux du tronc cérébral dans la régulation des mécanismes nociceptifs et de l'activité somato-viscérale (Rainville, 2008). Cela rejoint la modulation psychologique qui sera développée plus loin dans ce texte (cf 1.3.5) mais il est déjà possible de noter que cette modulation implique plusieurs systèmes dont une action sur l'activité autonome ainsi que la régulation somato-viscérale impliqués dans les émotions (Rainville, 2008).

Enfin au-delà de l'approche des neurosciences sur la douleur expérimentale, l'implication des émotions dans la perception de la douleur se retrouve également sur le plan clinique avec un impact majeur de la dépression et de l'anxiété dans ces problématiques (Rainville, 2008 ; Flaten & Absi, 2015). Ces deux troubles sont d'ailleurs connus comme facteur de risque de transition de la douleur aiguë à la douleur chronique (cf 1.6.2.1 et 2.)

1.2.3 Composante cognitive : ce que je pense

D'une manière quasi instantanée, la survenue d'une stimulation douloureuse est accompagnée de pensées, d'images mentales et de cognitions. L'ensemble de notre système cognitif s'active pour intégrer cet événement, le rendre conscient, lui donner un sens et le mémoriser. Des processus majeurs tels que les croyances, nos attentes, la conscience de soi ainsi que la mémoire et l'attention sont impliquées dans l'expérience douloureuse (Garcia-Larrea & Bastuji, 2018 ; Melzack & Katz, 2013 ; Flor, 2017 ; Hadjistavropoulos & Craig, 2004). On parle alors de plusieurs niveaux de conscience de la perception de la douleur, qui reste par ailleurs encore actuellement étudiés en neurosciences. Nous allons toutefois nous centrer sur l'impact de la mémoire et du sens que l'on porte à la douleur.

Une mémoire en perpétuelle renouvellement :

Issu de nos capacités d'adaptation, la mémoire active un mécanisme qui, couplé avec la nociception, alimentant continuellement cette véritable banque de données. On retrouve ainsi un potentiel d'apprentissage par la douleur qui est important et qui impacte nos comportements parfois en dehors de notre conscience. Son objectif est très probablement de permettre de permettre d'identifier (se souvenir) plus rapidement des sources de douleur, d'adapter au mieux les réactions, et de permettre l'émergence de conduites orientées vers la préservation de l'être humain.

Nous connaissons maintenant le fait que la mémoire est activée très tôt, dès la période in utéro au même titre que la nociception. Les travaux dans ce domaine ont explosé ces dernières décennies et on retrouve notamment une série de travaux tout à fait pertinents dans les douleurs post-opératoires mais également des douleurs chez le fœtus et nouveau-né (Waisman et col, 2022) ainsi que chez l'adulte (Flor, 2017) permettant de soutenir l'impact de ce processus cognitif comme ayant une place majeure dans la perception de la douleur, peut-être en lien avec sa place majeure dans la conscience de Soi (Garcia-Larrea & Bastuji, 2018).

Une mémoire alimentant la construction d'un sens, toujours actualisé :

Cherchant continuellement à construire un sens à ce qui arrive, la confrontation à la perception douloureuse va de même. Très rapidement, l'individu va mobiliser des ressources pour construire un sens cohérent à ce qui lui arrive. Devant une douleur, dans nos sociétés occidentales, le recours au savoir médical est fréquent, ritualisé, aboutissant dans la plupart des cas à une démarche de soins. Certaines douleurs du quotidien sont, quant à elles, plutôt « entendues » dans l'entourage, le plus souvent familial ou d'une manière plus large par les médias.

On sait que le vécu de la douleur est modulé en fonction du sens que le sujet va donner à l'expérience douloureuse ; suivant le contexte, les conséquences, etc... amenant dans certains cas à une fixation de la pensée sur la douleur, le corps et ses conséquences et un progressif désinvestissement des autres centres d'intérêt. L'exemple traditionnellement repris de l'impact du sens sur la perception de la douleur sont les observations classiques de Beecher en 1946 (cité dans Tarquinio et Auxéméry, 2022). En effet, en comparant deux groupes de blessés, militaires et civils, qui présentaient des lésions apparemment identiques, le constat que les militaires utilisaient moins d'analgésiques que les civils étaient expliqués par la signification différentes de l'événement (comparativement positives pour les militaires (vie sauve, fin des risques du combat, bonne considération du milieu social, etc.) vs négatives pour les civils (perte d'emploi, pertes financières, désinsertion sociale, etc...)).

Le sens que prend une douleur dépend donc des informations détenues par l'individu tout comme sa personnalité, son histoire mais aussi en fonction de la société ou la culture dans laquelle il vit. Dans certaines cultures, le sens de la confrontation à la douleur a un impact. On peut par exemple se rappeler de l'impact des rituels incluant selon leur type plus ou moins de douleur. « *Le plus souvent, ces rites appellent au stoïcisme du sujet : puiser dans sa force mentale la même énergie que celle qui lui sera nécessaire pour assurer les exigences morales de la communauté. A travers le rite, point de soulagement, la douleur partagée soude la communauté et le sentiment d'appartenance.* » (Lionet, 2018 p 71-72). Ainsi marcher sur des clous ou des braises ardentes sans exprimer de douleur ne veut pas dire que cela n'est pas perçue par l'individu !

Ainsi nos pensées face à la douleur sont modulées par nos expériences vécues ou observées. Les attentes envers notre corps, les traitements, les modalités de prise en charge ont également un impact, amenant un niveau de complexité plus grande encore.

1.2.4 Composante comportementale

Composant observable, elle ne représente qu'une petite partie du phénomène. Par ailleurs, cette composante est également particulièrement soumise à l'apprentissage, sous toutes ses facettes. Ainsi les conséquences des réactions face à la douleur ont en elles-mêmes un impact sur le système de douleur, en le modulant ou le renforçant. Le système de la douleur ne s'arrête jamais. Il est en perpétuel renouvellement : nos réactions, nos mouvements vont moduler la sensation douloureuse, et ainsi de suite...

Un apprentissage toujours présent :

De nombreuses études (tant sur en laboratoire qu'en clinique) ont permis de confirmer le fait que la douleur peut être rapidement "conditionnée", c'est-à-dire renforcée par nos apprentissages ou les conséquences de ceux-ci. La douleur répond aux lois d'apprentissage qu'il soit, classique, opérant ou social, pouvant parfois expliquer que face à une douleur connue, il y ait peu de réactions observables.

La douleur a d'ailleurs été largement utilisée comme stimulus nocif pour tester les théories de l'apprentissage, apportant ainsi des connaissances spécifiques. C'est dans un deuxième temps que les modèles d'apprentissage ont été utilisés pour mieux comprendre les mécanismes d'apprentissage. Initié par Thorndike, un courant de recherche sur le conditionnement de la peur de la douleur a donné lieu à de nombreux travaux qui permettent maintenant de soutenir l'idée que « [...] *les patients souffrant de douleur chronique démontrent une altération de l'apprentissage de la sécurité et une généralisation excessive de la peur ; anomalies d'apprentissage qui ont également été observées dans les troubles anxieux*⁷ » (Meulders, 2020).

Le pouvoir d'apprentissage de la douleur est donc très développé, et on retrouve des pistes de travail tout à fait pertinentes dans le modèle de la peur-évitement de Vlaeyen. En effet, l'impact de biais cognitivo-comportementaux impliqué dans la chronicisation de la douleur et dans l'apprentissage social avec des concepts essentiels comme l'efficacité personnelle et le modèle social de la douleur ont permis d'avancer dans la compréhension du phénomène.

Une redécouverte de soi continue :

La douleur de par son caractère éminemment expérientiel et les cascades de réactions, d'apprentissages et de modifications qu'elle comporte lui confère un statut particulier. La clinique, et ce que nous apportent les patients, nous le rappelle tous les jours. C'est ce que dira Monsieur Albert qui a développé une peur phobique des aiguilles dans les suites d'un long séjour en réa ou encore Madame Yvette qui décrira qu'elle ne pensait jamais avoir autant mal et qu'elle redoute le moment d'une crise.

Ainsi le plus souvent devant la confrontation à la douleur intense, surtout quand elle est prolongée ou répétée, c'est la transformation de soi que l'on observe. Si nous reprenons la situation de Monsieur Albert, tout geste potentiellement douloureux s'en retrouve très douloureux, accompagné de réactions verbales et non verbales importantes ; traduisant un comportement douloureux qui s'installe. Comme quelque chose qui s'impose à lui sans réelle motivation. C'est devenu sa nouvelle façon de réagir par rapport à la douleur. Il est en lui-même le premier surpris mais fataliste devant cette « forme d'adaptation ».

Ainsi cette mise au travail de Soi, cette transformation peut permettre l'activation de capacités d'adaptation avec la mise en place de stratégies identifiées comme favorisant un retour à un équilibre, voir découvrir un autre équilibre plus intéressant. Dans d'autres situations, cela confronte l'individu à une véritable redécouverte de soi nécessitant parfois un changement de fonctionnement (de travail, de loisirs, de vie). Ce changement, ce remaniement parfois, passe par une mise au travail mêlant des moments de rupture, à des situations de crise parfois inaccessibles en premier lieu à l'individu lui-même, nécessitant de passer par des démarches de soins souvent complexes.

En conclusion, en repartant de la description du phénomène douleur en lui-même et de nos tentatives pour l'expliquer, nous comprenons la figure 1 (p8) plus facilement. Beaucoup de connaissances se sont ainsi développés et nous allons les développer dans les prochains chapitres mais « *ces progrès ont apporté une certaine clarté et prouve surtout qu'il est impossible d'envisager de comprendre, d'évaluer et de traiter quelque douleur, que ce soit sans en connaître toutes les composantes. Ce qui, après la clarté, amène la complexité* » (Charré, 2021). Cette complexité est reprise dans la figure 2 (diapo issue des cours donnés).

⁷ Citation originale « [...] patients with chronic pain demonstrate impaired safety learning and excessive fear generalization; learning anomalies that have also been observed in anxiety disorders »

Un phénomène complexe dans un système complexe

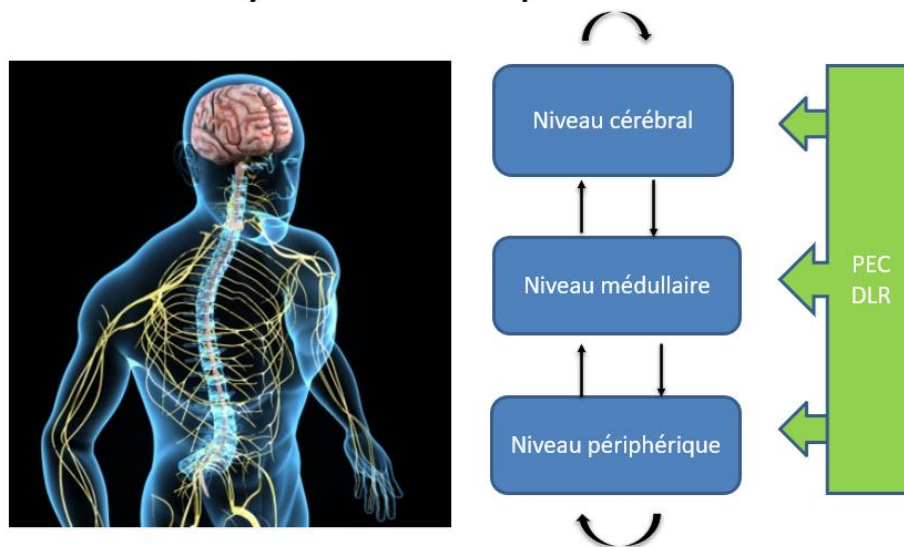


Figure 2 Un phénomène complexe dans un système complexe

1.3 Focus neuroplasticité : les processus de modulation de la douleur

Les travaux de Melzack & Wall, dans les années 60, ont ouvert la porte (sans mauvais jeu de mot) sur les processus de modulation de la douleur, développant ainsi tout un courant de recherche sur la modulation de la perception douleur. Ils ont ainsi pu contribuer à développer la théorie de la plasticité neuronale ou encore appelée neuroplasticité. Nous reprenons ici les connaissances actuelles.

Le principe de base repose sur l'idée que « *L'expérience douloureuse est [...] considérée comme un ensemble complexe incluant plusieurs systèmes pouvant avoir un effet excitateur ou renforçateur de la douleur ou un effet inhibiteur-protecteur face à la douleur* » (Marchand, 2009). Les recherches ont permis de développer des connaissances sur ces mécanismes et ont permis de pouvoir soutenir des démarches thérapeutiques ainsi qu'une meilleure compréhension du phénomène douloureux. D'ailleurs « *avec ce caractère modulable de la douleur, il n'y a plus de frontière entre le physique et le psychologique* » (Barfety-Servignat & Conradi, 2020 - p 48) et ce sont justement ces mécanismes que nous allons continuer de décrire.

1.3.1 Le « Gate Control » ou la théorie de la porte

Ce mécanisme est un mécanisme de contrôle endogène de la douleur présent chez tous impliquant des structures réflexes au niveau médullaire. Sa stimulation active un réflexe antalgique permettant de diminuer la perception douloureuse.

Le principe est le suivant : il s'agit de produire une stimulation tactile suffisante pour être perçue, tout en restant agréable, permettant ainsi d'activer un réflexe présent dans les structures de la moelle épinière. Il s'agit de mécanismes, présents dans les cornes postérieures de la moelle et

réparties entre 3 structures qui incluent les cellules de la substantia gelatinosa dans la corne dorsale, les fibres de la colonne dorsale et les cellules de transmission qui sont également situées dans la corne dorsale. Ces structures agissent comme une porte ou un portillon face à l'influx nerveux et produisent ainsi une modulation des afférences transmises depuis les fibres périphériques (Marchand, 2009 ; Melzack & Katz, 2013). Ainsi par l'activation des fibres de gros diamètre ($A\beta$), impliqué dans la transmission des afférences non douloureuses mais sollicitées par la perception du toucher, ces mêmes fibres vont être traitées en premier par le niveau médullaire. De fait le système ne prendrait plus en compte l'influx issus des fibres de faible diamètre ($A\alpha$ et C) impliquées dans la transmission de l'influx douloureux. Ainsi la porte se fermerait sur l'influx douloureux, une fois l'influx de la perception capté. Par ailleurs, selon ce modèle, ces mécanismes sont également en lien avec des mécanismes descendants (Marchand, 2009 ; Melzack & Katz, 2013) pouvant avoir un impact sur la porte.

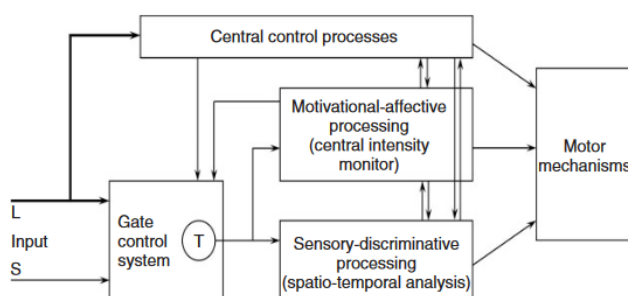


FIGURE 2 | Conceptual model of the sensory, motivational, and central control determinants of pain. The output of the T (transmission) cells of the gate control system projects to the sensory-discriminative system and the motivational-affective system. The central control trigger is represented by a line running from the large fiber system to central control processes; these, in turn, project back to the gate control system, and to the sensory-discriminative and motivational-affective systems. All three systems interact with one another, and project to the motor system. (Reprinted with permission from Ref 13. Copyright 1968 Charles C Thomas Publisher Ltd)

Figure 3 : Figure 2 Conceptuel model of the sensory, motivational and central control determinants of pain (Melzack & Katz 2013)

A noter que l'ensemble des éléments de la théorie de porte n'ont pas tous été validé (Marchand, 2009 ; Trachsel et col, 2022) mais la prédiction du modèle ainsi que l'effet de ses applications thérapeutiques permettent de soutenir ce modèle comme étant un premier niveau du traitement de l'influx nerveux et donc une cible de modulation possible. L'ensemble des auteurs sont unanimes sur l'apport des travaux de Melzack et Wall dans le domaine de la douleur.

Son application thérapeutique la plus connue est l'électrostimulation ou la neurostimulation transcutanée (encore appelée TENS) largement utilisée en structure de la douleur et en rééducation. Mais on connaît des pratiques plus traditionnelles et naturelles comme le fait de frotter simplement la zone qui a reçu un coup ou encore ce patient qui me décrit, par exemple, qu'en touchant simplement le bout de son pouce préservé de l'atteinte neuropathique qu'il présente suite à une fracture complexe de la main, a remarqué que cela apaise les brûlures et décharges électriques perçue sur l'articulation du pouce et du poignet. Pour finir on peut penser à l'exemple du « bisou magique » traditionnellement utilisé pour les bobos des enfants, tout en

intégrant d'autres composantes de l'ordre du symbolisme ou du détournement de l'attention (cf 1.3.5).

1.3.2 Hyperalgésie

L'hyperalgésie est définie comme étant l'augmentation de la douleur due à un stimulus qui provoque normalement de la douleur (IASP). C'est l'intensité de la douleur perçue qui est modifiée. C'est un mécanisme de douleur particulièrement étudiée en recherche animale et chez l'homme que ce soit dans la douleur clinique ou expérimentale.

Expérimentalement elle peut être définie comme « *une perception significativement accrue d'une impulsion de douleur nociceptive standardisée par rapport à la perception de la douleur par les patients du groupe témoin avec douleur nociceptive ($p < 0,05$)* » (Egloff et col, 2014).

Ce phénomène permet d'expliquer des douleurs que l'on n'arrivait pas à comprendre jusque-là. Ce phénomène est d'ailleurs largement utilisé pour la détection des douleurs neuropathiques par un pique-touche réalisé sur différentes zones à la fois pour tester la sensibilité mais aussi pour repérer également les zones hyperalgiques. La piqure d'une aiguille par exemple produisant une intensité de douleur modérée sera perçue comme intense dans le cas d'une hyperalgésie.

A noter que l'hyperalgésie peut être diffuse sur l'ensemble du corps ou localisée sur des parties du corps, voire très localisée, sur des zones parfois limitées de quelques centimètres mais pouvant être particulièrement gênante (comme certaines cicatrices).

Ainsi, par exemple, dans le cadre des douleurs neuropathiques, l'hyperalgésie liée à l'atteinte neuropathique est souvent présente et doit être systématiquement recherchée (attention le terme préférentiellement utilisé pour décrire l'hyperalgésie au contact dans les cas des douleurs neuropathiques est l'allodynie). L'application thérapeutique, couramment utilisé maintenant, consiste à désactiver les récepteurs de la peau pour limiter les influx nerveux (par l'utilisation d'emplâtre d'anesthésique - versatis© ou par l'utilisation de patch au piment permettant de désactiver les récepteurs cutanés - qutenza©). L'utilisation de la neurostimulation transcutanée sur la zone hyperalgésique sera délétère, puisque le système de la perception est hyperactif. On recommande son utilisation sur une zone préservée (donc par exemple à distance de la zone hyperalgique).

A noter que l'hyperalgésie est souvent couplée avec des mécanismes de sensibilisation (cf 1.3.3) qui là aussi pourront être locales ou diffuses sur l'ensemble du corps.

Sur le plan clinique, l'hyperalgésie est recherchée quand le patient nous décrit une intolérance au frottement (des vêtements ou des draps pas exemple), des réactions douloureuses stimulés par le simple contact ou le frôlement ou le fait qu'une douleur à priori d'intensité modérée est perçu comme extrêmement douloureuse (par exemple, se cogner le bras sur le coin d'une table).

A l'heure actuelle, on suppose plusieurs facteurs favorisant cette hyperalgésie :

- L'atteinte neuropathique
- L'absence de contrôle de la douleur = « la douleur appelle la douleur » plus la douleur perdure ou n'est pas soulagée, plus la douleur sera importante. Cela rejoint le concept de sensibilisation et les Contrôles Inhibiteurs Nociceptifs Diffus (CIDN) développés dans les paragraphes suivants (respectivement 1.3.3. et 1.3.4.).
- L'hyperalgésie conditionnée (Meulders, 2020) = permettant de supposer l'impact du conditionnement classique et opérant sur la perception de la douleur. On retrouve une

généralisation possible de l'apprentissage pour des stimuli nouveaux mais perceptuellement ou conceptuellement liés et pouvant persister même en cas de diminution de la douleur.

- L'Hyperalgésie aux opiacés démontrés dans les modèles animaux et auprès des sujets sains (Fletcher & Martinez, 2014). Elle se retrouve dans le contexte post-opératoire mais également sur l'utilisation sur le long cours des opiacés (palier 2 et 3).

Cette hyperalgésie peut se retrouver dans des situations plus atypiques comme au réveil de coma (Garcia-Larrea & Bastuji, 2018) et en parallèle de certains syndromes psychopathologiques (Fishbain et col, 2017).

Pour aller plus loin : voir Fiche Hyperalgésie dans Berlemont et col, 2022 et SFAR, SFETD, Le livre blanc de la douleur post-opératoire, 2021.

1.3.3 Sensibilisation centrale et périphérique

La sensibilisation est un processus pathologique lié à des modifications durables des propriétés physiologiques des neurones nociceptifs (principalement au niveau médullaire) qui favorisent la pérennisation, voire l'exacerbation, de l'hyperexcitabilité des systèmes nociceptifs centraux (Inserm, 2020). Selon l'IASP, la sensibilisation est donc une augmentation de la réactivité des neurones nociceptifs à leur apport normal et/ou recrutement d'une réponse à des apports normalement inférieurs au seuil (IASP <https://www.iasp-pain.org/resources/terminology/#pain> consulté le 23/05/2022).

C'est comme si le système de perception de la douleur était réglé selon un certain niveau et qu'une fois ce seuil franchi ; la douleur est perçue. Dans le cas d'une sensibilisation, le seuil est abaissé. La perception de la douleur sera déclenchée même pour des stimulations faibles (en dessous du seuil initial par exemple) et sera être perçue plus intensément pour des stimulations habituellement douloureuses.

L'autre phénomène observable de la sensibilisation est une diffusion de la sensation douloureuse, une augmentation de la taille du champ récepteurs. Comme par exemple, chez cette patiente qui dans les suites d'un Syndrome Douloureux Régional Complexe d'un genou suite à une entorse, va progressivement être confrontée à des douleurs sur l'ensemble de la jambe, voire sur l'autre jambe ou le bras du même côté.

On distingue la sensibilisation centrale qui est « *une augmentation de la réactivité des neurones nociceptifs du système nerveux central à leur entrée afférente normale ou inférieure au seuil* » et la sensibilisation périphérique, c'est-dire « *une augmentation de la réactivité et réduction du seuil des neurones nociceptifs en périphérie à la stimulation de leurs champs récepteurs* » (IASP).

On suppose que ces phénomènes sont en lien avec des processus périphériques et centraux. On parle notamment d'un dysfonctionnement ou une inactivation des systèmes de contrôle de la douleur. Ce sont des systèmes endogènes de contrôle de la douleur (cf 1.3.4) qui sont impliqués dans la modulation de la douleur. Leur absence ou leur inactivité favorise, de fait, la perception douloureuse. Ainsi « *une diminution des contrôles inhibiteurs, une augmentation de contrôles facilitateurs ou encore les deux phénomènes à la fois pourraient ainsi être à l'origine d'une sensibilisation centrale* » (Staud et coll., 2012 cités par INSERM, 2020). De nombreuses études ont pu apporter des connaissances sur la sensibilisation tant au niveau moléculaire et cellulaire qu'au niveau central (Pohl, 2014) Il est également reconnu que ce processus une fois enclenché peut fonctionner en autonomie ensuite et maintenir ainsi une forme de sensibilisation, même si le

problème initial est résolu (Woolf, 2011 cité par Inserm, 2020). Ces mécanismes sont à la base de la douleur nociplastique (cf 1.5.1) et on le suppose comme majoritairement présent dans la fibromyalgie, même si « ce mécanisme n'est en aucun cas spécifique de la fibromyalgie puisqu'il interviendrait dans de nombreux autres syndromes douloureux chroniques. » (Inserm, 2020). On retrouve d'ailleurs une série de pathologie dont le mécanisme principal serait la sensibilisation centrale et qui vont bien au-delà de la douleur, rejoignant l'idée d'une hyperréactivité du système neurologique maintenue par différents mécanismes : (figure 4)

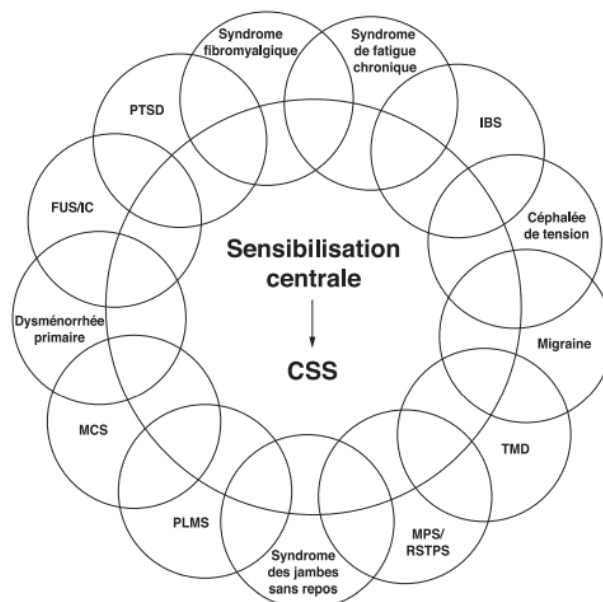


Figure 3.2 : Membres proposés de la famille des « syndromes de sensibilisation centrale » (CSS) (d'après Yunus et coll., 2008)

Abréviations : CSS : syndrome de sensibilisation centrale ; FUS/IC : syndrome urétral aigu/cystite interstitielle ; IBS : syndrome de vessie hyperactive ; MCS : hypersensibilité chimique multiple ; MPS/RSTPS : syndrome de douleur myofasciale/syndromes douloureux régionaux complexes ; PLMS : syndrome des mouvements périodiques nocturnes ; TMD : désordres temporo-mandibulaires ; PTSD : troubles de stress post-traumatique.

Figure 4 : Figure 3.2 Membres proposés de la famille des « syndromes de sensibilisation centrale » (CSS) – Inserm, 2020 - p 173.

A noter qu'il ne semble pas possible d'étudier directement la sensibilisation centrale chez l'homme mais un protocole est reconnu pour identifier le phénomène : « L'application de stimulations à fréquence relativement élevée (par exemple une dizaine de stimulations mécaniques ou thermiques à la fréquence d'une stimulation par seconde) produit une augmentation progressive de la douleur alors que l'intensité de la stimulation n'a pas changé. Cette augmentation de la douleur liée à la sommation temporelle des messages nociceptifs est considérée comme un équivalent du phénomène de « wind up », décrit au niveau des neurones nociceptifs de la moelle chez l'animal (Woolf, 2011). Cette augmentation progressive de la douleur liée à la sommation temporelle chez l'Homme et le « wind up » de l'activité neuronale chez l'animal, seraient un reflet de la sensibilisation centrale (Arendt-Nielsen et coll., 2018 ; O'Brien et coll., 2018). [...]. Il est donc possible d'utiliser ce modèle expérimental simple de la sommation temporelle des stimulations nociceptives pour analyser la sensibilisation centrale chez les patients » (Inserm, 2020). De nombreuses études sont réalisées dans ce sens et semble prometteuses, notamment auprès des patients présentant une fibromyalgie.

L'enjeu sur le plan clinique est donc d'identifier ce qui amène la sensibilisation. Or un grand nombre de facteurs y contribuent : la douleur non contrôlée, la dépression, la mémoire traumatique, etc... confirmant la pertinence d'une évaluation pluriprofessionnelle de la douleur.

1.3.4 CIDN control inhibiteur diffus nociceptif

Ce mécanisme de modulation de la douleur est connu depuis la nuit des temps puisqu'elle donne lieu à des pratiques ancestrales de contre stimulation douloureuse pour limiter la douleur. Des exemples sont décrits dans l'Antiquité et ont été régulièrement pratiqués avant l'avènement des traitements. On la retrouve encore aujourd'hui dans certaines médecines traditionnelles.

Ce sont notamment les travaux de neurophysiologiste français dont Pr Lebars et Pr Didier Bouhassira qui ont contribué à l'explicitation des mécanismes et permis de mieux comprendre les mécanismes de régulation cérébrale de la douleur. Initialement appelé Control Inhibiteur Diffus Nociceptif (CIDN), il est plus couramment utilisé sous son acronyme anglais : CPM = conditioned pain modulation. On retrouve d'emblée la notion de conditionnement par ailleurs, traduisant son utilisation dans un grand nombre d'étude de douleur expérimentale tant dans l'apprentissage que dans les phénomènes de sensibilisation (phénomène wind-up cf p 18).

Nous pouvons résumer ce mécanisme par les deux schémas suivants en partant des études en jeu dans la fibromyalgie, traduisant l'inactivation de ce mécanisme réflexe dans le cas des douleurs dysfonctionnelles ou nociplastiques (CF figure 5) :

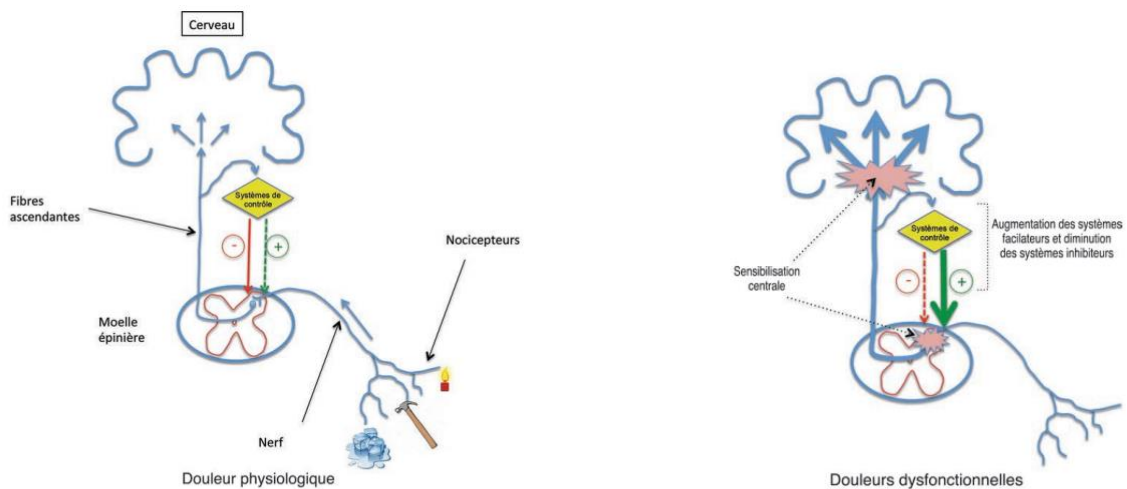


Figure 3 : Hypothèses des mécanismes biologiques à l'origine des douleurs chroniques diffuses dans le syndrome fibromyalgique

A : Les stimulations nociceptives, quelle que soit leur nature (brûlure, coup...), activent des récepteurs de la douleur (nocicepteurs), qui sont des petites fibres nerveuses présentes partout sur notre corps (peau, muscles, articulations, viscères). Les messages douloureux sont ensuite transmis par les nerfs sensitifs vers la moelle épinière où sont déclenchés les réflexes nociceptifs, puis vers les centres cérébraux au niveau du cerveau. Il existe des systèmes de modulation physiologique de la transmission des messages nociceptifs qui trouvent notamment leur origine au niveau du tronc cérébral localisé sous le cerveau. Ces systèmes peuvent moduler de façon positive ou négative la transmission médullaire (au niveau de la moelle épinière) des messages douloureux. La sensation de douleur résulte donc d'une interaction entre les systèmes ascendants et les systèmes descendants de modulation.

B : Dans les douleurs dysfonctionnelles comme celles observées dans la fibromyalgie, le système nerveux central (cerveau et moelle épinière) est intact et il n'y a pas de lésion tissulaire, d'inflammation ou de lésion neurologique décelables, au moins avec les techniques actuelles (mais cette dernière notion est actuellement remise en question). On considère aujourd'hui que les douleurs chroniques diffuses sont liées à des modifications directes du système de détection de la douleur dans la moelle épinière et le cerveau. Les mécanismes de modulation de la douleur seraient altérés (diminution des systèmes inhibiteurs ou augmentation des systèmes facilitateurs), ce qui favoriserait le développement d'une sensibilisation centrale correspondant à un état d'hyperexcitabilité de longue durée des neurones nociceptifs. La douleur n'étant plus filtrée, elle pourrait être déclenchée par des stimulations plus légères que la normale.

Figure 5 : Figure 3 A. douleur physiologique et B. douleur dysfonctionnelle, Inserm, 2020

Ces travaux donnent lieu à la pratique régulière de la prise en compte des systèmes inhibiteurs en recherche fondamentale. On sait que ces systèmes sont variables d'un individu à un autre (Marchand, 2009) et qu'ils ont un rôle à jouer dans la modification de la douleur.

1.3.5 Modulation psychologique

La modulation psychologique sur la douleur a été principalement étudiée à partir de l'impact de l'hypnose sur la douleur et de l'effet placebo.

Concernant l'hypnose se sont notamment les études de Rainville qui ont permis d'apporter des connaissances en neurosciences sur ce phénomène. Ainsi pour cet auteur, l'analgésie hypnotique produit davantage qu'une modification du rapport de douleur. Elle s'accompagne de changements « objectifs » dans les réponses physiologiques aux stimulations douloureuses (Rainville & Price, 2004) « *La recherche clinique a démontré une diminution de la perception de la douleur, de l'interférence de la douleur, de la dépression et de l'anxiété, et une augmentation de la qualité de vie globale lorsque les patients souffrant de douleur chronique ont bénéficié de l'apprentissage de l'hypnose*⁸ » (Bicego et col, 2021).

Les études en imagerie cérébrale ont permis d'identifier les zones impliquées dans l'hypnose et de mettre en évidence les mécanismes présents dans la modulation, impliquant notamment la régulation émotionnelle (Bicego et col, 2021) et la mise en évidence de la matrice de la douleur (cf 1.4.) (Jensen et Patterson, 2014 ; Vanhaudenhuyse et al., 2014 cités par Langlois, et col, 2022).

De plus, un traitement par hypnose axé sur une combinaison de douleur, de détresse psychologique et de capacité fonctionnelle pourrait offrir des avantages globaux liés à la santé en réduisant la kinésiophobie (peur du mouvement), le catastrophisme (biais cognitif connu pour son rapport renforçateur de la problématique douloureuse, cf partie 2.2.), la détresse psychologique et troubles du sommeil (id).

Sur le plan de l'effet placebo, on retrouve des éléments intéressants. Benedetti distingue l'effet placebo et le placebo en lui-même. « *Un placebo est une substance ou un traitement inactif tandis que l'effet placebo est la réponse à cette substance ou traitement inactifs* (Benedetti, 2004). Gold standard des études médicales, parfois encore utilisé en clinique, le placebo, la substance identifiée comme non active chimiquement, est à la base des connaissances médicales sur les traitements médicamenteux. Il est par ailleurs souvent nécessaire même pour les techniques non médicamenteuses de trouver une forme de placebo, i.e. une technique équivalente sans action supposée. Mais son utilisation si répandue a permis de développer un champ d'étude sur son action et, de fait, amène à concevoir que « *les substances et les traitements inactifs produisent leurs effets non pas par leur inactivité mais par leur signification. Ainsi, un placebo est un traitement inactif qui, associé à un contexte signifiant, produit un effet* » (Benedetti, 2004).

On sait maintenant que cet effet est sous-tendu par des structures cérébrales (cortex cingulaire antérieur, substance péri-aqueducule, cortex orbitofrontal latéral, striatum,) impliquées dans la production d'endorphines (Casassus 2021 ; Benedetti, 2004) et de dopamine (Cassassus, 2021) . On suppose également qu'il est le résultat de mécanismes d'apprentissage par l'anticipation et le conditionnement (Benedetti, 2004). Ainsi « *L'effet placebo associe étroitement la biologie, la relation et le contexte des interactions thérapeutiques* » (Balez et col, 2015) ouvrant ainsi sur des modèles explicatifs impliquant autant la biologie que la psychologie humaine.

⁸ Citation originale « Clinical research has demonstrated a decrease of pain perception, pain interference, depression and anxiety, and an increase in global quality of life when patients with chronic pain have benefited from hypnosis learning »

A noter que cet effet peut ne pas influencer l'état du patient (sujet placebo non répondeur), l'améliorer (sujet placebo répondeur) ou l'aggraver (sujet nocebo⁹ répondeur) (Berlemont et col, 2022)). Il est communément admis que l'effet placebo peut améliorer jusqu'à 30 % des symptomatologies sur différents symptômes dont la douleur (Cassassus, 2021) avec toutefois des effets variant de 15% à 53% (Berlemont et col, 2022). Enfin l'utilisation de la naloxone (antagoniste de la morphine) permet d'annuler l'effet placebo (Benedetti, 2004).

« [...] l'effet nocebo, est tout aussi avéré et fait ressortir l'importance des relations entre psychisme et pathologie. Il permet de comprendre l'importance des études comparatives contre placebo dans la recherche clinique (ce que confirme la fréquence des effets indésirables dans les groupes « placebo », en partie induits par un effet nocebo) ; d'expliquer certaines polémiques récentes scientifiquement incompréhensibles (comme celle du Lévothyrox[®]) ; mais aussi de faire ressortir l'importance de la relation médecin-malade et d'une bonne explication des traitements et de leurs risques éventuels. » (Cassassus, 2021). Ainsi réfléchir à l'effet placebo amène nécessairement à intégrer le versant relationnel (Cassassus, 2021 ; Balez et col, 2015), tant dans la diade médecin-patient que sur le plan de la société. Il rejoint les effets de la suggestion et inclut la prise en considération du contexte, ouvrant sur l'alliance thérapeutique (Bioy & Bachelart, 2010).

On comprend donc que l'on commence à avoir des éléments, par la neuroimagerie et les neurosciences, permettant de confirmer certaines hypothèses émises depuis plusieurs décennies par les théories psychologiques. Ces dernières, basées sur l'observation clinique et l'appui des théories du psychisme, avaient déjà évoqué des pistes de travail : « nous savons maintenant que l'hypnose correspond à un processus permettant de faciliter la transformation des expériences en apprentissages, et qu'elle permet à un « sujet global » (intégrant les dimensions corporelles, existentiel, spirituel, psychique, etc...) de retrouver flexibilité et souplesse lorsque la souffrance semble scléroser son énergie à vivre et à devenir. Ce processus n'est pas seulement présent en thérapie. Il est aussi dans d'autres activités et mobilise la sensorialité de façon majeure » (Bioy, 2017 - p113-114)

On comprend aussi que dans les deux cas, hypnose et placebo, le relationnel est un élément fondamental, rappelant que dans la prise en compte de la douleur, le relationnel vécu ou passé a un impact majeur. On perçoit ainsi, à travers ce champ d'études, le potentiel intérêt de l'abord du psychisme par la douleur, nous permettant d'avoir accès à son fonctionnement. Les études sur la plasticité neuronale impliquent une prise en compte de la dynamique corps-psychisme (ou somapsyché) incontestable. Ainsi plusieurs étapes sont définies : la détermination des manifestations neurobiologiques des nocicepteurs, leur traitement au niveau de la corne dorsale qui est un premier centre de traitement, l'orientation du message sur plusieurs zones corticales impliquées dans le cortex. L'ensemble implique nécessairement un contrôle descendant formant une boucle. D'emblée la boucle est bouclée, fonctionnement toujours en interaction entre le périphérique et le central, et inversement (figure 6).

⁹ Effet nocebo : (« je nuirai ») a été mis en évidence en étudiant les effets secondaires perçus dans le groupe placebo des études médicales. C'est le pendant de l'effet placebo, c'est-à-dire celui qui provoque des effets néfastes au lieu d'effet thérapeutique.

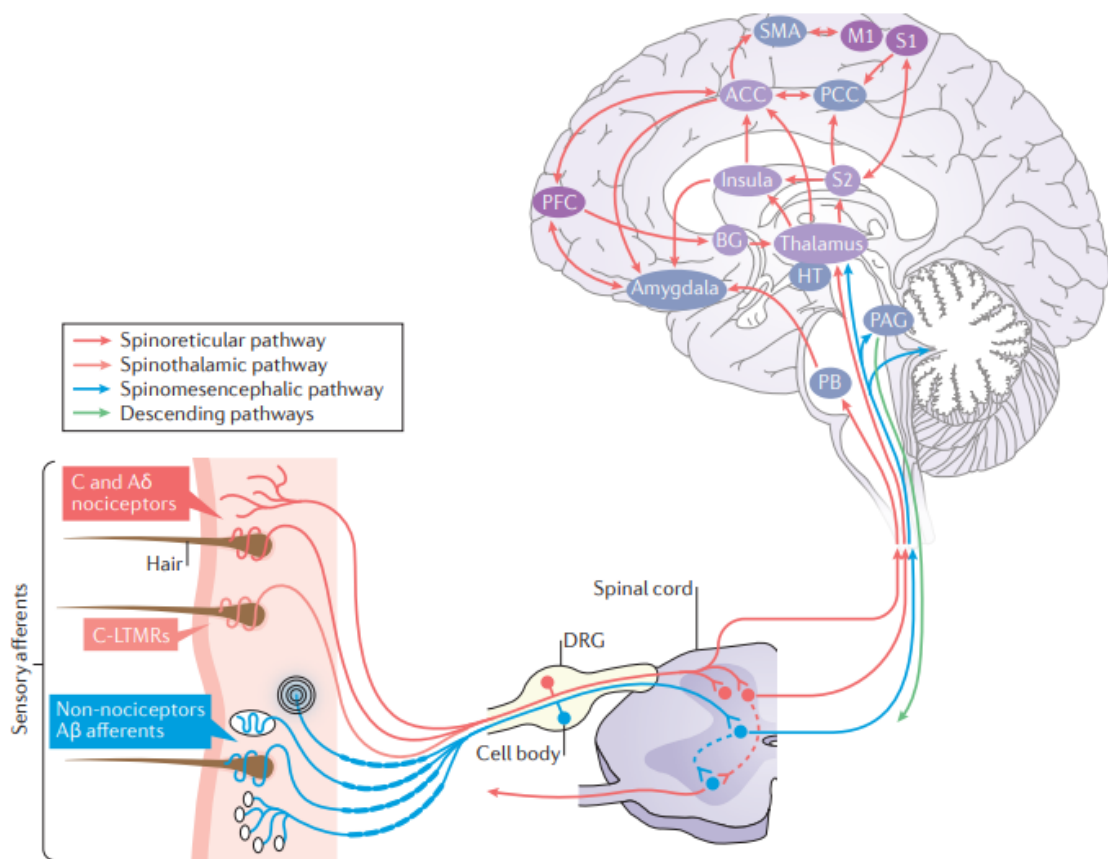
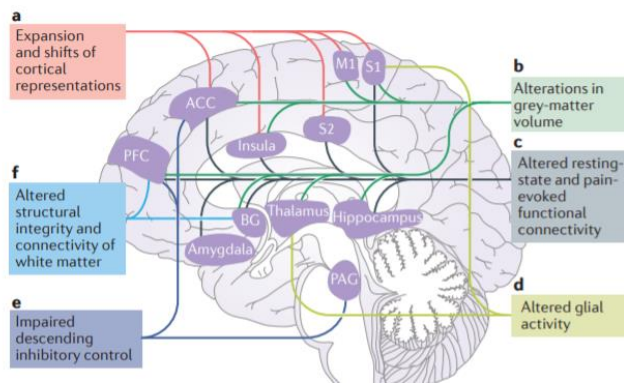


Figure 6 Nociceptive pathways from periphery to brain (Kuner & Flor, 2017)

Selon que l'on se centre sur les différents niveaux, les connaissances se développent sur les fonctionnements et les facteurs qui les influencent. Si on se centre sur le plan cérébral par exemple, la neuroplasticité est confirmée et se retrouve même si de nombreuses questions persistent comme l'enjeu de la connectivité cellulaire et régionale dans les voies de médiation et de modulation de la douleur ainsi que les différences (ou non) entre les différents types de douleur. On retrouve notamment des enjeux autour de la compréhension de la modulation psychologique, l'impact du stress ainsi que la privation de sommeil (Kuner & Flor, 2018).

Mais il est intéressant de garder en mémoire qu'actuellement, on suppose que la neuroplasticité implique les mécanismes suivants : (Kuner & Flor, 2017) – cf figure 7



- a) Expansion and shifts of cortical representations = expansion et décalage de représentations corticales
- b) Alterations in grey-matter volume = Altérations du volume de la matière grise
- c) Altered resting-state and pain evoked functional connectivity = L'altération de la connectivité fonctionnelle impliquées dans l'état de repos et la douleur
- d) Altered structural integrity and connectivity of white matter = Intégrité structurelle altérée et connectivité de la substance blanche
- e) Altered glial activity = Altération de l'activité gliale
- f) Impaired descending inhibitory control = Altération du contrôle inhibiteur descendant

Figure 7 : Figure 3 : Structural and functional changes in the human brain in chronic pain conditions (Kuner & Flor, 2017)

1.4 Focus matrice de la douleur

L'avancée dans la connaissance du fonctionnement cérébral se retrouve également dans les travaux sur la « Pain Matrix » ou « Matrice de la douleur ». On sait maintenant qu'il n'y a pas une zone de traitement de la douleur mais bien un système complexe, associant plusieurs zones du cerveau, modulables et en perpétuelles interactions associant probablement plusieurs strates dans le traitement de l'information, avant d'arriver à la conscientisation d'une douleur.

En effet, Ronald Melzack a été un des premiers à évoquer l'hypothèse d'une matrice douleur. Co-découvreur dans les années 60 du Gate-Control (cf 1.3.1), il portera presque 30 ans après, l'hypothèse d'une neuromatrice de la douleur définie comme un ensemble répandu de neurones dont l'activité se traduit par la sensation du « corps-soi », c'est-à-dire le sentiment d'un « corps entier possédant un sens de soi » (Melzack, 2001 cité par Legrain et col, 2011 ; Melzack & Katz, 2013).

La formalisation de cette matrice de la douleur a permis de mettre en évidence des zones du cerveau impliquées dans la douleur et de démontrer que ces zones sont en relation. Ce sont toutefois des zones non exclusivement dédiées à la perception de la douleur mais bien des zones impliquées dans la gestion d'émotions, l'élaboration des pensées et la construction des comportements et actions (Charré, 2021, Garcia-Larrea & Peyron, 2013). Cela nous permet de retrouver les 4 composantes de la douleur évoquées précédemment dans la description du phénomène (voir 1.2) et confirme la complexité du phénomène que l'on décrivait.

Cette neuro-matrice de la douleur inclus le thalamus, les cortex somesthésique et insulaire, le cortex cingulaire médian et antérieur, et de façon plus variable les régions préfrontales et pariétales postérieures, le tronc cérébral et le cervelet (Garcia-Larrea, 2012).

Ce nouveau système nerveux conceptuel repose sur 4 conclusions formulées par ce chercheur à l'issue de ses travaux : (Melzack & Katz, 2004)

1. Les travaux sur le membre fantôme ont permis de confirmer que la perception du corps que nous ressentons peut se faire en dehors de stimulations corporelles, en dehors des entrées du corps.
2. Il est possible de ressentir toutes les qualités que nous ressentons, normalement dans notre corps, dont la douleur en absence de stimulation du corps ; il est donc possible de penser « que l'origine des schémas qui sous-tendent les qualités de l'expérience se trouvent

dans les réseaux neuronaux du cerveau ; les stimuli peuvent déclencher les schémas mais ne les produisent pas ».

3. Il existe un « Soi » perçu comme unité du corps, distinct des autres personnes et du monde environnant. On retrouve des processus neuronaux centraux à la production de cette expérience.
4. Enfin il existe des processus cérébraux sur le Soi-Corps (« Body-self ») même si l'expérience l'influencera nécessairement.

Ces conclusions constituent la base du nouveau modèle conceptuel et permet de présenter le schéma suivant (figure 8 pour l'originale et 9 pour la version traduite) (Melzack, 2004) :

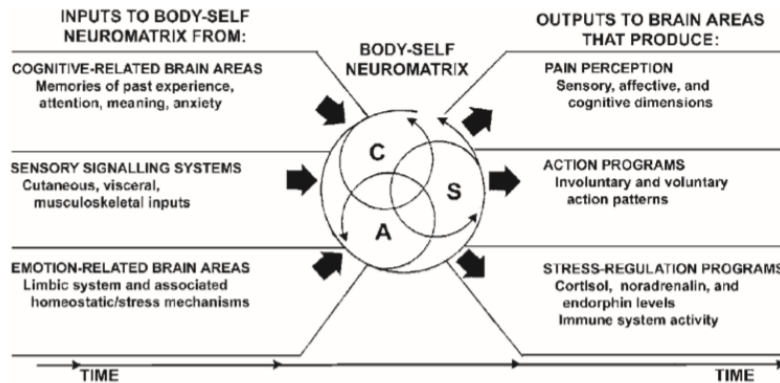


FIG. 1.5. Factors that contribute to the patterns of activity generated by the body-self neuromatrix, which is comprised of sensory, affective, and cognitive neuromodules. The output patterns from the neuromatrix produce the multiple dimensions of pain experience, as well as concurrent homeostatic and behavioral responses. From Melzack (2001), with permission.

Figure 8 Figure 1.5. Factors that contribute to the patterns of activity generated by the body-self neuromatrix (Melzack, 2005)

Dont nous proposons une traduction par :

Facteurs qui contribuent aux modèles d'activité générés par la neuromatrice corps-soi, qui est composée de neuromodules sensoriels, affectifs et cognitifs. Les modèles de sortie de la neuromatrice produisent les multiples dimensions de l'expérience de la douleur, ainsi que des réponses homéostatiques et comportementales simultanées :

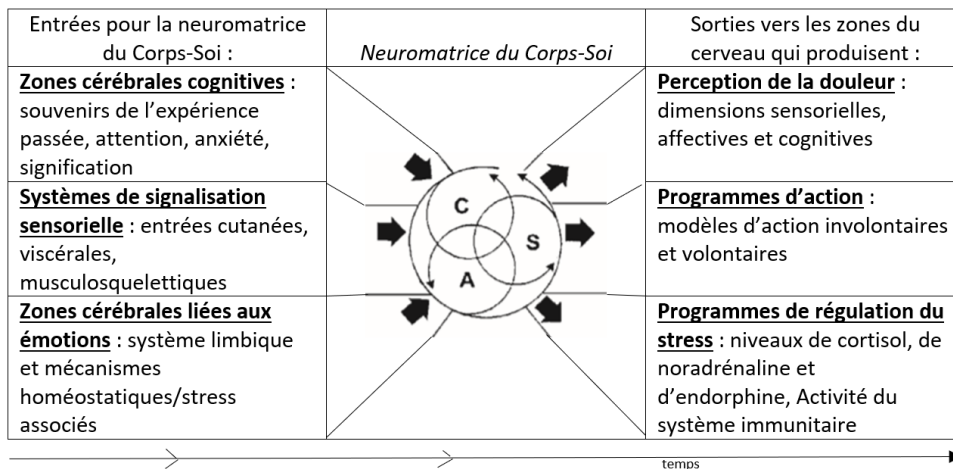


Figure 9 Facteurs impliqués dans l'activité de la neuromatrice du Soi-corporel (Melzack, 2005)

Ainsi l'hypothèse de cette matrice permet d'aborder le phénomène douleur sous une nouvelle perspective, qu'il soit aigue ou chronique. En effet, toute douleur, même aigue, passe par cette

matrice. « *Plus précisément, cette douleur (et toute expérience perceptuelle) est le produit final d'un cerveau actif créant une expérience subjective à la fois en réponse et (potentiellement) indépendante de l'entrée sensorielle. En tant que tel, le cerveau est impliqué de manière critique dans la génération de la douleur, quelle que soit l'étendue des lésions tissulaires ou de la pathologie¹⁰* » (Gagliese & Katz, 2000). Par ailleurs cela implique que toute douleur quel que soit son étiologie est une production de cette matrice. Ainsi « *toute douleur est le résultat final de l'activité dans la neuromatrice. Par conséquent, la douleur qui ne peut pas être facilement liée à une pathologie observable ou qui a des caractéristiques « non anatomiques » n'est pas une preuve de psychopathologie, mais est plutôt générée par l'activité de la neuromatrice¹¹* » (id).

Par ailleurs, il est souvent entendu que la douleur chronique résulte de cette matrice et qu'elle est le résultat de plusieurs filtres qui y sont plus ou moins activés (cf 1.3). Mais il est important de comprendre que la douleur aiguë l'est également. Elle est également traitée par la matrice et agit sur celle-ci en la modifiant. Ainsi la croyance selon laquelle la douleur chronique est une maladie et la douleur aiguë ne l'est pas ne tient pas. Existe-t-il une véritable guérison, par exemple de la douleur aiguë, car la mémoire de la douleur ainsi que son impact sur la sensibilisation sont présentes même en dehors d'une stimulation douloureuse, comme un système pouvant s'endormir mais qui se réactivera à chaque confrontation à des stimulations douloureuses (Charré, 2021), permettant ainsi d'expliquer des tableaux cliniques non compréhensibles jusque-là. Cette conception permet également de mettre l'accent sur le caractère modifiable du réseau. "*c'est aussi l'espoir de guérison*" (Charré, 2021) ou du moins une restabilisation du phénomène en travaillant sur l'impact des comportements.

Nous serions donc dans l'hypothèse d'un système qui fonctionne par lui-même tout en étant dépendant à la fois des stimulations qu'il intègre au fur et à mesure mais également d'autres phénomènes pouvant impacter son fonctionnement. Mais Melzack va plus loin et propose aussi le concept de neuro-signature (Melzack & Katz, 2004- p4 ; Melzack & Katz , 2013 ; Garcia-Larrea & Peyron, 2013). Cela correspond à une conception finale et intégrée de la perception du corps largement en lien avec la conscience et l'action. Melzack et Katz supposent une neuromatrice corporelle, neuromatrice expérience, neuromatrice action en interrelation. Ainsi « *le cerveau fait plus que détecter et analyser les entrées : il génère une expérience perceptive même lorsqu'aucune entrée externe ne se produit¹²* (Melzack & Katz , 2013 - p7) ». Par ailleurs, « *la neurosignature est également modulée par des entrées sensorielles et par des événements cognitifs tels que le stress psychologique¹³* » (Melzack & Katz, 2013 – p10). Ce n'est pas sans rappeler les théories de Pierre Janet sur une vision intégrative du fonctionnement mental avec la notion d'intégration et de synthèse qui seront développées dans la suite de ce manuscrit. Il est toutefois intéressant de noter dès à présent les ponts nous permettant d'envisager l'étude de la douleur comme étant une voie d'entrée sur l'étude de la synthèse au sens Janetien du terme.

¹⁰ Citation originale : "Specifically, that pain (and all perceptual experience) is the end product of an active brain creating subjective experience both in response to and (potentially) independent of sensory input. As such, the brain is critically involved in the generation of pain regardless of the extent of tissue damage or pathology".

¹¹ Citation originale : "Therefore, pain that cannot be easily linked to observable pathology or that has 'nonanatomical' characteristics is not evidence of psychopathology but rather is generated by the activity of the neuromatrix"

¹² Citation originale : « The brain does more than detect and analyze inputs; it generates perceptual experience even when no external inputs occur »

¹³ Citation originale : « The neurosignature pattern is also modulated by sensory inputs and by cognitive events, such as psychological stress.»

Même si ces différents éléments n'ont pas tous été confirmés, les études en neuroimagerie permettent de soutenir l'idée d'une perception consciente sur 3 niveaux intermédiaires et réalisés quasiment instantanément : « (i) un traitement inconscient dans les zones sensori-motrices et limbiques recevant une entrée spinothalamique et spino-parabrachiale, à (ii) un sens immédiat de la conscience du stimulus soutenu par l'activation conjointe des réseaux sensorimoteur et fronto-cingulaire-pariétal, et enfin (iii) une conscience « étendue » complète (Damasio, 1998) impliquant l'intégration de percepts immédiats avec des souvenirs autobiographiques et la conscience de soi¹⁴. » (Garcia-Larrea & Bastuji, 2018). Par ailleurs ces éléments ont été travaillés dans le cadre d'un état de conscience « normale » mais des pistes nous permettent d'envisager que ce système reste actif même en cas de conscience altérée. « Il existe cependant de nombreuses preuves que les entrées sensorielles aversives qui ne sont pas perçues consciemment peuvent néanmoins modifier le comportement, même à long terme. Des exemples évidents de cette situation ont été obtenus chez des personnes dans le coma ou sous anesthésie, chez lesquelles des apports douloureux incontrôlés peuvent induire, plus tard, une hyperalgésie et des plaintes psychologiques, y compris des cauchemars, une anxiété généralisée et des troubles post-traumatiques (TSTP) (Myhren et col, 2009; Lukaszewicz et col, 2015)¹⁵ » (cités par Garcia-Larrea & Bastuji, 2018,).

Cela implique un encodage des stimulus aversifs même en dehors de la conscience déclarative. La mémoire implicite peut jouer un rôle majeur dans les réactions face aux futures expériences de douleur (Garcia-Larrea & Bastuji, 2018).

Enfin, peut-être que toutes ces recherches et avancées dans la connaissance de ce phénomène et les tentatives d'appréhender le phénomène via une technologie permet de faire le lien avec les travaux de nombreux psychologues. La vision de Melzack et Katz est peu développée en France. Pourtant aborder l'expérience douloureuse dans ses rapports au Soi est tout à fait primordiale. Les études sur la perception de la douleur sont actuellement travaillées sous l'angle de l'imagerie mais il peut être intéressant de s'attacher à un autre point de vue et rejoindre les apports sur la psychopathologie de la douleur, développée par de nombreux psychologues. Ce constat est retrouvé dans les travaux sur la modulation psychologique. En effet, « pour la psychologie, la psychopathologie et la psychanalyse, les frontières entre psyché et soma sont tombées depuis longtemps et les conceptualisations déjà anciennes reprises ces dernières années notamment concernant la sensorialité témoigne très bien de cela ». (Barfety-Servignat, et col 2020 - page 48). Il est également tout à fait intéressant de réintégrer la douleur dans l'expérience de vie du patient et d'entendre ce qui est mis à mal ou plutôt mis à l'épreuve dans cette expérience à savoir l'identité et sa préservation. Ce sont souvent des discours de lutte, de combat que nous entendons au sein des consultations douleur mais cette mise en récit de ce travail psychique par les mots permet de travailler et d'élaborer un nouveau sens mais aussi un sens de Soi potentiellement modifié par l'expérience douloureuse. L'apport de la psychopathologie de la douleur est ici fondamental (cf 1.6.).

¹⁴ Citation originale : « i) unconscious processing in sensori-motor and limbic areas receiving spinothalamic and spino-parabrachial input, to (ii) an immediate sense of stimulus awareness supported by joint activation of sensorimotor and fronto-cingulate-parietal networks, and finally (iii) full 'extended' consciousness (Damasio, 1998) implying integration of immediate percepts with autobiographical memories and self-awareness. »

¹⁵ Citation originale : « There is ample evidence, however, that aversive sensory inputs that are not perceived consciously can nevertheless modify behavior, even in the long term. Conspicuous instances of this have been obtained from people in coma, or under anesthesia, in whom uncontrolled painful inputs may induce, later on, hyperalgesia and psychological complaints including nightmares, generalized anxiety and post-traumatic state disorders (PTSD) (Myhren et al., 2009; Lukaszewicz et al., 2015). »

En conclusion, on parlera d'une expérience douloureuse englobant à la fois le stimulus et son intégration mentale, dans un contexte environnemental et socio-culturel. Ainsi « Le symptôme douloureux peut donc être abordé comme un processus qui survient accidentellement dans la vie d'un sujet humain porteur d'une complexité et d'une identité aux multiples facettes : biologique socioculturel professionnel familial entre autres » (Bioy et col, 2020 - p 30). La douleur implique toute une série de mécanisme, de réactions qui vont du moléculaire, cellulaire ou fonctionnement cérébral et sa neuroplasticité, qui reflète très probablement que ce que l'humain fait en permanence par le simple fait de vivre.

Pour avoir une vision plus synthétique de ce système, on peut reprendre l'idée d'une balance ou d'un système qui est en perpétuel ajustement avec des composantes inhibitrices et des composantes renforçatrices, qui se renégocient face à chaque événement.

1.5 Douleur maladie ?

Décrire le phénomène douleur est déjà complexe, la soigner reste une priorité pour tous les soignants. Dans la plupart des cas, elle est un des symptômes d'une pathologie et permet donc d'identifier le processus à l'origine de la problématique douloureuse. Dans un certain nombre de cas, la prise en charge de la pathologie permet de diminuer voire arrêter la douleur. Dans un autre certains nombres de cas, il ne sera pas possible d'intervenir sur la cause et la douleur sera donc maintenue. Dans d'autres cas, enfin, le fait de modifier la cause ou de soigner la cause n'enlève pas la douleur.

Les recherches dans ce domaine permettent maintenant d'avoir un socle solide de connaissances ouvrant sur une meilleure compréhension des douleurs et d'ouvrir sur une médecine de la douleur reposant sur le modèle bio-psycho-social et les pratiques pluriprofessionnelles. L'enjeu reste autour de la définition de prises en charges efficientes. Le deuxième enjeu est sur la diffusion de ces connaissances qui reste difficile. La création notamment des Structures Douleur Chronique (SDC) dans les années 1990 permettent d'identifier des professionnels de santé spécialisé dans le domaine.

Nous allons reprendre dans ce chapitre un tour des connaissances actuelles tant sur le type de douleur que sur la « douleur maladie » et nous terminerons par la psychopathologie de la douleur. Cette partie du manuscrit traduit en réalité l'application des connaissances acquises de la recherche et l'apport de la psychopathologie dans la clinique.

La recherche translationnelle contribue également à l'avancée des pratiques et une amélioration de la prise en charge de la douleur. Mais il est important de noter que ce sont les recherches sur les modèles animaux, de par leur reproductibilité et le gold standard du groupe control face au traitement médicamenteux ou au placebo utilisé, qui fondent actuellement une bonne partie de l'intervention en médecine.

1.5.1 Les types de douleur

IASP travaille depuis de nombreuses années à essayer de clarifier et de définir d'une manière la plus claire possible les différents types de douleur. On retrouve un groupe de travail nommé

taxonomie¹⁶ qui continue d'actualiser les données. <https://www.iasp-pain.org/resources/terminology/#pain>. A noter que cette classification est principalement basée sur la localisation de la douleur : <https://www.iasp-pain.org/publications/free-ebooks/classification-of-chronic-pain-second-edition-revised/> (dernière consultation le 23/05/2022).

L'autre moyen d'aborder la classification de la douleur est de considérer ce phénomène par le mécanisme étiologique. Nous retrouvons classiquement plusieurs grands types de mécanismes générateurs de la douleur (cf tableau 1) :

Tableau 1 : Différents mécanismes de la douleur à partir de Bassan et col, 2018	
<u>Douleur par excès de nociception</u>	La douleur par excès de nociception est le mécanisme le plus courant. Il s'agit là d'une stimulation somatique mécanique (musculaire, osseuse, cutanée...) ou d'origine infectieuse, dégénérative, traumatique ou viscérale, etc. des tissus périphériques. Elle correspond à la douleur que tout le monde est amené à rencontrer et pour laquelle la prise en charge est souvent codifiée.
<u>Douleur Neuropathique</u>	Douleur causée par une lésion ou une maladie du système nerveux somatosensoriel (IASP / Bouhassira & Attal, 2019). Elle peut survenir dans les suites par exemple d'une atteinte du système nerveux périphérique (amputation, zona, etc.) ou centrale (paraplégie, suite à un AVC...). Dans certains cas, cette lésion est documentée (par des imageries ou des examens spécifiques), parfois elle sera établie à partir de la présentation clinique. Ce sont des douleurs spécifiques en termes de sensations (brûlure, froid douloureux, sensation étranges, etc...) et dont les mécanismes nécessitent une prise en charge particulière.
<u>Douleur Nociplastique (anciennement douleur Idiopathique ou fonctionnelle ou dysfonctionnelle)</u>	Douleur qui résulte d'une nociception altérée malgré l'absence de preuves claires de lésions tissulaires réelles ou menacées provoquant l'activation des nocicepteurs périphériques ou de preuves d'une maladie ou d'une lésion du système somatosensoriel à l'origine de la douleur (IASP). Il s'agit des douleurs dont la cause n'est corrélée à aucune lésion observable ou supposée. On sera plutôt sur une hypothèse de dysfonctionnement d'un organe ou d'une fonction. On peut par exemple, citer des dérégulations du système de contrôle de la douleur ou certaines pathologies survenant ponctuellement lors de la rencontre de plusieurs facteurs (hormonaux, physiologiques, émotionnelles, comportementaux, etc.). On parlera souvent d'une prédominance de la sensibilisation notamment centrale dans ce type de douleur.
<u>Douleur Psychogène</u> ¹⁷ ou douleur psychologique	La douleur psychogène correspond à une douleur présente dans le corps dont le mécanisme générateur est uniquement psychologique. Ce mécanisme est évoqué face à des critères sémiologiques et psychopathologiques spécifiques et non uniquement face à la non-organicité de la douleur. Cela nécessite une évaluation et une prise en charge spécifiques. Parmi les mécanismes psychopathologiques en jeu, on retrouve les douleurs dans le cadre d'une conversion hystérique, d'une hypocondrie, d'une somatisation, d'hallucinations... (cf 1.5.2.3)

¹⁶ Le mot taxonomie, qui se dit aussi taxinomie, désigne tout d'abord la science qui étudie les principes des classifications et détermine les techniques employées pour réaliser des classifications.

¹⁷ Est la plus discutée et difficile car elle relance les préjugés et la stigmatisation. Cf 1.5.2.3. Non référencée à l'IASP, elle n'est parfois plus citée en tant que telle favorisant à mon sens une confusion entre douleur nociplastique et douleur psychogène

A noter que ces mécanismes sont non exclusifs l'un de l'autre. Chaque mécanisme nécessite une prise en charge spécifique. Certains traitements ne sont pas recommandés en cas de douleur neuropathique alors qu'elles peuvent l'être dans les douleurs nociceptives. Par ailleurs, quel que soit le type de douleur, le sujet est soumis aux répercussions psychologiques (dont anxiété et dépression), physiologiques et sociales (cf 1.6)

1.5.2 Maladie(s) douloureuse(s)

Une avancée majeure se retrouve dans la dernière classification des maladies de l'OMS (CIM) par l'introduction pour la première fois de la douleur chronique en tant que maladie. C'est une avancée majeure pour pouvoir favoriser et harmoniser la reconnaissance de la prise en charge de ces problématiques.

Cette classification repose sur 2 types de douleur chronique : (Treede et col, 2019)

- la douleur chronique primaire : entendue comme des «douleurs dans une ou plusieurs régions anatomiques, qui surviennent sur une période de plus de 3 mois et sont associées à une souffrance émotionnelle considérable et un handicap fonctionnel (c.-à-d. restrictions dans les activités de la vie quotidienne ou des rôles sociaux) et qu'aucun autre diagnostic ne peut expliquer mieux
- la douleur chronique secondaire : liée à d'autres maladies comme cause sous-jacente, pour laquelle la douleur peut au commencement être considérée comme un symptôme. Dans de nombreux cas, la douleur chronique peut se poursuivre au-delà du traitement réussi de la cause initiale ; dans de tels cas, le diagnostic de douleur restera, même après que le diagnostic de la maladie sous-jacente n'est plus pertinent

Cette classification permet d'aboutir à 7 grands groupes de douleurs (Treede et col, 2019) ; chacune donnant lieu à une définition spécifique (CF tableau 2)

Tableau 2 : Douleur Chronique CIM-11			
Douleur chronique primaire	douleurs chroniques diffuses		Fibromyalgie
	le syndrome douloureux régional complexe		SDRC ou encore appelé algodystrophie ou causalgie
	les céphalées primaires ou les douleurs chroniques orofaciales		Migraine, céphalées de tension, etc...
	les douleurs chroniques viscérales primaires		Syndrome de l'intestin irritable, etc
	les douleurs musculosquelettiques primaires		Lombalgies non spécifiques, ...
Douleur chronique secondaire	les douleurs chroniques d'origine cancéreuse,	comme la douleur causée par le cancer lui-même (par la tumeur primaire ou par les métastases) ou par son traitement (chirurgie, chimiothérapie et radiothérapie)	
	des douleurs chroniques post chirurgicales ou post- traumatiques,		

	la douleur chronique neuropathique,	Le diagnostic de la douleur neuropathique nécessite des antécédents de lésions du système nerveux, par exemple, par un accident vasculaire cérébral, un traumatisme nerveux ou une neuropathie diabétique, et une distribution neuro-anatomiquement plausible de la douleur. Les signes négatifs (perte de la fonction sensorielle) ou positifs (douleur et paresthésie) doivent être compatibles avec le territoire d'innervation de la structure nerveuse lésionnel	D'origine centrale ou périphérique Douleur neuropathique post-AVC, névralgie trigéminal, section d'un nerf périphérique, Polyneuropathie douloureuse, douleur post-zostérienne
	les céphalées secondaires et les douleurs chroniques orofaciales	Cf l'International Headache Society (IHS)	post trauma crânien, Hypertension intracrânienne, etc... incluent des douleurs dentaires chroniques et des troubles temporomandibulaires.
	les douleurs chroniques viscérales secondaires	Douleur persistante ou récurrente qui provient des organes internes de la région de la tête/cou et des cavités thoraciques, abdominales et pelviennes.	On retrouve des facteurs mécaniques (par exemple, traction et obstruction), des mécanismes vasculaires (ischémie et thrombose), ou d'inflammation persistante
	les douleurs chroniques musculaires secondaires	Douleur persistante ou récurrente qui survient dans le cadre d'un processus de maladie affectant directement les os, les articulations, les muscles ou les tissus mous connexes	c'est-à-dire, l'inflammation persistante de l'étiologie infectieuse, auto-immune ou métabolique (par exemple, la polyarthrite rhumatoïde), les changements structurels affectant les os, les articulations, les tendons, ou les muscles (par exemple, l'ostéoarthrose symptomatique), ou la douleur musculo-squelettique chronique secondaire aux maladies du système nerveux moteur (par exemple, spasticité après lésion de la moelle épinière ou rigidité dans la maladie de Parkinson)

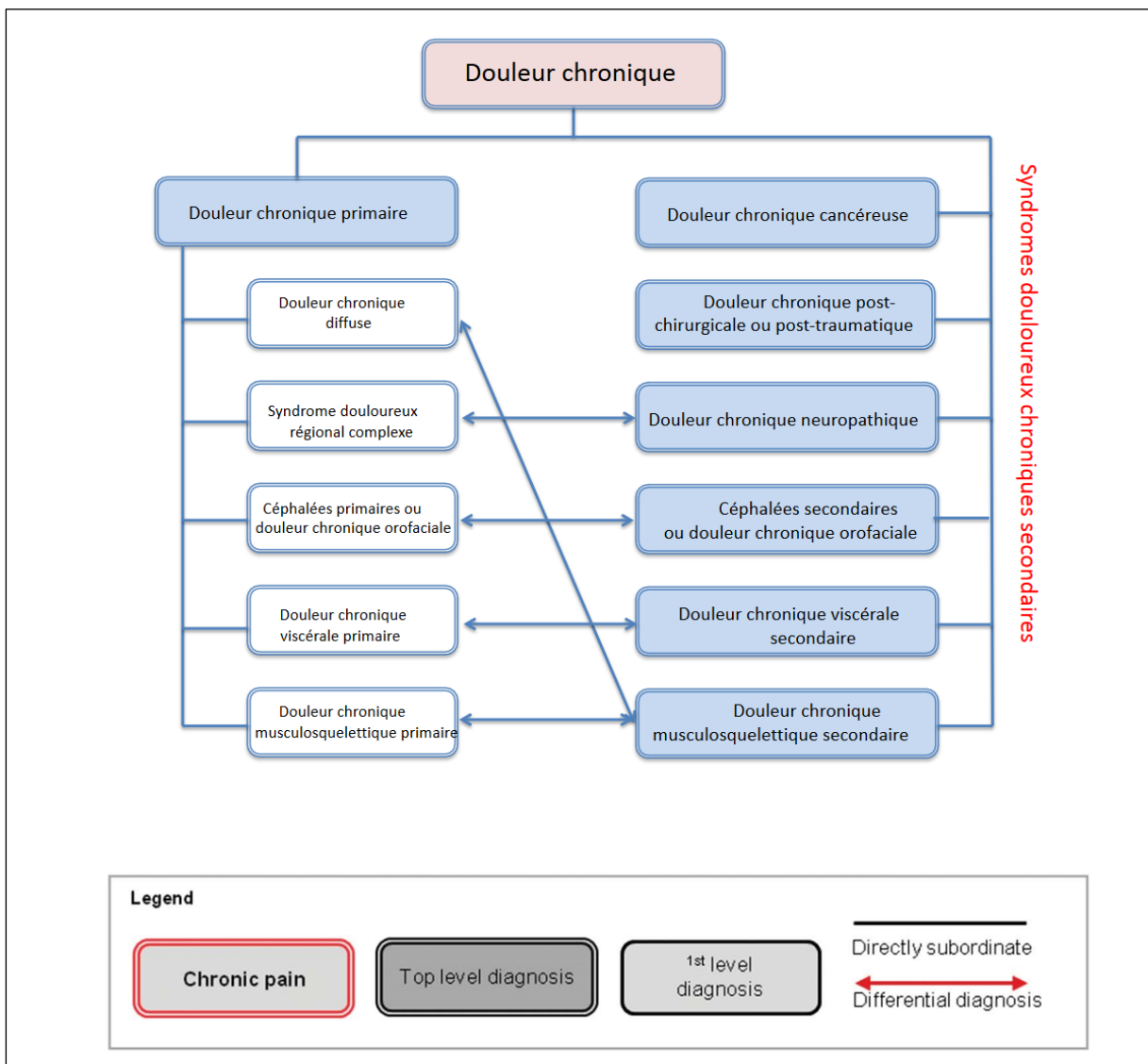


Figure 10 Douleur chronique selon CIM-11

Par ailleurs, la CIM inclut une évaluation de la sévérité, quel que soit le type de problématique douloureuse. Cela porte sur l'intensité de la douleur, la détresse (dans les répercussions psychologiques et sociales) liée à la douleur et l'interférence de tâche.

Cette classification va orienter les chercheurs et les cliniciens dans la définition des syndromes douloureux, leurs mécanismes et leurs prises en charge. Il est maintenant entendu que la douleur peut évoluer par elle-même et devenir une véritable maladie avec des processus qu'il convient d'identifier pour améliorer la prise en charge. Ces éléments sont détaillés dans la partie sur la neuroplasticité (cf 1.3.) et la psychopathologie de la douleur (cf 1.6).

1.6 Psychopathologie de la douleur :

Le dernier versant non négligeable à intégrer lorsqu'on s'intéresse à la douleur est le versant psychopathologique. Présent dès la définition de la douleur, il recouvre en réalité plusieurs domaines non exclusifs l'un des autres (figure 11).

Psychopathologie de la douleur

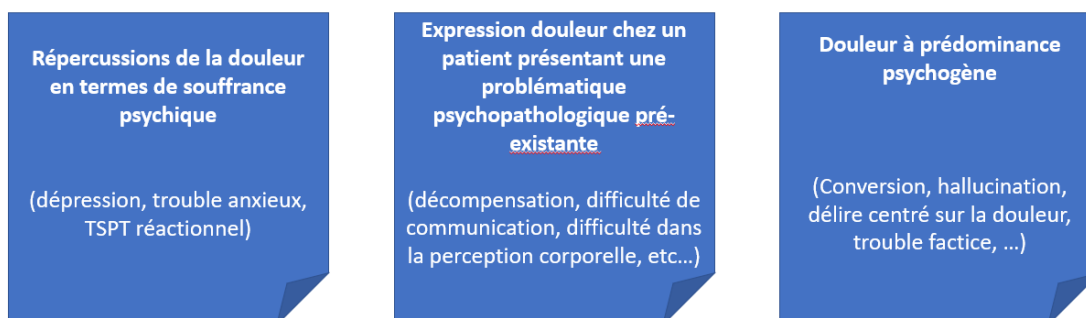


Figure 11 : Psychopathologie de la douleur

Impliquant une prise en considération spécifique du corps, la clinique de la psychopathologie de la douleur est à la fois particulière et rejoint la psychopathologie que l'on peut rencontrer en dehors de la clinique de la douleur et que l'on nomme plus communément la psychopathologie du somatique (Dumet & Broyer, 2002).

La présence nécessaire des 3 professionnels de base dans les SDC (médecin, Ide et psy) permet d'offrir un cadre d'intervention suffisamment contenant pour accueillir les problématiques complexes. Il reste toutefois difficile de faire valoir cette pratique, aux vues des moyens alloués mais également sur les difficultés à favoriser les liens entre des disciplines et les professions qui parfois ne peuvent plus se rencontrer.

Il est même parfois difficile d'identifier les ressources scientifiques possibles tant le domaine est vaste et souvent peu lisible, encore plus dans la littérature francophone.

Eliane Ferragut, en 2001 dans Psychopathologie de la Douleur avait réussi à formuler des éléments de repères et des fondements de l'approche en clinique de la douleur, en prônant « *un esprit d'ouverture [qui] s'est progressivement mis en place vers une approche globale du patient intégrant, outre la dimension médicale, des éléments de sa vie, son vécu, ses préoccupations* » (Ferragut, 2001 - p7). Pourtant ce premier ouvrage est resté presque orphelin pendant près de 20 ans, temps peut-être nécessaire pour réintégrer dans la psychopathologie de la douleur, une clinique jusque-là difficile à rendre lisible. L'ouvrage Clinique et psychopathologie de la douleur (Bioy & Lignier, 2020) ainsi que Le psychologue en clinique de la douleur (Barfety-Servignat, Conradi, Dubois-Masselin, 2020) sont devenus deux ressources appréciables pour les nouveaux cliniciens. Le dernier ouvrage ouvrant sur les situations cliniques vient compléter ce corpus théorique de base (Barfety-Servignat & Bioy, 2022).

Enfin on ne peut pas parler de psychopathologie de la douleur en France sans faire référence à l'apport fondamental des travaux de Marie Claude Defontaine-Catteau. Ces derniers ont été essentiels et ont permis à de nombreux psychologues de retrouver des liens et des possibilités d'alimenter la clinique de la douleur à partir de leurs pratiques psychologiques. Sa clinique était toujours orientée sur la défense de la subjectivité et s'appuyait sur un substrat théorique majeur,

clairement ancré dans le courant psychodynamique tout en étant ouvert aux neurosciences et accessibles aux autres courants. Les psychologues douleur lui doivent beaucoup en ce sens.

1.6.1 Quelques préalables

Pour aborder cette partie du manuscrit, je souhaite reprendre quelques éléments préalables pour situer le discours et faciliter sa compréhension. En effet, la prise en compte du psychisme est présente quel que soit le type de douleur et les conditions personnelles ou environnementales dans lesquels la douleur survient. Cela est d'autant plus vrai en douleur chronique (SFETD, 2013), mais elle l'est également en douleur aiguë. La prise en considération des dimensions psychologiques en clinique de douleur est l'affaire de tous les professionnels, chacun avec ses connaissances et pratiques propres à leur profession.

Ainsi la question du psychologique en clinique de la douleur mêle à la fois des connaissances générales (parfois simplifiées) nécessaires à tous les professionnels et des connaissances spécifiques et détaillées détenues par les psychologues et les psychiatres. Cependant on ne peut que déplorer un appauvrissement des connaissances en psychopathologie du somatique chez les collègues psychologue et psychiatre nécessitant de soutenir une formation spécifique. En parallèle on retrouve une forme d'appropriation des théories psychologiques et psychopathologique par les « non psy » qui peuvent amener à des situations désastreuses (Bioy, 2007 ; Barfety-Servignat, 2019). Cela est sûrement la conséquence de la séparation psyché-soma qui reste malgré tout très ancrée dans nos pratiques.

Pourtant pour reprendre une citation fondamentale de Véronique Servignat : « *Il n'y a pas de douleur physique sans contrepartie psychologique... et la réciproque est vraie, il n'y a pas de troubles psychiques sans corrélation physique* » (Barfety-Servignat et col, 2020 – p96). La prise en compte des deux est toujours nécessaire et indispensable. A titre d'illustration, on connaît l'état somatique déplorable des personnes présentant des troubles psychiques qui traduit bien le chemin à faire pour favoriser une meilleure prise en charge (cf 1.6.2.2). Par ailleurs, on retrouve une tendance qui, de prime abord, tente de simplifier en restreignant la psychopathologie de la douleur à la question de la douleur psychogène ou psychologique. C'est une démarche particulièrement restrictive et c'est que nous allons présenter dans cette partie (en incluant les répercussions de la douleur sur le psychisme et la question de l'expression douloureuse des personnes confrontés à des problématiques psychiatriques). En effet, la psychopathologie de la douleur est intrinsèquement liée à la douleur en elle-même, avec des interactions perpétuelles et ne se limite pas à des mécanismes uniquement psychogènes.

Par ailleurs, sur l'autre versant de la réflexion, ce travail de thèse m'a confronté à des questionnements déontologiques et éthiques, source de déstabilisation. En effet, formée depuis 20 ans à la douleur dans la lignée de l'IASP, j'ai longtemps remis en cause la douleur à prédominance psychogène. La confrontation à l'absence de considération (voir le rejet) en cas d'évocation d'une problématique psychologique, la sur-utilisation (ne pouvant pas appeler cela diagnostic au vu de la démarche réalisée) par le plus souvent une méconnaissance des mécanismes en jeu (par ex : les douleurs neuropathiques), la méconnaissance ou l'économie de la démarche de diagnostic différentiel et surtout l'absence d'une évaluation psychologique en cas d'évocation de problématique psychologique m'ont amené à avoir un positionnement très prudent quant à la question de la douleur liée à des mécanismes psychogènes.

La phrase « *c'est dans votre tête, je ne peux rien faire !* » reste une phrase trop souvent (et encore) utilisée. Oui beaucoup de chose se joue à cet endroit mais surtout beaucoup de choses sont possibles, même si cela passe par l'appel d'autres professionnels.

On peut supposer que l'absence de connaissance sur les mécanismes de la douleur influence clairement ce constat : encore dernièrement une patiente me racontait comment le kiné ne semble pas adhérer à l'hypothèse d'une douleur neuropathique continuant à travers des manipulations et des soins à réactiver systématiquement des douleurs : « *il doit y avoir quelque chose pour expliquer la douleur, ce n'est pas possible autrement !* ». Comme si l'atteinte neuropathique ne suffisait pas à expliquer en elle-même le phénomène.

Mais j'ai également rencontré un grand nombre de patient pour lesquels une hypothèse psychogène a été posée initialement, pour découvrir par la suite qu'il y avait bien une tumeur cérébrale en cours d'évolution, ou la découverte d'un cancer ou d'une problématique cardiaque qui commençait à bas bruit, ou encore un problème mécanique qui expliquait que la prothèse de hanche de Mme X continue à lui faire mal ou que l'on découvre qu'un soin de radiothérapie a finalement été mal paramétré et occasionné des lésions source de douleur.

Sur d'autres plans, j'ai également souvent rencontré des patients confrontés à un TSPT non pris en charge, parfois parce que la priorité était la survie et la prise en compte des lésions liée à l'événement et la non prise en considération par les somaticiens des répercussions sur le plan psychique.

Beaucoup d'exemples sont présents en clinique et questionnent sur le positionnement que l'on peut avoir en tant que professionnel : on peut citer la non-identification d'une problématique dépressive pourtant clairement présente dans la présentation clinique ou encore des problématiques clairement en lien avec des problématiques psychopathologiques ayant donné lieu à des opérations ou des soins invasifs qui, de fait, exposent le patient au développement de douleur neuropathique dans les suites.

Peut-être donc ai-je voulu penser que ce type de douleur n'existe pas vraiment, peut-être pour protéger les patients mais aussi, j'en ai bien conscience, pour favoriser toujours en positionnement double afin éviter une positionnement nécessitant une argumentation psychopathologique souvent difficile à formaliser au patient et à l'équipe. Enfin l'absence de repère en termes de prise en charge ou de professionnels ressources questionne sur les possibilités une fois le diagnostic posé.

Par ailleurs, mes référents théoriques défendent ce positionnement : « *Les douleurs non conformes aux connaissances anatomiques et neurophysiologiques actuelles sont souvent attribuées à un dysfonctionnement psychologique. Cette vision du rôle de la génération psychologique dans la douleur persiste à ce jour malgré les preuves du contraire. La psychopathologie a été proposée pour sous-tendre la douleur du membre fantôme, la dyspareunie, la douleur orofaciale, et une foule d'autres, y compris la douleur pelvienne, la douleur abdominale, la douleur thoracique et les maux de tête. Cependant, la complexité des circuits de transmission de la douleur décrits dans les sections précédentes signifie que de nombreuses douleurs qui défient notre compréhension actuelle seront finalement expliquées sans avoir à recourir à une étiologie psychopathologique. La douleur dont la distribution est « non anatomique », la propagation de la douleur à un territoire non lésé, la douleur dite disproportionnée par rapport au degré de la blessure et la douleur en l'absence de blessure ont toutes, à un moment ou à un autre, été utilisé comme preuve pour soutenir l'idée que la perturbation psychologique sous-tend la douleur. Pourtant, chacune de ces caractéristiques de la psychopathologie supposée peut maintenant être expliquée*

par des mécanismes neurophysiologiques qui impliquent une interaction entre l'activité neuronale périphérique et centrale¹⁸ » (Melzack & Katz ; 2013).

Mais fort est de constater que la clinique de la douleur nous confronte de plus en plus à des situations complexes où la psychopathologie a un impact important tantôt comme agent facilitateur de la douleur soit en réaction à la douleur. Intuitivement, l'identification de problématiques de plus en plus complexes semblent plus présentes dans ma clinique qu'il y a 10 ans. Peut-être même que le développement de la prise en charge de la douleur en soins somatiques favorise la mise en évidence de problématique plus psychopathologique ou que ces problématiques, résistant au traitement et prise en charges habituelles, nous amènent à devoir toujours créer et faire évoluer nos dispositifs de soins.

Ce qui me confirme l'existence de douleur à mécanisme psychogène prédominant :

- Le cas clinique de Nicolas Danzinger : une patiente présentant une ICD qui a développé une plainte céphalalgique au décès de sa sœur (situation clinique présentée lors d'une conférence en congrès SFETD)
- Monsieur Y qui devant la 5ème fausse couche de son épouse et la confrontation au risque de ne jamais pouvoir avoir un enfant naturellement, a développé un tableau de douleur des jambes associées à des difficultés de mobilisation dont le bilan somatique n'avait pas été contributif. Après la mise en mot et l'orientation en termes de prise en charge, les symptômes ont disparu.
- Monsieur X qui revit, pendant les reviviscences, la douleur ressentie lors de son accident de moto, ayant provoqué une atteinte du nerf sciatique, comme si la blessure était en train de se produire à nouveau, distinguant bien cette douleur spécifique de la douleur neuropathique qu'il ressent au quotidien.
- Monsieur Z qui lors des crises d'algies vasculaires de la face auxquels il est confronté depuis 6 mois revoit des scènes traumatiques de son enfance alors qu'il n'avait pas revu ces scènes depuis de nombreuses années.

À noter toutefois que l'IASP reste très prudente sur l'évocation de la douleur psychogène. On retrouve 4 évocations de douleur à mécanisme psychologique dans la classification de l'IASP : douleur membre inférieur psychologique, douleur psychologique de la face, tête et cou, douleur thoracique d'origine psychologique et la lombalgie d'origine psychologique. Mais on en retrouve aucun élément quant à la psychopathologie qui la sous-tendent. On est dans une description de symptômes, voire d'une simple localisation.

¹⁸ Citation originale : « Pains that do not conform to present-day anatomical and neurophysiological knowledge are often attributed to psychological dysfunction. This view of the role of psychological generation in pain persists on this day notwithstanding evidence to the contrary. Psychopathology has been proposed to underlie phantom limb pain,²⁵ dyspareunia,⁵⁹ orofacial pain,⁶⁰ and a host of others including pelvic pain, abdominal pain, chest pain and headache.⁶¹ However, the complexity of the pain transmission circuitry described in the previous sections means that many pains that defy our current understanding will ultimately be explained without having to resort to a psychopathological etiology. Pain that is 'nonanatomical' in distribution, spread of pain to non-injured territory, pain that is said to be out of proportion to the degree of injury, and pain in the absence of injury have all, at one time or another, been used as evidence to support the idea that psychological disturbance underlies the pain. Yet each of these features of supposed psychopathology can now be explained by neurophysiological mechanisms that involve an interplay between peripheral and central neural activity.»

La priorité reste de dépasser des années de sur-diagnostic « psy » et de non prise en charge de patients confrontés à des douleurs. Comme si force est de constater que le diagnostic psy implique une non prise en charge... (Bransfield & Friedman , 2019 ; Merskey, 2009). « *Attribuer la douleur à une perturbation psychologique est préjudiciable autant pour le patient que pour le soignant ; elle empoisonne la relation patient-prestataire en introduisant un élément de méfiance mutuelle et de blâme implicite (et parfois explicite). Elle est dévastatrice pour le patient qui se sent fautif.*¹⁹ » Melzack & Katz ,2013).

L'ensemble de ces éléments m'ont amené à douter de la démarche en cours et de ce que j'allais mettre en évidence en travaillant sur la traumatisation. Je suis tombée par inadvertance sur une correspondance entre Dr Merskey (un des fondateurs de la définition de la douleur à l'IASP) et PhD Nijenhuis (Nijenhuis, 2004) ainsi que les réactions de ces débats (Aquarone, 2012) m'ont confirmé les difficultés à réunir les deux champs, confirmant la tâche ardue qui m'attendait.

Cependant le travail en SDC nous amène à créer du lien entre les champs disciplinaires, entre les professions et à les retravailler en permanence avec les patients rencontrés mais également au niveau de l'équipe nécessitant une énergie et une élaboration parfois énergivore. Par ailleurs, suivant notre référentiel de base, de longues oppositions souvent stériles animent les débats. La clinique nous amène à devoir intégrer, cheminer plusieurs courant de pensée sans toutefois se perdre.

Peut-être que comme l'écrit Covington, « *La spécialité de la médecine de la douleur a lutté pour sa crédibilité, et une partie de la lutte a consisté à démontrer la réalité de la condition invisible que nous traitons. Notre désir louable de le faire peut nous aveugler sur le fait que toutes les douleurs ne proviennent pas de structures sensorielles et que tous les comportements de douleur ne reflètent pas la douleur.*²⁰ » (Covington, 2000). Revenons donc aux fondamentaux et partons de ce que nous dit le patient : la douleur est exactement ce qu'il nous dit qu'elle est (cf p 4) et développons notre réflexion à partir de l'observation clinique. « *Faire confiance mais vérifier* » est une position utile lorsqu'il y a des symptômes qui semblent non physiologiques²¹ » (Covington, 2000).

Au final dans cette réflexion, j'ai choisi de redécouvrir la clinique des douleurs à prédominance psychogène en identifiant mieux les mécanismes en jeu et en les situant dans le champ de la psychopathologie du somatique. L'avantage de la psychopathologie, c'est que le symptôme n'est pas spécifique, on s'intéresse à autre chose. On va au-delà du symptôme pour accéder au fonctionnement psychique et la place de symptôme dans l'économie psychique. Ce travail m'a donc permis de revenir à l'essentiel, en partant de la clinique et en investissant la présentation clinique, le matériel fourni par la rencontre dans l'entretien clinique et notre lecture.

Enfin je rappellerai pour clore ce point que quel que soit le mécanisme de la douleur, une prise en charge adaptée est nécessaire, les douleurs à prédominance psychogène également.

1.6.2 Les 3 domaines d'application en psychopathologie de la douleur

¹⁹ Citation originale : "Attributing pain to a psychological disturbance is damaging to the patient and provider alike; it poisons the patient-provider relationship by introducing an element of mutual distrust and implicit (and at times, explicit) blame. It is devastating to the patient who feels at fault, disbelieved and alone"

²⁰ Citation originale : « The specialty of pain medicine has struggled for credibility, and part of the struggle has been to demonstrate the reality of the invisible condition we treat. Our laudable desire to do this may blind us to the fact that not all pain originates in sensory structures, and not all pain behavior reflects pain."

²¹ Citation originale : « "Trust but verify" is a useful stance when there are symptoms that appear nonphysiologic".

Dans ce chapitre nous allons reprendre l'apport de la psychopathologie de la douleur à la clinique de la douleur sur ses 3 dimensions :

- La prise en considération de la souffrance psychique propre à toute problématique de santé mais plus particulièrement face à la douleur
- La spécificité de l'expression de douleur en fonction du parcours psychopathologique du patient et notamment dans le cas de maladies psychiatriques stabilisées ou en phase de déstabilisation.
- Enfin nous reviendrons sur la question des douleurs à prédominance psychogène

Eliane Ferragut, en 2001, avait déjà proposé des éléments de repères que l'on peut synthétiser sous le tableau 3. Pour cette auteure, la douleur est au carrefour d'un somation de problèmes et il convient de définir les modalités d'interventions adaptées. Ainsi pour chaque problématique l'intervention des professionnels du psychisme peut être recommandée. Elle sera toutefois à adapter en fonction des problématiques.

Tableau 3 : Différentes problématiques douloureuses selon E.Ferragut, 2001

<p>Douleur à composante organique dominante</p>	<p>Le traitement antalgique bien conduit est au centre de la prise en charge. Les manifestations psychiques sont secondaires à la douleur et à la maladie, le plus souvent d'ordre anxiodépressives.</p>	<p>Douleur organique</p>	<p>Traitement par antalgiques et adjuvants. Prise en charge de la dimension humaine et accompagnement psychologique par l'équipe soignante. Les psychotropes ne sont pas indispensables mais il peut y avoir des indications. L'accompagnement psychologique ne suffit plus. Nécessité d'évaluer précisément la psychopathologie l'impact désorganisateur de la douleur et de la maladie. Mettre en place une psychothérapie adaptée. L'équipe médicale doit faire appel à l'équipe psychologique. Les psychotropes ne sont pas toujours indispensables mais doivent être discutés.</p>
		<p>Réactions psychologiques normales sans psychopathologie sous-jacente dues à la douleur ou dues à la maladie causale ou aux dégâts corporels post-accidentels</p>	
<p>Douleur à composante psychologique dominante <i>Douleur à début ponctuel</i></p>	<p>La douleur est l'expression somatique d'une souffrance psychique liée à un événement traumatique. Il n'y a pas d'organicité. La problématique psychologique précède la douleur. Les antalgiques sont sans intérêt si ce n'est au niveau de l'impact psychique. Les morphiniques sont formellement contre-indiqués. L'abord thérapeutique</p>	<p>Réactions psychologiques excessives ou pathologiques chez un patient présentant une psychopathologie sous-jacente connue ou se révélant lors de l'épisode médical. La composante organique n'est plus dominante, la problématique devient mixte</p>	<p>Traumatisme psychique réactionnel à un événement. Avec ou sans menace pour la vie mais sans lésion corporelle.</p>
		<p>Rechercher une psychopathologie sous-jacente non constante mais fréquente. Rechercher un premier épisode traumatique réactivé par le second. L'impact traumatique doit être parlé, nécessité d'une psychothérapie. Peu d'intérêt des psychotropes excepté pour la pathologie sous-jacente.</p>	

	<p>doit être centré au départ sur l'événement traumatique et il faut rechercher éventuellement une résonance avec des événements antérieurs. En cas de psychopathologie sous-jacente, la problématique personnelle doit également être prise en charge.</p> <p>L'évolution peut se faire vers le dépassement de la crise et le retour à un état de nouvel équilibre après une période d'adaptation : les douleurs disparaissent.</p>	<p>Confrontation au deuil ou à des problématiques de séparation</p>	<p>Évaluer la psychopathologie sous-jacente et les relations de dépendance. Psychothérapie visant à faire élaborer le travail de deuil ou de séparation. Intérêt ou pas de psychotropes en fonction du terrain.</p>
		<p>Traumatisme corporel guéri sans séquelle mais servant de point de fixation à une décompensation de la psychopathologie sous-jacente</p>	<p>Ne pas se fixer sur le traumatisme corporel qui n'est pas en cause. Évaluer la psychopathologie et proposer une psychothérapie appropriée et s'il y a lieu des psychotropes.</p>
<p><i>Douleur à composante psychologique dominante</i> <i>Douleur à début par aggravation progressive</i></p>	<p>La douleur est l'expression somatique d'une souffrance psychique liée à une problématique interne du malade.</p>	<p>Cette catégorie de douleur peut se retrouver chez tous les types de personnalité et couvre toutes les différentes psychopathologies. Ce qui diffère d'une pathologie à l'autre, c'est le rôle psychodynamique de la douleur.</p>	<p>On peut rencontrer des</p> <ul style="list-style-type: none"> • pathologies névrotiques, • personnalités psychosomatiques, • états limites, • personnalités toxicomaniaques, • pathologies psychotiques.
<p>Douleurs mixtes</p>	<p>Existe de façon concomitante, dès le début, une organicité vraie et une psychopathologie indépendante de la douleur.</p>	<p>La douleur organique aggrave la problématique psychique voire la décompense, la psychopathologie sous-jacente renforce la douleur. Cela devient un cercle vicieux inextricable. Il est nécessaire de traiter la douleur organique et la psychopathologie conjointement et selon les règles précédemment indiquées.</p>	

1.6.2.1 la prise en considération de la souffrance psychique propre à toute problématique de santé : spécificité de la douleur ?

La confrontation à une douleur provoque une série de réactions (cf 1.2) amenant à des processus complexes et des mécanismes dynamiques mêlant des actions inhibitrices et renforçatrices de la douleur. D'emblée la douleur confronte à un vécu de menace qui rappelle au Sujet sa faillibilité et sa condition fragile. Cela le confronte à une dégradation du corps (réelle ou potentielle) mais également une confrontation à une angoisse de mort (Bioy, 2020). La confrontation à une douleur fait réagir nécessairement, du côté du patient mais aussi du côté de l'entourage. Et ce sont précisément les conséquences de la douleur qui vont jouer ici un rôle fondamental, quel que soit le niveau des conséquences.

Ainsi pour reprendre la citation d'Antoine Bioy « *Si l'on considère les conséquences de l'apparition de ce syndrome douloureux chronique dans la vie d'une personne, on constate que ce qui va être mis en jeu est de trois ordres : la sensorialité, la conscience et le sens. La sensorialité, car c'est toute sa corporalité et son ressenti perceptif qui se trouvent modifiés et altérés. La conscience, car outre les dérèglements cognitifs (attention, mémoire...) il s'agit de toute la conscience de soi qui est soumise à des variations (la personne ne se reconnaît plus, elle se sent autre). Et le sens car précisément la situation semble ne plus en avoir. Ainsi, tout le champ des valeurs, qui permet à quelqu'un de se définir, se retrouve bousculé et en berne* » (Bioy, 2020 - p 22). Cette idée est fondamentale et colore l'ensemble de la réflexion, permettant de faire lien avec de nombreux courants de recherche.

On comprend donc que la confrontation à la douleur est une mise à l'épreuve, en termes de résistance, de capacité à gérer, d'adaptation, de préservation de son identité, etc.... « *Et tout l'enjeu est porté par cette phrase-là, c'est-à-dire « à travers l'événement que je suis en train de vivre, comment puis-je devenir ou redevenir moi ? », éventuellement un moi différent même si le patient ne l'envisage pas ainsi dès le début* » (Bioy, 2020, p 22-23). Il est en effet possible d'entendre le symptôme douloureux « *comme un processus qui survient accidentellement dans la vie d'un sujet humain porteur d'une complexité et d'une identité aux multiples facettes : biologique, socioculturelle, professionnelle, familiale entre autres.* » (Barfety-Servignat et col, 2020 - p 20)

Une mise au travail suivra et dans un certain nombre de cas, pourra se faire parfois sans effet observable. Parfois le cheminement sera plus difficile, comme bloqué par les enjeux. On peut ainsi une phase de confusion entre Soi et ce qui arrive, favorisant un désinvestissement du corps et une impossibilité pour celui-ci d'apporter ses fonctions de contenance, de support identitaire et d'interface entre Soi et l'environnement. (Bioy, 2020).

Le travail psychique nécessaire s'approchera d'un parcours de lutte, contre soi-même, contre son corps, contre les injonctions médicales ou sociales. « *L'expérience d'un syndrome douloureux chronique devient récit de lutte (et qui lutte) à la fois contre :*

- *L'effraction (corporelle et psychique) que la douleur opère ;*
- *La limitation à la réalisation du désir ;*
- *La mise en cause de l'identité du patient qui ne se reconnaît plus, a l'impression que la douleur dessine chez lui une nouvelle personnalité où certaines caractéristiques sont extrapolées, comme l'irritabilité, par exemple* » (Bioy, 2020 - p 26-27).

Ainsi en parallèle de ce travail psychique ou de ses blocages ou « ratés », on retrouve majoritairement en douleur chronique des problématiques « *du registre du trauma, du deuil de la carence et des*

atteintes narcissiques identitaires. Toutes ces problématiques sont bien connues dans le champ de la psychologie clinique et de la psychopathologie et ne nécessitent pas de validation particulière dans le champ de la douleur » (Barfety-Servignat et col, 2020 - p152).

Les répercussions dépressives et anxieuses de la douleur chronique sont fréquemment retrouvées en clinique et confirmées dans un grand nombre d'études, même si le lien n'est pas systématique. On retrouve une prévalence plus importante de dépression et trouble anxieux en population douloureuse que dans la population générale (Baldo, 2020 ; Saravane, 2019). Les deux problématiques se retrouvent aussi bien pour la douleur aiguë que pour la douleur chronique. Le caractère prédictif d'une mauvaise évolution ou d'une consommation plus importante de soin est retrouvé dans les lombalgies (Wong et col , 2022) et reste à confirmer dans la douleur post-opératoire compte tenu d'études contradictoires (Dadgostar et col, 2017). Cela dit la dépression et l'anxiété restent le plus souvent évoqué comme facteur de chronicisation.

L'ensemble des auteurs rappellent la nécessité de mieux identifier ces problématiques et d'assurer leur prise en charge.

Il est vrai que, comme le serpent qui se mord la queue, la dépression-anxiété et la douleur sont autant cause que conséquences de la douleur, pouvant peut-être expliquer les difficultés des recherches à mettre en évidence, statistiquement les liens. Des modèles biologiques et neurologiques (notamment la neurotransmission impliquant la noradrénaline et la sérotonine ainsi que l'existence de structure cérébrale du système de neurotransmission commun (Baldo, 2020)) sont évoqués et soutiennent la thérapeutique médicamenteuse largement utilisé d'anti-dépresseur dans la prise en charge de la douleur. Les répercussions de l'un ou de l'autre (troubles du sommeil, tension musculaire, inactivation comportementale, troubles cognitifs, etc...) sont autant d'éléments impliqués dans cet engrenage.

Sur le plan de l'anxiété, on peut rappeler les liens entre cette problématique et la peur de la douleur (cf 2.2.2), sans toutefois être en totale superposition. Les personnes développant une peur de la douleur ne sont pas nécessairement au préalable anxieux. Souvent moins identifiable en douleur chronique que la dépression par les somaticiens, cette dimension est tout aussi prégnante et, tout comme la dépression, peut être cause et/ou conséquence.

Les répercussions de la douleur sont souvent qualifiées de fardeau, concept retrouvé dans un certain nombre de maladies chroniques. A ce titre, les répercussions de la douleur apportent des conséquences favorisant des engrenages bio-psycho-sociaux importants. Nous pouvons par exemple réfléchir quelques instants aux premières sphères touchées par la douleur et notamment l'impact sur le plan de la capacité à travailler. Le nombre d'arrêt de travail, parfois long aboutissant à un licenciement pour inaptitude médicale et des difficultés de reclassement professionnels sont une réalité rencontrée quasi quotidiennement en SDC. La perte de l'emploi ou la baisse des revenus est un des premiers engrenages vers des difficultés sociales favorisant ensuite tout un ensemble d'engrenages pouvant aller jusqu'à l'exclusion sociale.

L'autre impact non négligeable est la solitude que la douleur apporte. *« Le problème, ce n'est pas la douleur. La douleur, ça te fait souffrir, mais ça ne te détruit pas. Le problème, c'est la solitude engendrée par la douleur. C'est elle qui te tue à petit feu, qui te coupe des autres et du monde et, qui réveille ce qu'il y a de pire en toi. [...] »* (Guillaume Musso cité Berlemont et col, 2022). La limitation des activités (loisirs, sorties avec les amis ou la famille, de tenir lors de long repas amicaux ou familiaux, irritabilité et limitation des contacts) l'engrenage là aussi survient rapidement et favorise une boucle de renforcement important. Par ailleurs, la douleur ne peut être ressentie que par celui qui la vit et amène souvent une distanciation avec les autres sources de souffrance. *« Personne ne peut imaginer ce que je ressens », « même si cela ne se voit pas j'ai des douleurs au quotidien et les autres oublient souvent*

que je vis avec ces douleurs », voici aussi autant d'exemples que nous pouvons entendre dans les consultations qui confirment ce caractère éminemment individuel de ce fardeau.

Pour mémo voici une présentation non exhaustive des fardeaux principalement retrouvés en douleur chronique :

Tableau 4 : Principaux fardeaux liés à la douleur chronique (Berlemont et col, 2022)		
<i>Biologique</i>	<i>Psychologique</i>	<i>Sociale</i>
Troubles du sommeil / épuisement Apparition d'autres pathologies (métabolique, etc...) par l'altération de l'alimentation, du niveau d'activité, de la prise de poids, etc...	Dépression Anxiété Isolement / incompréhension / rejet Ruptures avec les objectifs de vie Perte de confiance Répercussions familiales Troubles de concentration	Arrêt de travail répétés ou prolongés Impossibilité de maintenir une activité professionnelle Répercussions financières et menace de pertes (maison, voiture, ...) Limitation des activités de loisirs Perte de sa place d'aidant au sein de la famille
...

Les principales études réalisées pour alimenter cette réalité ont été effectuées sur l'évaluation de la qualité de vie et sur le fardeau en lui-même, notamment auprès des patients fibromyalgiques (Laroche, 2019 ; Inserm, 2020) mais également dans les lombalgies chroniques (Bailly, 2022), céphalées chroniques (Lantéri-Minet et col, 2011) et douleur neuropathique (Doth et col, 2010). Elles restent assez peu nombreuses.

En parallèle, tout un courant de recherche sur le développement des capacités d'adaptation a pu se mettre en place. Il a pour objectif d'identifier les stratégies protectrices des douleurs et d'autres plus exposantes (cf 2.2). En parallèle et plus récemment ce sont des études sur le développement des ressources qui semble intéressant avec notamment tout ce qui est autour de l'autocompassion, la pratique de techniques psycho corporelles (méditation, hypnose, relaxation) etc...

Ces travaux soutiennent des démarches d'intervention basées sur le soutien social et la psycho éducation.

Enfin un dernier volet est la prise en considération des effets de traitements proposés. La problématique des opiacés et des risques de dérives ou de surdosages est majeur au Etats-Unis, moindre en France, mais présent en tant que tel. Les effets sont tant à l'exposition à un risque addictif favorisant là aussi un engrenage majeur de désocialisation ou d'altération progressive ou létale en fonction du dosage (la mort par overdose d'opiacés est une réalité) mais aussi une fixation sur le produit comme source d'apaisement à court sur le plan psychopathologie favorisant la dérive (Streltzer, 2019). Cela renvoie aussi aux difficultés de prise en charge de la douleur des anciens toxicomanes qui, en cas de consommation d'héroïne, se retrouvent en grande difficulté sur la prise en charge de la douleur par les opiacés (dont à risque important en cas d'opération, de blessures, etc...).

1.6.2.2 La spécificité de l'expression de douleur en fonction du parcours psycho pathologique du patient et notamment dans le cas de maladies psychiatriques stabilisés ou en phase de déstabilisation

Longtemps négligée en santé mentale, la prise en compte de la douleur est une nécessité au même titre que pour tout le monde. « *On pensait que les patients atteints de pathologie mentale étaient insensibles à la douleur et qu'il n'était pas nécessaire de tenter de la détecter et de la traiter* » (Saravane, 2019 - p 95) laissant penser là aussi à une croyance qui a longtemps persisté dans le milieu un peu comme la douleur des bébés.

On peut toutefois rappeler que « *l'entrecroisement des symptômes de la douleur avec les symptomatologies psychiatriques va rendre l'évaluation de la douleur et sa prise en charge difficile, d'autant qu'elle pourrait être l'interprétée comme symptôme psychiatrique ou somatique à part entière* » (Baldo, 2020 - p182) et que de fait cela rajoute une complexité plus importante encore dans l'identification ainsi que la prise en charge d'une problématique douloureuse co-existant avec un trouble psychiatrique ou une problématique en santé mentale.

Les principales difficultés peuvent être regroupées sous les points suivants :

- Difficulté d'évaluation due aux perturbations des modalités communicationnelles liées à la pathologie psychiatrique ou aux difficultés relationnelles que celle-ci induit mais aussi dans l'évaluation par le patient lui-même de ce qui se passe dans son corps.
- Exposition à des comportements à risques sur la santé (hygiène, alimentation, recours aux substances toxiques, etc...) mais aussi à risque de blessure et donc d'atteinte corporelle source potentielle de douleur
- Difficulté d'adhésion au traitement ou de se repérer dans le fonctionnement sanitaire parfois inscrit sur une modalité relationnelle spécifique non compatible avec les capacités relationnelles de l'individu. L'environnement peut souvent être source de déstabilisation marquée soit par la proximité, le bruit, etc... (on peut par exemple penser à un adulte autiste nécessitant des soins dentaires pouvant être en grande difficulté face à la luminosité, les stimulations sensorielles, etc... nécessitant parfois de recourir à des soins sous anesthésie générale)
- Comorbidité somatique importante en lien avec les traitements, ou avec les interactions entre les traitements (par exemple « *entre les anti-inflammatoires non stéroïdien et lithium ou du tramadol du fait de son action sérotoninergique* » (Saravane, 2019 - p97), les comportements en santé avec une morbidité plus importante (on découvre la pathologie souvent à un stade plus avancé).

D'une manière très synthétique le tableau suivant permet d'avoir une vision très rapide de la spécificité de ces problématiques : Tableau 5

Tableau 5 : Douleur et santé mentale (réalisé à partir de Baldo,2020 et Saravane,2019)	
États dépressifs	Fréquence importante pouvant être 2 fois plus fréquent en population présentant des douleurs qu'en population générale. Rappel de mécanisme commun et rappel d'un risque suicidaire majorée en cas de comorbidité entre douleurs chroniques et dépression. « <i>D'ailleurs les douleurs corporelles sont parfois des indices de la sévérité de la dépression et surtout d'une moins bonne réponse au traitement ainsi que d'un risque élevé de rechute</i> » (Baldo,2020)
États anxieux	2e facteur prédominant en association avec la douleur. Par ailleurs, l'anxiété diminue le seuil de perception de la douleur ainsi que sa tolérance pouvant

	expliquer une partie du phénomène. Autres explications par des facteurs communs tels que l'évitement, la réduction du niveau d'activité et la tendance à se remémorer les événements du passé. Par ailleurs rappel, la douleur fait partie des critères de diagnostic du trouble de panique (douleur ou gêne thoracique mais aussi paresthésie)
Schizophrénie	<p>Pour rappel la schizophrénie est associée à un syndrome dissociatif avec désorganisation de la pensée, un délire paranoïde et des symptômes négatifs comme l'athymhormie (émoussement émotionnels) et des troubles cognitifs. Plaintes douloureuses souvent peu exprimées surtout en cas de symptômes négatifs. Par ailleurs la douleur peut parfois entrer dans le cadre d'un trouble délirant (est être l'objet de ce trouble) ou des hallucinations cénesthésiques (impression corporelle de déplacements de douleur ou de distorsion des membres).</p> <p>Importance de comprendre le rapport du schizophrène avec la perception qui est un processus par lequel le sujet saisit une excitation provenant du monde extérieur, la traite pour lui donner un sens le plus souvent en la comparant aux formes déjà connues dans ces expériences passées (donc cela questionne en cas de nouvelle douleur). Par ailleurs le sentiment d'identité est fragile dans ce type de problématique. Risque plus accru de retard de diagnostic confirmé dans la littérature (infarctus).</p>
Autisme	Les TSA sont définis par des déficits persistants de la communication et des interactions sociales observés dans des contextes variés et le caractère restreint et répétitif des comportements, des intérêts et des activités. Là aussi on retrouve une apparente diminution de la réactivité envers la douleur mais qui serait peut-être s'expliquer plutôt en lien avec un mode d'expression comportementale et physiologique particulier notamment tel qu'un trouble de la communication générale et également des difficultés à reconnaître la sensation elle-même.
Troubles bipolaires	On retrouve un risque plus accru de développer des douleurs avec une comorbidité somatique mais aussi une vulnérabilité génétique, la dépression mais aussi les dérèglements sérotoninergique, noradrénergique et neuro-inflammatoires associés aux troubles bipolaires. On notera la fréquence des migraines ainsi qu'une association chez les femmes entre fibromyalgies et le trouble bipolaire. Certaines douleurs pourraient également être en lien avec les injections de neuroleptiques retardés.
Troubles de la personnalité	Les troubles de la personnalité sont plus fréquents chez les douloureux chroniques dans la population générale avec une prévalence situant entre 30 et 80% contre 8% en population générale. Il n'y a cependant pas de profil particulier ni de personnalité spécifiquement liée au développement de la douleur chronique. Prédominance de trouble de la personnalité de type histrionique dépendante, paranoïaque et borderline. Enfin les auteurs attirent l'attention sur la nécessité d'adapter l'intervention car le vécu de la douleur sera différent en fonction de la personnalité initiale et que pour favoriser une bonne compréhension par le patient de sa prise en charge il vaut mieux adapter son intervention à son fonctionnement.

Les éléments en lien avec l'état de stress post-traumatique ainsi que les troubles à symptomatologie somatique et apparentés seront discutés plus loin (respectivement cf 5.1.1 et 1.6.2.3).

Concernant l'évaluation et sa nécessaire adaptation dans ce cas de figure, on peut garder les repères suivants :

- dans un premier temps un interrogatoire avec des questionnements simples dans le cas d'un patient communicant avec des phrases courtes et précises et dans certains pas l'utilisation possible de l'échelle numérique ou de l'échelle verbale simple.
- chez un patient dyscommunicants l'utilisation d'échelle d'hétéroévaluation est possible : EDAAP « Échelle de la douleur adolescent adulte polyhandicapé », l'EDD « Expression de la douleur des sujets dyscommunicants » (Saravane, 2019 – p 100-101) et la grille ESDDA « échelle simplifiée d'évaluation de la douleur chez les personnes 10 communicantes avec troubles du spectre de l'autisme » (Baldo, 2020).

La recherche ont permis d'identifier les mécanismes d'hypoalgésie chez les patients schizophrènes s'expliquent par une absence de sensibilisation à la douleur lors de stimulation douloureuse (Marchand, 2009).

1.6.2.3 Douleur psy ?

En repartant de la réflexion formalisée dans le point 1.6.1, il est important de garder à l'esprit que la douleur psy n'est pas une douleur psychologique ou émotionnelle (pour un contre-exemple voir Biro, 2010). Ce n'est pas une douleur simulée ou inventée. Ce n'est pas une douleur que ne l'on comprend pas.

Il est nécessaire de retrouver des signes positifs dans l'évaluation psychologique et psychopathologique, permettant d'argumenter le diagnostic. L'amélioration des connaissances du système de la douleur nous a permis de mieux comprendre des douleurs que l'on ne pouvait expliquer avant et pour lesquels une hypothèse psychopathologique étaient envisagées (Melzack & Katz, 2013). Il suffit de repenser aux douleurs d'amputation et aux douleurs liées à l'hyperalgésie ou la sensibilisation (cf 1.3). Peut-être peut-on même supposer que les recherches futures nous permettront de mieux expliquer ces phénomènes mais probablement en intégrant la dynamique somato-psychique propre à l'humain.

1.6.2.3.1 Quelques précisions en termes de vocabulaire

A noter que l'on retrouve dans cette catégorie une utilisation de termes prolifiques, parfois regroupant différentes situations cliniques et apportant ainsi une difficulté à justement pouvoir identifier ce dont on parle. L'évolution des classifications et des conceptions en lien avec la psychopathologie pose des questions sur les termes utilisés. Par exemple le mot somatoforme questionne. On ne le retrouve plus dans les classifications actuelles. De part, la formulation en elle-même de ce terme, ce qui revient de ce champ prendrait la forme du soma mais ce ne serait pas somatique (i.e. d'une causalité organique ou somatique). Cette conception renvoie à une conception dualiste, distinguant corps et psyché. Or nous sommes en perpétuelle interrelation entre le soma et la psyché. Il y a toujours les deux facettes et elles seront difficile à prendre en considération ensemble lorsqu'on reste dans un clivage soma/psyché. La douleur nous amène nécessairement à l'intégration des deux composantes, en interrelation perpétuelle. Pour tenter de clarifier le tableau suivant récapitule la terminologie (cf tableau 6).

Tableau 6 : terminologie somatoforme	Bransfield & Friedman. (2019). Differentiating Psychosomatic, Somatopsychic, Multisystem Illnesses, and Medical Uncertainty. Healthcare, 7(4), 114. ou *rapport sur la santé mentale du Surgeon General des États-Unis	DSM	CIM	Exemples
Santé mentale	est présente lorsque le fonctionnement mental facilite les activités adaptatives et productives ayant un but et un sens, des relations épanouissantes et la capacité de profiter des activités de la vie, la capacité de faire face à l'adversité et la flexibilité mentale de s'adapter aux circonstances changeantes de la vie*			
Trouble mental	une déficience des capacités d'adaptation qui entrave les activités productives, le but et le sens, l'accomplissement des relations et la capacité de profiter des activités de la vie, la capacité de faire face à l'adversité et la flexibilité mentale pour s'adapter aux circonstances changeantes de la vie*	« un syndrome caractérisé par une perturbation cliniquement significative de la cognition, de la régulation des émotions ou du comportement d'un individu qui reflète un dysfonctionnement des processus psychologiques, biologiques ou développementaux sous-jacents au fonctionnement mental »	« un ensemble cliniquement reconnaissable de symptômes ou de comportements associés dans la plupart des cas à la détresse et à l'interférence avec les fonctions personnelles »	
Troubles psychosomatiques	des maladies somatiques causées ou exacerbées par le stress mental et la détresse. La liste des conditions considérées comme ayant une base purement psychosomatique ne cesse de se réduire à mesure que les connaissances scientifiques progressent. Inclus l'impact du stress sur le corps.	Pas présent	Pas présent	Il est reconnu que de nombreuses maladies ont des contributeurs psychosomatiques et sont aggravées par le stress et la détresse, telles que les maladies cardiaques, le syndrome du côlon irritable, l'estomac nerveux et la

				protection des muscles squelettiques (TMS ?)
Troubles somato-psychiques	des troubles mentaux causés ou exacerbés par des troubles somatiques. Contrairement aux troubles psychosomatiques, la liste des affections somatiques causant des troubles mentaux ne cesse de s'allonger à mesure que les connaissances scientifiques progressent.	Pas présent	Pas présent	Les troubles endocriniens, les tumeurs, les maladies auto-immunes et les infections sont particulièrement associés à la cause de symptômes psychiatriques
Troubles multi-systémiques	des affections qui ont un impact sur l'ensemble du corps et provoquent des symptômes dans plusieurs systèmes, tels que le système nerveux, le système immunitaire, le système endocrinien, etc. il existe des symptômes somatiques et psychiatriques La liste des troubles multi-systémiques associés aux troubles mentaux ne cesse de s'allonger	Pas présent	Pas présent	les déficiences, les états toxiques, les infections systémiques et les troubles immunitaires systémiques
Incertitude médicale	perception subjective d'une incapacité à fournir une explication précise du problème de santé du patient »			
Troubles symptomatiques somatiques		Associés à des pensées, des sentiments ou des comportements excessifs liés aux symptômes somatiques et à l'un des trois critères suivants qui doivent être présents pendant au moins six mois : (1) anxiété de santé, (2) préoccupations disproportionnées		Les troubles symptomatiques somatiques comprennent le trouble des symptômes somatiques, 300,82 (F45.1); trouble anxieux de la maladie, 300,7 (F45,21); trouble symptomatique neurologique fonctionnel, 300,11 (F44);

		et persistantes concernant la gravité médicale des symptômes, et (3) temps et énergie excessifs consacrés aux symptômes ou aux problèmes de santé. Contrairement aux troubles somatoformes, les symptômes physiques peuvent ou non être associés à une condition médicale diagnostiquée		trouble factice, 300.19; (F68.10); facteurs psychologiques affectant d'autres conditions médicales, 316 (F54); autres symptômes somatiques spécifiés et troubles connexes, 300,89 (F45,8) et troubles non spécifiés et apparentés, 300,82 (F45,9).
Troubles somatoformes ou troubles de somatisation	Autrefois considérés comme une affection psychiatrique caractérisée par de multiples symptômes, médicalement inexpliqués, physiques ou somatiques.	Retiré du DMS 5		les plaintes somatiques doivent également avoir été suffisamment graves pour interférer de manière significative avec la capacité d'une personne à effectuer des activités importantes, telles que le travail, l'école ou la famille et les affaires sociales ou amener la personne présentant les symptômes à consulter un médecin (DSM – IVtr)
Symptômes médicalement inexpliqué	symptômes physiques pour lesquels un fournisseur de soins de santé traitant n'avait trouvé aucune cause médicale ou pour lesquels la cause restait contestée, inconnue ou contestée. La plupart de ceux qui utilisaient le terme considéraient que les symptômes devaient être d'origine psychologique	Retiré du DSM 5		

Trouble des symptômes neurologiques fonctionnels ou trouble de conversion		un ou plusieurs symptômes d'altération de la fonction motrice ou sensorielle volontaire		la paralysie d'un bras après avoir frappé un membre de la famille lors d'une dispute
Trouble d'anxiété lié à la maladie ou hypochondrie		une préoccupation ou une préoccupation excessive à l'égard de l'acquisition d'une maladie grave		
Troubles factices, syndrome de Münchhausen		le trouble factice imposé à soi-même, également appelé, consiste en la falsification de signes ou de symptômes physiques ou psychologiques ou l'induction d'une blessure ou d'une maladie associée à une tromperie identifiée sur soi-même		une personne s'injecte une substance étrangère pour inventer une maladie qui n'existerait pas autrement
Troubles factices imposés à un autre, syndrome de Münchhausen par procuration	Les vrais cas de trouble factice et de trouble factice imposé à un autre sont extrêmement rares. Les critères du DSM-5 exigent une tromperie artificielle, et non un désaccord sur le diagnostic ou la gravité des symptômes	la production intentionnelle de symptômes chez une autre personne qui consiste en la falsification de signes ou de symptômes physiques ou psychologiques ou l'induction d'une blessure ou d'une maladie associée à une tromperie identifiée		un parent injecte une substance étrangère à son enfant pour inventer une maladie qui n'existerait pas autrement
Troubles fonctionnels	une condition médicale qui altère le fonctionnement normal des processus corporels et reste en grande partie non détecté sous examen physique, dissection ou par examen microscopique. Pour répondre à la définition, il ne doit pas y avoir d'apparence extérieure d'anomalie. Un		le trouble intestinal fonctionnel, non spécifié, K59.9, et le trouble fonctionnel non spécifié de l'estomac, 536.9, ont été inclus dans la CIM-10	la fatigue, la douleur et / ou de nombreux autres symptômes qui ne peuvent pas être confirmés par des tests de confirmation dans les capacités cliniques du médecin examinateur

	trouble fonctionnel contraste avec un trouble structurel dans lequel une partie du corps est considérée comme anormale. Le mécanisme qui cause un « trouble fonctionnel » est généralement considéré comme inconnu ou mal compris			
Troubles psychogènes	des maladies physiques que l'on croit avoir été causées par des facteurs de stress émotionnels ou mentaux ou par les conséquences de troubles psychiatriques ou psychologiques. De plus, il peut s'agir d'une anomalie physique ou d'un autre biomarqueur qui ne peut pas être identifié ou qui ne peut pas être expliqué par des tests de confirmation dans la mesure des capacités du médecin examinateur	Pas présent	Cependant, le terme est inclus dans la CIM-10 comme d'autres troubles somatoformes, F45.8 = les affections qui peuvent être classées comme étant psychogènes comprennent l'aérophagie, le bruxisme, les troubles cardiovasculaires, la constipation, la toux, les convulsions dissociatives, la dysménorrhée, la dysurie, le dysfonctionnement gastro-intestinal, le dysfonctionnement génito-urinaire, l'hystérie globique, la sensation de globus, l'hyperventilation, les troubles musculo-squelettiques, l'asthénie neurocirculatoire, le prurit, la pseudocytose, les convulsions, le grincement des dents, le torticolis et le dysfonctionnement des cordes vocales	
Compensation Névrose ou	une névrose associée à la demande d'indemnisation d'une compagnie d'assurance. La validité clinique de ce	Pas présent	Pas présent	

<p>névrose d'indemnisation</p>	<p>terme est sans aucun support scientifique pour le diagnostic et la classification, et il y a des questions éthiques dans la littérature concernant l'utilisation de ce terme comme diagnostic</p>			
<p>crises psychogènes ou attaques psychogènes non épileptiques, crises psychogènes non épileptiques, crise dissociative et pseudoconvulsions</p>	<p>Au cours de ces épisodes, les patients manifestent une activité épileptique partielle complexe, mais l'activité épileptique n'est pas démontrée sur les électroencéphalogrammes (EEG). Il est donc considéré comme un diagnostic par exclusion Ces épisodes peuvent être accompagnés de secousses myocloniques. Aucune preuve ne peut être trouvée démontrant une explication psychodynamique de ces crises ou des secousses myocloniques qui peuvent accompagner ces épisodes</p>	<p>Pas répertorié</p>	<p>Dans la CIM 11 : Trouble symptomatique neurologique dissociatif, avec convulsions non-épileptiques 6B60.4 dans les troubles symptomatologie neurologiques dissociatifs</p>	
<p>Douleur psychogène ou psychalgie</p>	<p>Il est considéré comme un trouble de la douleur qui est associé à des facteurs psychologiques. Un patient qui reçoit ce diagnostic est considéré comme ayant des plaintes de douleur qui ne correspondent pas aux symptômes reconnus par le médecin évaluateur. On considère que certaines conditions mentales, telles que l'anxiété et la dépression, peuvent augmenter la concentration et la sensibilité à la douleur. Il s'agit d'un diagnostic par défaut qui n'est posé</p>	<p>Pas défini</p>	<p>Dans le CIM 11 6B60.3 Trouble symptomatique dissociatif neurologique, avec autres troubles sensoriels Douleur est cité comme étant une des expressions possibles de ce troubles</p>	

	que lorsque toutes les autres causes de douleur ont été exclues			
Parasitose délirante	C'est une croyance rigidement fixée d'être infesté d'agents pathogènes, même lorsqu'on leur présente des preuves et une assurance appropriée du contraire. Il ne s'agit pas d'un trouble unique, mais peut être secondaire à de nombreuses autres affections	Pas répertorié mais le trouble le plus proche est le trouble délirant, 297,1 [54]. Cependant, la plupart des patients atteints de trouble délirant ont plusieurs délires, pas un seul délire tel que la parasitose.	Le diagnostic le plus proche de la CIM-10 peut être un trouble psychotique avec délires dus à un état physiologique connu (F06.2)	Formication = une sensation de ramper sous la peau. Les causes somatiques reconnues de la formication comprennent la ménopause, l'exposition aux pesticides, les réactions aux produits chimiques dentaires, l'empoisonnement au mercure, la neuropathie diabétique, le cancer de la peau, la syphilis, la maladie de Lyme, la maladie de Morgellons, le zona, le sevrage alcoolique et l'intoxication stimulante aux méthamphétamines ou à la cocaïne [105 106].
Plaintes et symptômes subjectifs ou objectifs	Les symptômes tels que la fatigue, les courbatures, la douleur, les troubles cognitifs, les troubles sensoriels de dérégulation de l'humeur, etc., sont classés par certains comme « subjectifs » et soutenus par certains comme moins valides			
Symptômes vagues et non spécifiques	Le terme « vague » est également parfois utilisé pour catégoriser les symptômes qui ne sont pas spécifiques au diagnostic, mais qui peuvent être des symptômes très graves. Renvoie aux normes labo qui peuvent varier			Ces symptômes peuvent inclure une perte de poids inexpliquée et/ou une perte d'appétit, une gêne abdominale non spécifique ou de la douleur, de la fatigue,

	<p>++ et donner l'illusion de certitude. Des symptômes vagues et non spécifiques peuvent souvent indiquer une activation immunitaire en réponse à des infections chroniques, au cancer et à d'autres affections graves</p>			<p>des troubles cognitifs, des plaintes sensorielles, un dérèglement de l'humeur et une transpiration excessive [113].</p>
<p>Trouble de détresse corporelle, syndrome de détresse corporelle</p>	<p>le trouble de détresse corporelle implique de multiples symptômes corporels qui peuvent varier au fil du temps. Parfois, il peut y avoir un seul symptôme, comme la douleur ou la fatigue. Les patients atteints de trouble de détresse corporelle sont considérés comme présentant des symptômes médicalement inexpliqués ou fonctionnels et comprennent une gamme de ce que ces partisans considèrent comme des troubles mal définis,</p>	<p>Pas répertorié</p>	<p>Pas présent dans la CIM-10 mais formaliser dans la CIM-11 par trouble de détresse corporelle et ont remplacé les critères médicalement inexpliqués par le concept de détresse excessive de longue date et de pensées excessives, et de comportements envers la douleur considérés comme d'étiologie connue ou inconnue. En revanche, le syndrome de détresse corporelle est associé à des pensées et à un comportement excessifs considérés comme d'étiologie inconnue (médicalement inexpliquée)</p>	<p>y compris le syndrome de fatigue chronique (EM / SFC), la fibromyalgie, le syndrome du côlon irritable, le syndrome de la douleur chronique, le syndrome d'hyperventilation, la douleur thoracique non cardiaque et le trouble somatoforme [119 120 123 124].</p>

Nous proposons donc d'utiliser les termes de « douleur à prédominance psychogène » dans la suite de manuscrit car la terminologie de « psychogène » favorise le recours à une vision divisée psychisme et du soma. De ce fait, la prédominance psychogène permet d'inclure une réactivité corporelle, une transcription corporelle d'une souffrance psychique qui place d'emblée le corps dans ce mécanisme.

Nous allons maintenant détailler les mécanismes en jeu dans ce type de douleur.

1.6.2.3.2 Du côté des classifications

Si on se réfère au DSM, on perçoit une évolution des termes et des idées (cf tableau 7). Ainsi dans le DSM IV, le trouble de somatisation de la catégorie troubles somatoformes correspond à l'hystérie alors que la conversion renvoie à l'hystérie de conversion. Dans le DSM V, on retrouve une nouvelle catégorie, unique : « trouble de symptôme somatique et trouble connexes » qui regroupe l'ensemble (conversion, trouble factice et l'hypocondrie).

Tableau 7 : Evolution des troubles somatoformes entre le DSM-IV et le DSM-V	
DSM IV-Tr : les troubles somatoformes	DSM V : troubles à symptomatologie somatique et apparentée
Trouble de somatisation	Trouble à symptomatologie somatique
Trouble somatoforme indifférencié	Crainte excessive d'avoir une maladie (ancienne hypocondrie)
Trouble de conversion	Trouble de conversion trouble à symptomatologie neurologique fonctionnelle
Trouble douloureux	Facteurs psychologiques influençant d'autres affections médicales
Hypocondrie	Trouble factrice
Trouble : peur d'une dysmorphie corporelle	Autres troubles à symptomatologie somatique spécifiés
Trouble somatoforme non spécifié	Troubles à symptomatologie somatique non spécifié (grossesse nerveuse

Les raisons de ses modifications sont résumées par Cédric Lemogne par les 3 arguments suivant (Lemogne, 2018) :

- Le recouvrement important des syndromes (les troubles somatisation, douloureux et hypocondrie du DSM IV). Le diagnostic le plus fréquemment porté étant celui de trouble somatoforme indifférencié
- La formulation négative, notamment de l'hypocondrie, favorisant une stigmatisation
- et enfin la non-utilisation des catégories du DSM-IV par les professionnels qui sont le plus en contact avec ces patients (i.e les somaticiens non psychiatres).

Tous ces troubles dans le DSM V sont caractérisés par une focalisation dominante sur des problèmes somatiques et par leur présentation initiale dans des environnements médicaux plutôt qu'en santé mentale. « *Ce trouble est désormais défini positivement par la présence de pensées, émotions ou comportements « excessifs ou inappropriés », à l'origine d'un retentissement fonctionnel ou d'une souffrance subjective et accompagnant des symptômes somatiques ayant, ou non, une cause somatique identifiée. Les raisons de ce changement sont le recouvrement diagnostique des anciennes catégories, leur non-utilisation par les somaticiens, le risque de stigmatisation et le caractère intenable d'une conception dualiste des rapports corps-esprit* » (Lemogne, 2018)

A noter que la formulation du trouble douloureux du DMS IV devient, dans le DMS-V, une forme d'un trouble à symptomatologie somatique (300.82) « : cette spécification concerne les individus dont les symptômes somatiques consistent principalement une douleur ». Pour identifier ce trouble, on doit retrouver les critères suivants :

- A. Un ou plusieurs symptômes somatiques causés de détresse où entraînant une altération significative de la vie quotidienne
- B. Penser sentiment au comportement excessif lié aux symptômes somatiques ou à des préoccupations sur la santé suscitée par ces symptômes se manifestant par au moins un des éléments suivants :
 - 1. Pensée persistante et excessive concernant la gravité de ces symptômes
 - 2. Persistance d'un niveau élevé d'anxiété concernant la santé ou les symptômes
 - 3. Temps et énergie excessive dévolue à ces symptômes ou aux préoccupations concernant la santé
- C. Bien qu'un symptôme somatique donné puisse ne pas être continuellement présent l'état symptomatique est durable typiquement plus de 6 mois

Ainsi « *Les nouveaux critères du DSM-V propulsent le trouble douloureux chronique dans la catégorie générale d'un trouble somatique, dans une perspective bio psycho-sociale et non plus uniquement dans un trouble médicalement non expliqué où « tout est dans la tête » reconnaissant de ce fait l'authenticité de la souffrance du patient* » (Bassan et col, 2018 - p21).

Concernant la CIM-11 on retrouve un positionnement différent. Le trouble douloureux initialement retrouvé dans la CIM-10 a été largement modifié pour devenir une pathologie spécifique en créant la catégorie douleur chronique primaire et douleur chronique secondaire (cf 1.5.2). La question des troubles somatoformes se retrouve dans le « Troubles de détresse corporelle ou d'expérience corporelle » où l'on retrouve le trouble de détresse corporelle (6C20), la dysphorie d'intégrité corporelle (6C21), les autres troubles spécifiques de détresse corporelle ou d'expérience corporelle (6C2Y) et les troubles de détresse corporelle ou d'expérience corporelle, non spécifiés (6C2Z). Ils correspondent à « *les troubles de détresse corporelles et d'expérience corporelle se caractérisant par des perturbations dans l'expérience de son corps par la personne. Le trouble de détresse corporelle comporte des symptômes corporels que l'individu trouve pénible et auxquels une attention excessive est dirigée. La dysphorie d'intégrité corporelle implique une perturbation dans l'expérience de la personne du corps manifestée par le désir persistant d'avoir un handicap physique spécifique accompagné d'un inconfort persistant ou des sentiments intenses d'inconscience concernant la configuration actuelle du corps non handicapé* » (CIM-11). Ils sont à distinguer des troubles neurologiques dissociatifs et à l'inquiétude concernant l'apparence du corps.

1.6.2.3.3 Douleurs à prédominance psychogène

Les mécanismes en jeu dans les douleurs à prédominance psychogène sont : la somatisation, la conversion, l'hypocondrie, le fonctionnement psychosomatique. Il est également reconnu que la pathomimie en tant que syndrome psychopathologique est également à étudier pour favoriser un diagnostic différentiel de qualité.

La définition des différents mécanismes restent difficiles et les études en douleur sur ces éléments manquent de cohérence. La définition même des mécanismes en jeu reste souvent évasif ou peu détaillé. Ainsi dans une revue de littérature en 2009, sur 116 articles, aucun ne présentait une définition complète de la somatisation, au sens de Lipowski (Crombez et col, 2009). Par ailleurs la composante culturelle a un impact majeur sur l'expression de la symptomatologie puisqu'elle repose sur ce qui est d'une maladie ou ne l'est pas (Crombez et col, 2009).

« La problématique douleur reste parmi les plus difficile. La prévalence des troubles somatoformes avec douleur prédominante est difficile à apprécier mais serait plus importante chez les femmes. La fréquence d'une affection médicale générale concomitante ou antérieure (hernie discale, arthrose, polyarthrite rhumatoïde, etc.), et surtout la nature subjective de la douleur, associées aux progrès effectués en matière de thérapeutique antalgique, pourraient contribuer à faire de la plainte douloureuse un mode privilégié d'expression d'une détresse psychique. La propension à la chronicité qui caractérise de nombreux troubles somatoformes douloureux, le préjudice subi en cas de perte d'emploi ou de désinsertion sociale, le rôle déclencheur éventuel d'un traumatisme physique (accident du travail, accident de la voie publique, etc.) et la situation de contentieux qui s'installe dans certains cas (mise en doute de la sincérité du patient, évaluation du taux d'incapacité, etc.) font de la plainte douloureuse un des symptômes somatiques les plus difficilement mobilisables sur le plan thérapeutique, quand bien même les facteurs psychologiques qui auraient pu présider à son installation auraient disparu ou ne seraient plus opérants » (Lemogne, 2018)

Les douleurs médicalement inexpliquées correspondent à une réalité clinique en soins primaires et en médecine spécialisée (confirmée régulièrement en consultation douleur (Tolmunen et col, 2015 ; Lemogne, 2015). On retrouve ainsi une tranche de population qui n'est pas pris en charge par les services de santé mentale (déjà débordé ou parfois recentrée sur des pathologies psychiatriques à expression mentale). Il y a donc un réel enjeu autour de la prise en charge.

Par ailleurs le caractère délétère est largement rappelé dans la littérature (Bransfield 2019 ; DSM V) tant au niveau :

- d'un risque de sur-diagnostic, « Il est inapproprié de donner un diagnostic de trouble mental à une personne simplement du fait de l'absence de démonstration d'une étiologie médicale » (DSM -V p365)
- la confusion dans l'expression clinique : « [...] la présence d'un diagnostic médical n'exclut pas la possibilité d'un trouble mental comorbide incluant notamment les troubles à symptomatologie somatique et apparentés. » (DSM -V p365)
- le manque d'accessibilité aux soins.

On retrouve par ailleurs un certain nombre de facteurs ayant un impact sur ces syndromes permettant d'envisager une vulnérabilité génétique et biologique dont la variabilité à la sensibilité à la douleur (DSM-V). Enfin « La notion de symptômes « médicalement inexpliqués » demeure néanmoins centrale dans la conversion, renommée « trouble neurologique fonctionnel » ». (Lemogne, 2018).

En effet, la clinique des troubles neurofonctionnels est riche et peut inclure un volet douleur, soit en lien avec d'autres manifestations soit en tant que plainte en elle-même. A noter toutefois que « au contraire les manifestations neurofonctionnelles habituellement retrouvée dans cette catégorie (cécité de conversion, CNEP, paralysie de conversion), la douleur psychogène ne peut pas être confirmée. « La cécité de conversion préserve le réflexe optocinétique ; les crises psychogènes surviennent lors d'un enregistrement EEG normal ; l'anesthésie de conversion ne diminue pas le potentiel évoqué sensoriel ; et les extrémités psychogènes paralysées bougent pendant le sommeil ou avec distraction. Une telle confirmation n'est pas disponible en cas de douleur²² » (Covington, 2000). Cela met, de fait, la douleur dans une position particulière. Le soignant ne peut pas aller vérifier ce qui parfois peut être très difficilement vécu. Cette absence de vérification est clairement inscrite auprès des professionnels

²² Citation originale : « Unlike psychogenic pain, other psychogenic symptoms can be confirmed. Conversion blindness pre serves the opticokinetic reflex; psychogenic seizures occur during a normal EEG recording; conversion anesthesia does not diminish the sensory evoked potential; and psychogenically paralyzed extremities move during sleep or with distraction. Such confirmation is unavailable in the case of pain. »

exerçant en douleur : la douleur est celle que formule le patient. Les mécanismes en jeu reste à déterminer et la prise en charge est à adapter. La clinique des troubles neurofonctionnels semble donc intéressante à explorer. Nous n'avons toutefois pas pu aller au-delà dans les recherches tant cette clinique reste fort éloignée de la douleur.

Pourtant rappelons que les concepts évoluent que les connaissances avancent et que beaucoup de maladies que l'on ne comprenait pas avant sont maintenant plus accessibles et donc donne lieu à une prise en charge ou au moins une réassurance. A titre d'illustration, nous pouvons rappeler que chaque discipline somatique a ses syndromes médicalement inexpliqués (tableau 8) qu'ils vont parfois clairement prendre en charge.

APPELLATION TRADITIONNELLE, HORS NOMENCLATURE DSM, DES PRINCIPAUX « TROUBLES À SYMPTOMATOLOGIE SOMATIQUE NON SPÉCIFIÉS » OU « SYNDROME FONCTIONNEL SOMATIQUE » PAR SPÉCIALITÉ MÉDICALE NON PSYCHIATRIQUE	
Spécialité médicale	Appellation traditionnelle des syndromes fonctionnels somatiques
Gastroentérologie	Syndrome de l'intestin irritable ou colopathie fonctionnelle, dyspepsie non ulcéreuse
Gynécologie	Syndrome prémenstruel, algies pelviennes chroniques, vulvodynies
Rhumatologie	Fibromyalgie (ou syndrome polyalgique idiopathique diffus)
Cardiologie	Précordialgies à coronaires saines
Pneumologie	Syndrome d'hyperventilation, spasmophilie, tétanie normocalcémique
Immunologie	Syndrome de fatigue chronique
Neurologie	Céphalées de tension
Stomatologie	Syndrome algodysfonctionnel de l'appareil manducateur, glossodynies
Oto-rhino-laryngologie	Rhinite chronique non allergique
Allergologie	Intolérance environnementale idiopathique

Tableau 1.

Tableau 8 : Tableau 1 : Appellation traditionnelle, hors nomenclature DSM, des principaux « troubles à symptomatologie non spécifiés » ou « syndrome fonctionnel somatique » par spécialité médicale non psychiatrique - Micoulaud-Franchi et col, 2019)

Or dans cette formulation, un grand nombre des syndromes impliquent des douleurs pour lesquelles par ailleurs des explications à partir d'une meilleure connaissance des mécanismes de la douleur ont permis de les éclairer autrement. Pour ne citer qu'un exemple il est possible de reprendre les avancées sur la fibromyalgie. En effet, dans un grand nombre de cas, des arguments en faveur d'une sensibilisation centrale couplée à un déconditionnement sont retrouvés (INSERM, 2020). Mais il est fort probable que les études à venir seront plus précises si on prend en compte l'idée qu'il existe plusieurs sous types de la fibromyalgie semblent se dessiner (Hauser et coll, 2018 cité dans INSERM 2020) :

- Fibromyalgie comme un état unique où la douleur et les autres symptômes sont considérés également ;
- Fibromyalgie associée à des troubles de la santé mentale (surtout anxiété et dépression) qui nécessitent une prise en charge spécifique ;
- Fibromyalgie associée à des COPC = syndrome de sensibilisation centrale (Chronic Overlapping Pain Conditions)
- Fibromyalgie associée à une maladie somatique ;

- Combinaison d'au moins deux sous-groupes.

Il est donc nécessaire de prendre le temps d'évaluer et de faire le diagnostic différentiel. Un même symptôme être le reflet de plusieurs mécanismes tant sur le plan somatique que sur le plan psychique. Le dispositif des SDC vise à favoriser cette démarche dans un espace-temps identifié et étayant mais cela reste une exception dans les parcours des patients. Par ailleurs, évaluer implique la définition d'une prise en charge et là, le débat est à construire. Est-ce possible en SDC ? Faut-il des SDC spécialisée ? Ou des équipes psy spécialisée ?

Cette clinique nous amène à devoir revoir nos modèles, nos pratiques et permettre d'accueillir ce qui est de cette construction, construction souvent déstabilisante, mettant en échec les thérapeutiques mais aussi nécessaire comme une tentative de résolution maladroite s'exprimant par une autre voie. Cette clinique nous projette nécessairement dans l'interdisciplinarité effective (Lionet & Marecaux, 2019) ce que l'on peut retrouver dans certaines SDC où la collaboration somato-psy peut prendre tout son sens. L'enjeu n'est peut-être pas savoir mais de construire ensemble.

Pour s'y retrouver, au moins, en soins primaire la figure suivante peut servir de repère : (cf fiche outils les troubles somatoformes et le schéma de repère pour l'évaluation pour l'orientation vers une évaluation psychologique et psychopathologique, Berlemont et col, 2022.)



Figure 12 : Repères sur les problématiques somatoformes (Berlemont et col, 2022)

1.6.2.3.4 Psychopathologie des douleurs à prédominance psychogène

Au-delà de la sémiologie, une meilleure connaissance de mécanismes psychopathologiques en jeu est importante. Afin de clarifier nous allons reprendre ici une synthèse d'un chapitre écrit par Véronique Barfety-Servignat (Barfety-Servignat, 2020b) qui permet d'avoir quelques repères nécessaires (cf tableau 9).

Connaître ces mécanismes, pouvoir les identifier ou les repérer sont autant de ressources nécessaires pour développer cette clinique si particulière. Cela relève clairement d'une évaluation psychologique et psychopathologique qui nécessite un temps suffisant.

Ainsi il est important de garder à l'esprit que la douleur nociplastique est une douleur de mécanisme différents de ceux précédemment cités. En effet, ce type de douleur implique une modification du système de perception de la douleur, principalement sur les mécanismes de sensibilisation (Fitzcharles, et col, 2021). Cette douleur est à distinguer d'un mécanisme impliquant des mécanismes psychogène et elle sera primaire quand elle est à distinguer d'un mécanisme somatique identifié. Cela n'enlève en rien les répercussions psychologiques liées à ce type de douleur pouvant avoir un impact négatif.

Nous touchons donc du doigt la nécessité d'un diagnostic différentiel, impliquant l'évaluation des douleurs à prédominance psychogène en cas de douleur incurable.

A noter enfin l'absence de référence à la Dissociation qui sera un mécanisme que nous explorons par la suite de cet écrit.

Tableau 9 (à partir de Barfety-Servignat, 2020)	<i>Description clinique</i>	<i>Psychopathologie</i>	<i>Auteurs</i>
Somatisation	<ul style="list-style-type: none"> • Multiples symptômes souvent fluctuants, multiples consultations, multiples examens / anamnèse riche mais fréquemment pauvre en termes de résultats • Discordance importante entre plainte, retentissement et invalidité du corps – négativité des examens cliniques et paracliniques • Peu de contact avec les psy, sollicitent plutôt les somaticiens car ces patients se considèrent comme malades 	<p>Plusieurs courants :</p> <p><u>Définition de Lipowski</u>: tendance à éprouver et à communiquer une détresse somatique et des symptômes non expliqués par des découvertes pathologiques, à les attribuer à une maladie physique et à rechercher une aide médicale pour eux" [34], p. 1359 (cité par Crombez et col, 2009).</p> <p><u>Ecole de Paris</u> : processus de somatisation est une chaîne d'événements psychiques favorisant le développement d'une affection somatique, soit par régression somatique de la libido pour faire face au surplus de travail de liaison du moi, soit par déliaison pulsionnelle (chez les sujets à l'organisation psychosomatique ou bien chez des sujets où les traumatismes psychiques réactualisent les blessures narcissiques précoces)</p> <p>Le concept de somatisation est de fait un continuum entre névrose et psychose car plusieurs modèles de la somatisation co-existent (présentation somatique de troubles psychiques, conversion, majoration de sensations corporelles, syndromes somatiques fonctionnelles, conséquence d'un ébranlement traumatique ou d'une problématique de deuil, fonctionnement psychosomatique).</p>	Lipowski, Alexander, Smadja
Conversion	<ul style="list-style-type: none"> • Production de symptômes, touchant la motricité volontaire, les fonctions sensitives et sensorielles ou le fonctionnement neurophysiologique, s'accompagnant d'une « belle indifférence » ou du « stoïcisme » et laissant penser à une affection médicale. • Le symptôme détient un sens, une adresse : la conversion est un langage du corps qui demande à être décodé. 	<ul style="list-style-type: none"> • <u>Selon Freud</u> : = transposition d'un conflit psychique en une tentative de résolution de ce conflit dans des symptômes somatiques = transformation d'une représentation refoulée en symptôme corporel. Sous le coup du refoulement, toute la charge affective pénible est transformée en sensations physiques douloureuses dans le cadre des algies hystériques. On prend en considération le corps libidinal et pas le corps somatique. • Attention chez l'hypocondriaque, il n'y a pas d'altération des fonctions corporelles (comme on peut le voir dans la conversion). 	Freud, Roussillon.
Hypocondrie	<p>= une formation psychopathologique dans laquelle l'individu a la certitude non légitime mais immuable d'être atteinte d'une maladie.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Cela s'accompagne de plaintes corporelles répétées et une quête médicale sans fin. • Le sujet perçoit et interprète toute activité corporelle interne comme signe de maladie. 	<ul style="list-style-type: none"> • « La personnalité se comprime autour de la fixation organique où l'organe douloureux devient le témoin de la détresse » (Barfety-Servignat, 2020). Initialement supposées protéger le moi, cela permet au sujet d'éviter un insoutenable travail sur l'élaboration de la position dépressive • Fonction de contrôle et de maintien à l'intérieur du corps de l'agressivité et de l'angoisse. 	Pedieli, Defontaine-Catteau, Barfety-Servignat,

	<ul style="list-style-type: none"> • La conviction d’être malade persiste malgré la négativité des examens et la réassurance médicale. • Sombre, irritable, plaintif et répétitif, il navigue entre auto-punition et agressivité sous l’empreinte d’un sadomasochisme moral parfois envahissant (Barfety-Servignat, 2017, cité par Barfety-Servignat 2020). • Répercussion importante sur le plan familial avec altération de la relation alternant rejet et soumission associé à un risque suicidaire. <p>- Dans le registre névrotique, l’hypocondrie signe un état anxieux ou dépressif (la crainte reste accessible à la critique).</p> <p>- Dans le registre délirant (schizo paranoïde, mélancolie délirante ou le délire chronique) : on retrouve une « mélancolie délirante, la conviction démesurée de l’incurabilité d’une maladie s’associe une culpabilité sans limite envahissant tout le champ de la pensée, parfois jusqu’à des négations d’organe (Syndrome de Cottard) avec risque d’auto-agression, automutilation » (Barfety-Servignat, 2020)</p>		
Fonctionnement psychosomatique	<ul style="list-style-type: none"> • Présence d’ un substratum physiopathologique. La maladie est repérable, susceptible d’être déclenchée et entretenue par des facteurs psychologiques. • Pensée opératoire, sans association et en relation immédiate avec la sensorimotricité. • Mise à distance du conflit psychique 	<ul style="list-style-type: none"> • <u>Courant Psychanalytique</u> : identification de toute une série de faillites dans les défenses mentales utilisé par les sujets somatisants, tant sur le plan de la répression de la vie affective, qu’un défaut de projection et impact du refoulement caractériel de l’imaginaire, ou encore qu’un défaut de subversion libidinale des fonctions biologiques. On parlera de désorganisation somatique pouvant être le signe de dépression et de réactivation de la perte de l’objet chez des sujets au problématiques narcissiques identitaires • <u>Non psychanalytique</u> : la théorie émotionnelle (alexithymie) de Sifneos (1973) – la théorie des marqueurs somatiques (aphasie émotionnelle) de Damasio (1995) – les théories du stress. 	Marty, McDougall, Sami Ali, Dejours, Roussillon, Sifneos, Damasio,
Troubles factices dont pathomimie	<p>Pathomimie = création, auto-provocation de lésions par des manœuvres externes dans le réel du corps. Les lésions sont entretenues et répétées. Le sujet nie toute implication dans la genèse, participation ou entretien des lésions. Le symptôme souvent curieux et spectaculaire. On retrouve une motivation dominante de faire reconnaître une atteinte du corps avec une demande forte auprès des médecins. La pathomimie peut être greffée à une authentique maladie,</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Pas de recherche de bénéfice matériel ou moral, motivation inconsciente et la recherche est plutôt dans la reconnaissance par l’autre du symptôme. • Accession à une nouvelle identité de malade afin d’entretenir un lien sécurisant avec le médical, dans une recherche de sensations douloureuses qui semblent témoigner d’un rôle auto-calmant (Barfety-Servignat, 2020)). 	Defontaine-Catteau, Barfety-Servignat.

	<p>= fabulation en acte, associé à 3 attitudes en clinique de la douleur :</p> <ul style="list-style-type: none">- La belle indifférence : malgré la persistance des symptômes et de leur caractère souvent inquiétant, le sujet peut manifester une indifférence inexplicable au regard de la situation- La monstration : l'exhibition de la pathomimie est recherchée, le sujet est compliant et passif à tous les examens proposés notamment lorsque l'état du corps provoque la surprise, la curiosité, voire la fascination.- Entretien et aggravation des lésion : les conseils de protection ne sont jamais suivis et la symptomatologie évolue avec des anomalies suggèrent la facticité. (Barfety-Servignat, 2020)		
--	---	--	--

Conclusion

On comprend bien la complexité que nous impose la douleur et la nécessaire inclusion de connaissances en psychopathologie de la douleur. Cependant l'enjeu est au niveau de l'intégration de la quantité de connaissances ainsi que les conséquences culturelles à intégrer et notamment sur la pluriprofessionnalité. L'évolution de la prise en considération des dimensions psychologiques et psychopathologiques permettra une meilleure prise en charge, mais la réduction des moyens, les difficultés de collaboration entre psy et somaticien sont autant de frein qu'il sera nécessaire de travailler dans les années à venir.

Le corpus théorique est important et relève de plusieurs années de formations spécifiques. Se pose donc la question de l'organisation des soins primaires qui, de fait, sont les premiers interlocuteurs de la souffrance. Or leur place est primordiale dans l'initiation des parcours de soins. À cet effet, la SFETD est clairement engagée dans cette démarche et notamment par la commission professionnelle psychologue en soutenant des modules de psychopathologie de la douleur lors du congrès annuel mais aussi en favorisant des formations spécifiques au sein des universités des psychologues par exemple. Le DIU de Psychopathologie de la Douleur, seule formation de ce type en France, est également un élément socle important. Cependant l'implication des experts psychologues ou psychiatres dans les formations universitaires restent à défendre et nécessitent une implication dès la formation initiale que cela soit des somaticiens et des psychologues.

Par ailleurs, l'évolution des connaissances par l'étude de la sensibilisation, des réactions inflammatoires liées au stress ou à la confrontation aux événements de vie, vont probablement apportés des modifications dans les conceptualisations à venir. Il était important de faire un point sur les connaissances à l'heure actuelle afin de partir de l'existant et de mieux identifier les mécanismes de chronicisation de la douleur.

2. CHRONICISATION DE LA DOULEUR²³

« *Etudier la chronicisation est étudier ce qui rend une situation chronique* » (Conradi & Reiter, 2020.) et représente un enjeu majeur pour la compréhension des processus en jeu et la proposition de prise en charge évoquée.

Nous avons déjà présenté l'état des connaissances actuelles sur la nociception, la douleur aiguë et la douleur chronique. La transition de la douleur aiguë à la douleur chronique est la voie de recherche de demain avec des prémisses que nous allons présenter ici.

Cependant, il nous semble nécessaire de rappeler que la première cause de chronicisation de la douleur est la non-identification de la douleur et de ses composantes soit par des difficultés de communication ou liée à la situation de l'individu soit liée à des méconnaissances des professionnels. La prise en compte de la psychopathologie liée à la douleur par exemple reste très marginale (réservée à quelques professionnels formés spécifiquement).

Sur ce dernier point, l'évolution des connaissances dans le domaine étant depuis 50 ans en perpétuelle évolution, il est difficile pour l'ensemble des professionnels de suivre cette évolution. Par ailleurs, la place de la douleur dans les études des professionnels de la santé reste récente et sur une

²³ Partie écrite à partir de Conradi S ; Reiter F, A. (2020). Facteurs de chronicisation, facteurs de prévention. Dans Clinique et psychopathologie de la douleur, ss la direction de Bioy et Lignier, Dunod.

quantité très faible (SFETD, 2017). Par ailleurs, sa nécessité de prise en charge a été formulée qu'à partir de la fin des années 90 (Szymkiewicz et col, 2021) avec encore maintenant le constat d'une difficulté majeure de proposer une prise en charge de qualité.

Très probablement d'une manière non objective, nous considérons qu'une grande partie des douleurs chroniques sont le résultat de la non prise en compte de la psychopathologie de la douleur dans ses 3 composantes précédemment citées (cf 1.6.2). Améliorer la prise en charge de la douleur passe par une amélioration de la prise en charge sur les 3 composantes du modèle bio-psycho-social et cela auprès de tous les acteurs de santé.

2.1 Modèle cause-conséquence / modèle de l'engrenage :

François Bourreau (1947-2005), pionnier dans le développement de la prise en charge de la douleur en France, présentait régulièrement dans ses interventions un modèle issu du modèle bio-psycho-social de la douleur. Ce modèle reste une base, impliquant une présentation assez simple mais conceptuellement pertinente. Ce modèle est accessible pour toute douleur qui dure et tente de représenter l'impact du temps et du maintien de la problématique par différents facteurs de la sphère biologique, psychologique et sociale.

Ce modèle peut être représenté sous la forme suivante :

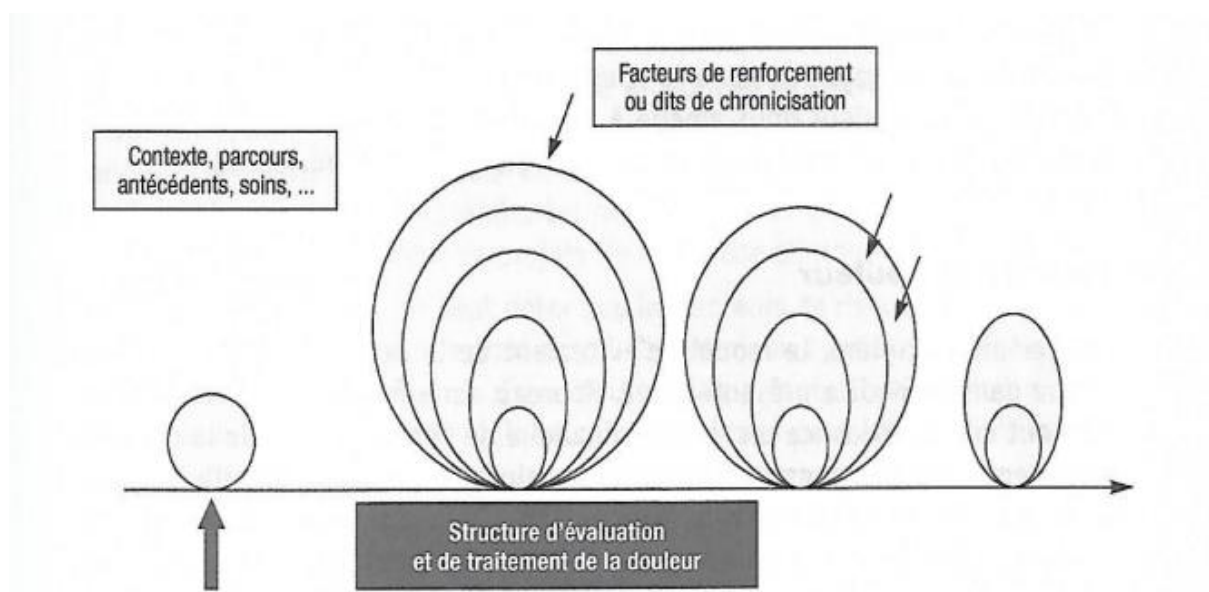


Figure 9.1. Le modèle de chronicisation d'après F. Bourreau

Figure 13 : Figure 9.1 Le modèle de chronicisation d'après F. Bourreau (Conradi & Reiter, 2020 – p 99)

Dans cette figure, nous nous situons dans la temporalité du professionnel exerçant en SDC qui abordent la problématique que présente le patient rencontré, en identifiant les éléments qui peuvent avoir concouru au maintien de la douleur. Il s'agit de facteurs prédisposants (antécédents somatiques et psychiques, exposition à des douleurs, etc...), des facteurs de maintien (contexte, parcours de soins, absence de prise en charge, invasivité des soins etc...) et des facteurs de renforcement ou de chronicisation (dépression, anxiété, incompréhension, rejet, croyances dysfonctionnelles, troubles du

sommeil, antalgiques sous ou sur dosées, répercussions professionnelles et/ou financières, déconditionnements physiques, contractures musculaires, etc...).

Ce schéma met en image les différents modules du projet thérapeutique que l'on pourra proposer au fur et à mesure de la prise en charge. Les cercles dans les cercles représentent alors les différents facteurs de renforcement identifiés. Ainsi une fois identifié, la prise en charge des différents facteurs, un par un le plus souvent, permet une diminution de la problématique douloureuse et peut-être à terme un problème douloureux passé au second plan.

C'est le modèle conséquence avec l'idée de la mise en place de cercles vicieux autour de la douleur chronique et repose sur une vision cognitivo-comportementale du processus. Cette idée est développée également par Berquin et Grisart (figure14) :

FIGURE 1
Le processus de chronicisation (« fleur du mal »)

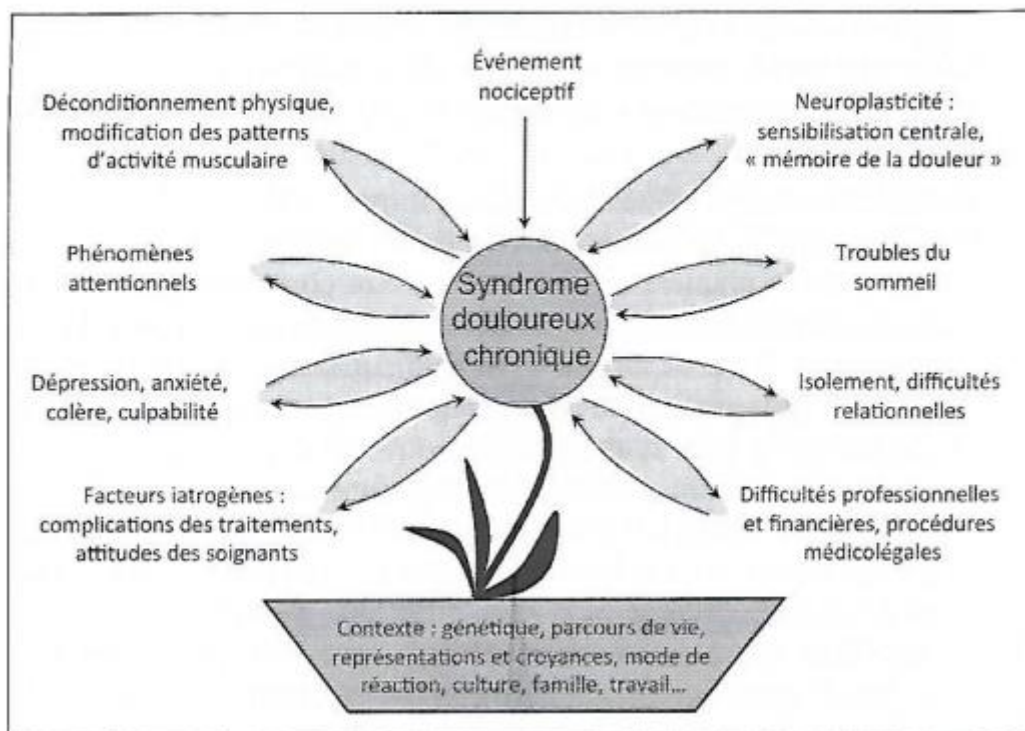


Figure 14 : Figure 1 : le processus de chronicisation (« les fleurs du mal ») Berquin & Grisart, 2016 - p 104

2.2 Modèle Cognitivo-comportementaux :

Dans cette perspective, la douleur chronique est considérée comme étant un comportement qui est appris et maintenu par des théories de l'apprentissage, développées notamment dans les thérapies comportementales et cognitives (TCC) et qui, sur le plan de la douleur, se retrouvent à plusieurs niveaux, intégrant les 3 vagues :

- Historiquement par les conditionnements classique et opérant (et notamment les travaux de Fordyce (Serra & Monestès, 2012 - p 20))

- Mais aussi et surtout par l'identification de biais cognitivo-comportementaux ayant un impact délétère ou pouvant prédire la survenue de douleur chronique (dont le catastrophisme et les stratégies de coping)
- L'impact de la Peur de la douleur dont la kinésiophobie largement travaillé par Vlaeyen et Morley et Linton
- La mise en évidence de facteurs ressources ou protecteur tels que l'acceptation, l'autocompassion, la résilience...

Pour des raisons pragmatiques, nous allons détailler deux des éléments cités à savoir le plus connus c'est-à-dire le biais de catastrophisme et le modèle est celui de la peur de la douleur

2.2.1 Biais de catastrophisme :

Ce biais est le plus connu en douleur chronique et il se retrouve comme étant corrélé avec à la fois une augmentation de l'intensité douloureuse, des répercussions mais également sur sa valeur prédictive de douleurs chroniques. Il est celui qui est étudié depuis le plus longtemps et qui se retrouve dans toutes les populations occidentales.

Sur le plan historique il a été mis en évidence, à l'issue de recherches initiées dans les années 70, notamment par des psychologues canadiens dans l'étude des réactions des individus face à la douleur soit expérimentale (immersion d'un membre dans l'eau glacé par exemple) ou en douleur clinique (comme par exemple lors de soins dentaires). C'est Michael Sullivan qui dans les années 90 à développer toute une pan de recherche qui a permis la mise en évidence de ce biais cognitivo-comportemental²⁴. Les recherches récentes confirment l'impact de ce phénomène sur la douleur (Neblett, 2017, Schütze et col, 2018).

Le catastrophisme aussi appelé « pensées catastrophiques en lien avec la douleur » est définie comme étant : « *un ensemble de pensées négatives à mener à l'esprit durant l'expérience actuelle ou anticipée de la douleur* ». (Sullivan et col, 2001) Ce biais est composé de 3 facteurs :

- **l'impuissance** face à la douleur (appliquant des scénarios négatifs quant à son évolution)
- une **amplification** par un phénomène de focalisation de l'attention et où à l'évocation de situations douloureuses antérieures
- et une **rumination** face à la douleur qui amène l'individu à y penser sans cesse

Son impact sur la modulation de la nociception a largement été étudié et il a été possible de démontrer un impact du catastrophisme sur la dysrégulation de l'axe hypothalamo-hypophysaire liée à la sensibilisation du système nerveux central; la réduction du contrôle inhibiteur descendant par les voies des opioïdes endogènes, une activation accrue des zones du cerveau associée aux aspects affectifs de la douleur ainsi qu'un impact sur la neuromatrice de la douleur (changements facilitant la douleur dans la connectivité fonctionnelle du réseau en mode par défaut du cerveau) (Schütze et col, 2018). Cet impact peut être résumé auprès des patients par l'utilisation des termes d'épuisement des défenses contre la douleur ou l'absence de filtres (les contrôles inhibiteur) habituellement présents dans le système de gestion de la douleur. Cela peut expliquer que la douleur soit plus vive, plus invalidante et plus difficile à traiter par le recours aux traitements habituels.

Les conséquences négatives de ce biais ont été retrouvées aussi bien chez des patients souffrant de pathologie rhumatismale (Keefe et col, 1989 ; Keefe et col, 2000), de fibromyalgie (Martin et col, 1996),

²⁴ pour aller plus loin sur l'histoire de des connaissances sur ce biais cognitivo comportemental se référer à Barfety et col (2020) page 53 à 54

de lésions des tissus (Sullivan et col 1998, Sullivan et col, 2005), lors de soins dentaires (Sullivan & Neisch, 1999).

Ainsi il a pu être démontré que les individus qui ont des scores élevés sur les échelles de catastrophisme de la douleur expriment une douleur plus intense (Sullivan et col, 1995) et souffrent plus de dépression et d'anxiété sévère (Keefe et col, 1989 ; Martin et al 1996). On retrouve ainsi plus de comportements de douleur et d'incapacité (Sullivan et al 1998, Keefe et col, 2000, Sullivan et col, 2005), ainsi qu'une consommation plus importante d'antalgiques et des séjours prolongés lorsque les patients sont hospitalisés.

Le catastrophisme peut donc être considéré comme un marqueur de risque significatif pour la douleur et les résultats pour la santé, apportant une plus grande incapacité, intensité de la douleur, dépression, l'anxiété, l'absentéisme au travail, l'abus d'opiacés et l'utilisation des soins de santé ainsi qu'une tendance à prévoir le passage à la chronicité et son maintien (Schutze et col, 2018).

A noter que sur le plan psychopathologique, ce biais cognitif est retrouvé dans d'autres problématiques, avec une spécificité à priori dans le cadre de la douleur (Gellacty & Beck, 2016).

La présence ou non de ce biais de catastrophisme est donc un indicateur à prendre en compte comme efficacité des défenses utilisées par le patient. Par ailleurs, ces liens avec la dépression, l'anxiété, l'intensité douloureuse et les psychotraumatismes sont à étudier pour faciliter la compréhension de ce biais ; celui-ci pouvant être pré-existant à la problématique douloureuse ou consécutives.

Le biais de catastrophisme est à entendre dans son rapport aux autres stratégies de coping utilisées contre la douleur et dans ses rapports à la dépression et l'anxiété. Ainsi il est intéressant d'intégrer ce biais cognitif au regard des autres stratégies de coping utilisés par les patients face à la douleur. Sur ce plan, on peut souligner le travail conséquent réalisé par l'équipe d'Irachabal, Dany et Roussel, pour mieux comprendre l'impact de ces stratégies sur la modulation de la douleur (Irachabal et col, 2008 ; Dany et col, 2008 ; Dany et col, 2009).

Ainsi il est possible d'identifier des défenses naturelles de chacun face à la douleur qui vont induire une modulation de la douleur plus ou moins grande (Dany et col, 2008). Ces défenses naturelles varient en fonction de l'histoire, des douleurs (intensité, durée, ...) et autres facteurs en cours d'étude. Auprès de la population française, 5 stratégies (au lieu des 8 initialement repérées auprès des populations du continent américain) ont ainsi pu être identifiées (Irachabal et col, 2008) :

- Ignorer les sensations douloureuses = nier que la douleur nous affecte ou fait souffrir
- Distraction = diversion de l'attention = c'est à dire penser à des choses qui permettent de détourner l'attention de la douleur
- Réinterprétation des sensations (essayer de percevoir les sensations autrement que douloureuse)
- Prière-espoir = qui correspond au fait de ce dire qu'il faut espérer et prier que la douleur certainement un jour
- Dramatisation (qui correspond au facteur d'impuissance face à la douleur du catastrophisme).

Ainsi, nous pouvons reprendre les travaux, en 2008, qui ont pu démontrer auprès d'une population de 130 patients accueillie en SDC l'impact de ces stratégies (Dany et col, 2008). Ainsi les auteurs ont pu identifier des défenses plutôt protectrices de l'intensité douloureuse par exemple (une distraction élevée, une prière-espoir diminuée, le fait d'ignorer les sensations douloureuses et une dramatisation moindre), de la dépression (par une défense prière-espoir importante, une réinterprétation

importante, et une dramatisation moindre) et de l'anxiété (par une distraction moindre, le fait d'ignorer la douleur et une dramatisation moindre).

On peut donc supposer que les capacités d'adaptation des patients face à la douleur sera amoindries en cas de biais de catastrophisme (score seuil défini pour le PCS) ou lorsque ce biais de catastrophisme sera la première des défenses utilisées. On peut supposer également que ce biais de catastrophisme sera important en cas de non-utilisation des autres stratégies protectrice précédemment citées. L'utilisation de la psychométrie spécifique douleur nous permet d'avoir une analyse plus fine de ces éléments (cf partie 2 - 4.1).

2.2.2 Les peurs liées à la douleur

« La peur liée à la douleur est un terme générique utilisé pour décrire la peur qui survient lorsque des stimuli associés à la douleur sont perçus comme menaçant l'intégrité corporelle (Leeuw et col, 2007) et comprend une variété de constructions telles que la peur de la douleur, peur du mouvement, peur des activités liées au travail, peur des (ré) blessures, qui sont souvent utilisées de manière interchangeable, bien qu'elles ne soient pas nécessairement les mêmes²⁵ » (Meudlers, 2020). La peur du mouvement ou encore appelée kinésiophobie, est la plus étudiée. Elle a été identifiée dans des pathologies douloureuses telles que les lombalgies chroniques dans les années 90. Le modèle d'évitement de la peur de la douleur (ELP) a apporté une meilleure compréhension des facteurs de chronicisation de la douleur tels que les comportements d'évitement et de catastrophisme, l'amenant à avoir une place prépondérante dans les processus de chronicisation de la douleur.

La kinésiophobie recouvre trois types de peurs : la peur de la douleur, la peur du mouvement qui induit une douleur présente ou anticipée, et la peur du mouvement qui entraîne une blessure ou une aggravation de la lésion actuelle (même si la lésion est considérée comme médicalement consolidée). D'un point de vue clinique, le sujet évite d'effectuer des mouvements du corps ou d'une partie du corps. Il peut être amené à faire les mouvements redoutés mais au prix d'une anxiété majeure le conduisant la plupart du temps à des douleurs plus importantes ou une limitation en termes de fréquence ou de durée (ce sont des conduites d'échappement face à la situation douloureuse redoutée). Le schéma suivant reprend le modèle qui sous-tend ce phénomène (figure 17).

²⁵ Citation originale : "Painrelated fear is an umbrella term used to describe the fear that arises when stimuli that are associated with pain are perceived as threatening bodily integrity (Leeuw, Goossens, et al., 2007) and comprises a variety of constructs such as fear of pain, fear of movement, fear of work-related activities, fear of (re)injury, that are often used interchangeably, although they are not necessarily the same."

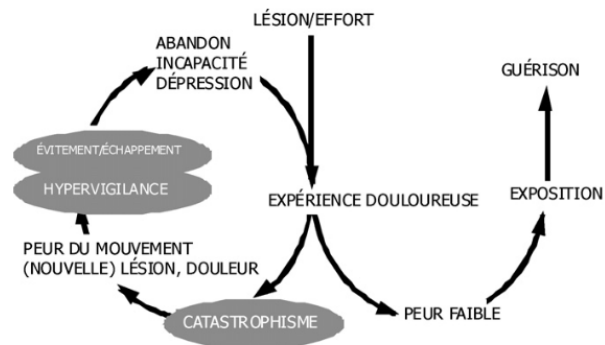


Fig. 1. Modèle cognitivo-comportemental de la peur liée à la douleur. Si la douleur, causée par une lésion ou un effort, est interprétée comme menaçante (catastrophisme vis-à-vis de la douleur), la peur liée à la douleur progresse. Cela conduit à un évitement/échappement, suivi d'une incapacité, d'un abandon et d'une dépression, responsables d'une persistance des expériences douloureuses et donc d'un cercle vicieux de peur et d'évitement croissants. En l'absence de catastrophisme, il n'existe pas de peur liée à la douleur et les patients affrontent rapidement les activités quotidiennes, ce qui les mène à une guérison rapide [7].

Figure 15 : Figure 1 Modèle cognitivo-comportemental de la peur liée à la douleur (Vlaeyen & Crombez, 2009).

Ce modèle initialement mis en avant dans les lombalgies et les troubles musculosquelettiques, est retrouvé dans d'autres pathologies douloureuses (migraines et céphalées, les douleurs neuropathiques, les douleurs viscérales, l'articulation mandibulaire et les pathologies coronariennes induisant des douleurs d'arthrite. Il est également possible de réfléchir autour d'un concept plus large de la peur de la douleur (Albaret et col 2004) et de considérer que les patients souffrant de douleur chronique démontrent une altération de l'apprentissage de la sécurité et une généralisation excessive de la peur, comme nous pouvons le retrouver auprès des patients anxieux (Meulders, 2020).

Enfin ce modèle évolue et prend en compte le rôle de la menace perçue élevée ou faible, de la représentation du préjudice et des priorités mises en place par l'individu, centrées soit sur le contrôle de la douleur ou sur ses valeurs Vlaeyen et col, Pain 2016).

2.2.3 Triade cognitivo-comportementale

Au regard de ces connaissances, il est possible de supposer des capacités d'adaptation amoindries en cas de cumulation des biais cognitivo-comportementaux connus pour leur impact délétère en douleur chronique. Ainsi 3 principaux sont identifiés : le catastrophisme, l'anticipation anxieuse de la douleur et la kinésiophobie.

Le modèle de Vlaeyen renvoie vers l'hypothèse d'un engrenage entre ces 3 biais mais dans la clinique, nous retrouvons tous les cas de figures : un biais de catastrophisme seul, les 3 biais, une kinésiophobie en dehors d'un catastrophisme, etc...

L'identification de cette triade peut donc être intéressante pour définir des modalités de prises en charge spécifiques, pour chacune ou pour l'ensemble. La question de l'intrication de cette triade avec d'autres phénomènes est également un enjeu pour la définition de cette prise en charge. A ce titre, l'évaluation psychologique spécifique douleur peut être pertinente et porte sur l'identification des mécanismes en jeu (Conradi & Reigner, 2018). Pour illustrer nous présentons une diapo de nos

enseignement (figure 16). Nous utiliserons d'ailleurs ces données pour l'étude que nous allons réaliser (cf partie 2.).

Triade : de l'identification à l'interprétation ?

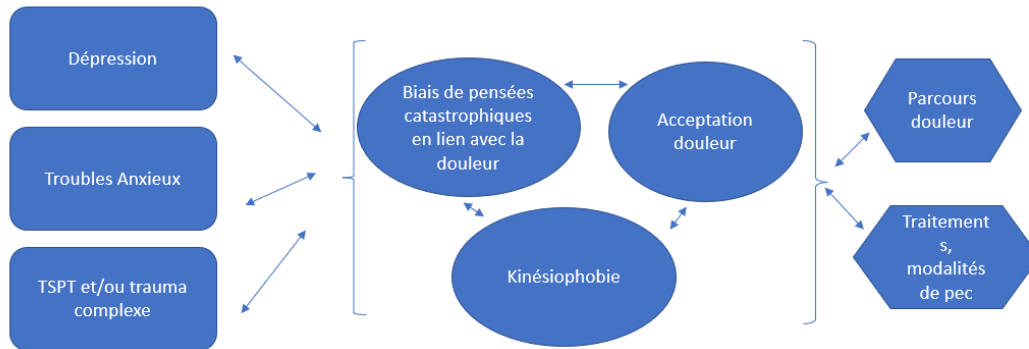
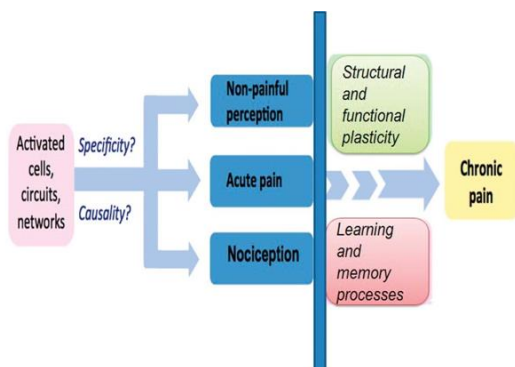


Figure 16 : Triade : de l'identification à l'interprétation ?

2.4 Modèle bio-comportemental :

A partir des études sur la neuroplasticité (cf partie 1.3) démontrant une réorganisation neuronale liée à la douleur (Flor, 2017), la transition de la douleur aiguë à la douleur chronique est désormais étudiée. Herta Flor, psychologue allemande, travaillant depuis de nombreuses années sur la douleur chronique à partir de la recherche fondamentale, rappelle que « *la douleur chronique n'est plus associée à ces processus, mais déterminées par l'apprentissage et les processus de mémoire qui impliquent des altérations plastiques du système nerveux qui génèrent et maintiennent l'expérience de la douleur*²⁶ » Flor, 2017. Elle représente cette idée dans le schéma suivant :



Diapo 2

Figure 1. Déterminants de la douleur chronique. Nous proposons qu'il y ait un fossé entre la douleur aiguë, la nociception et la perception des événements non-nociceptifs, et la douleur chronique. La douleur chronique n'est plus associée à ces processus, mais déterminée par l'apprentissage et les processus de mémoire qui impliquent des altérations plastiques du système nerveux central qui génèrent et maintiennent l'expérience de la douleur.

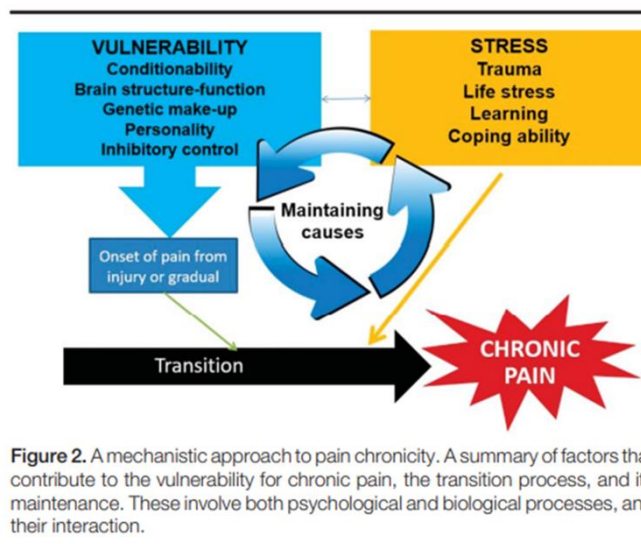
Figure 17 : Figure 1 Determinants of chronic pain (Flor, 2017)

²⁶ Citation originale : « Chronic pain is no longer associated with these processes but determined by learning and memory processes that involve plastic alterations of the central nervous system that generate and maintain the experience of pain. »

Ainsi une série de prédicateurs ont pu être identifié, mais il est encore nécessaire de créer des classifications sur les mécanismes en jeu et de se centrer également sur la résilience pour définir des modalités d'intervention plus adaptées.

Cependant dans cette perspective, on retrouve un impact majeur de l'apprentissage, de la mémorisation mais également de la confrontation au stress (ouvrant sur adversité, trauma, prédisposition génétique ou stress dont les événements de vie et les traumas) cf Figure 18. Les connaissances ainsi acquises l'ont été principalement par des travaux en recherche fondamentaux auprès des patients amputés et les mécanismes en lien avec le conditionnement.

Ainsi selon le Modèle de Flor (Flor, 2017) on retrouve à la fois des facteurs de vulnérabilité (niveau de conditionnement, structure cérébrale, patrimoine génétique, personnalité et système contrôle inhibiteur) et de stress (trauma, événement de vie, apprentissage et compétences de coping) qui concourent au maintien et l'entretien de la problématique douloureuse, favorisant la transition de la douleur aiguë à la douleur chronique.



Flor, H (Pain, 2017)

Figure 18 : Figure 2 A mechanistic approach to pain chronicity (Flor, 2017)

2.5 Etude sur la transition de la douleur aiguë à la douleur chronique

La complexité du phénomène douleur a déjà été détaillé dans la première partie de ce manuscrit. Cette complexité est renforcée par la durée, l'intensité et le contexte bio-psycho-social dans lequel apparait la douleur. Cela nécessite d'intégrer des modèles dynamiques et évolutifs. C'est dans ce sens que ces 10 dernières années ont donné à l'apparition de travaux sur la transition de la douleur aiguë à la douleur chronique, couplé à des travaux sur les trajectoires issues des études prospectives.

Ce domaine est innovant et prometteur. Les premiers résultats sont encourageants et amènent l'ensemble des auteurs à prôner une prévention de la douleur et une adaptation des interventions de soins à cette visée. Elles peuvent servir de substrat au développement d'interventions complexes.

Les travaux ont pris plusieurs pistes en commençant par étudier les mécanismes en jeu pour différents types de douleur. Les prémisses se sont développées dans les recherches de douleur chez l'enfant et l'impact sur la mémoire²⁷ pour ensuite se développer dans deux domaines plus spécifiques :

- Les douleurs dans le contexte chirurgical (Katz et Seltzer, 2009 ; Chapman et Vierck 2017 ; Pagé et Ladha, 2022)
- Les douleurs les douleurs avec un début identifié : le cas des lombalgies (Gatchel et col, 2018) et les traumatismes définis (Bérubé et col, 2016)

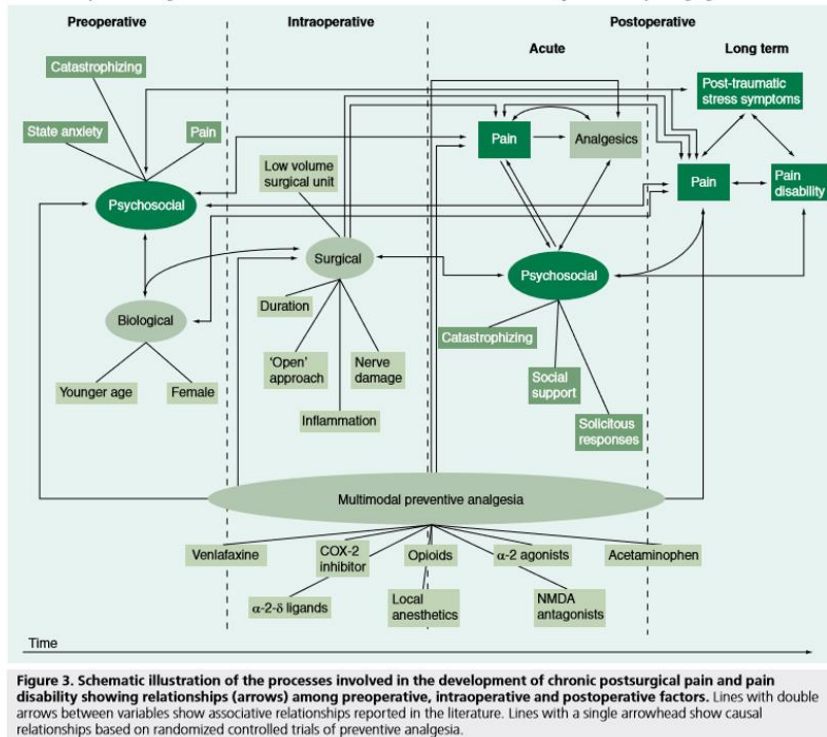
L'ensemble des travaux reprennent la physiopathologie de la transition de la douleur aiguë à la douleur chronique tant au niveau périphérique que central (Bérubé et col, 2016 ; Katz & Seltzer, 2009 ; Chapman et Vierck, 2017; Feizerfan & Sheh , 2015) que sur les différents facteurs pouvant intervenir. Parmi eux, les facteurs psychologiques sont souvent retrouvés avec une répétition de la place de la dépression, l'anxiété et du catastrophisme dans un grand nombre des modèles (Chapman et col, 2017, Katz et col, 2009, Chaptel et col, 2018).

On peut noter les travaux de Pagé sur l'identification de trajectoires auprès de patients présentant de douleurs chroniques de tout type, pris en charge en structure spécialisée douleur (1 894 participants). Il a été ainsi mis en évidence que les patients qui n'évoluent pas positivement à la prise en charge présente sont plus âgés et moins susceptibles de souffrir de douleurs neuropathiques, ont une douleur plus ancienne et l'intensité maximum est la plus importante. On retrouve également plus de perturbations sur le sommeil, la dépression et le catastrophisme. Enfin leur qualité de vie liée à leur santé physique étaient moindre. Ce modèle prédictif avait une spécificité de 96,2 % et une sensibilité de 23,6 % (Pagé et col ,2017).

Enfin à titre d'illustration, dans le cadre des douleurs post-chirurgicales, les travaux de Katz donne lieu à une base de connaissances intéressantes permettant d'aboutir à la présentation du modèle suivant (figure 19) incluant des facteurs en pré, pendant la chirurgie et en post-chirurgicale. On retrouve la place du catastrophisme mais également du TSPT en post-opératoire qui est une donnée qui nous intéresse pleinement.

Ainsi La question du trauma en tant que favorisant la transition de la douleur aiguë à la douleur chronique commence à être étudié. Nous présenterons un point sur ces travaux dans la suite de ce manuscrit (cf 5.1.3).

²⁷ Pour aller plus loin voir la conférence de Mélanie Noel psychologue canadienne spécialiste de la question : <https://pediadol.org/memoire-comment-la-douleur-laisse-sa-trace-melanie-noel/>



Katz,
2009
Expert
Review
of
Neurot.
herape.
utics

Figure 19 : Figure 5 Schematic illustration of the process involved in the development of chronic postsurgical pain and pain disability showing relationships (arrows) among preoperative, intraoperative and posoperative factors (Katz & Seltzer, 2009)

En conclusion, les connaissances de l'ensemble de ces mécanismes sont essentielles pour identifier les problématiques, car ce sont non-identification des différentes composantes de la situation à laquelle le patient test confrontée qui pose souvent le plus difficultés et qui se retrouvent être le moteur de la chronicisation. Sur le plan clinique, on voit bien que la prise en compte de ces différents éléments, parfois consécutives, permet une évolution intéressante. C'est le propre des fonctionnements interdisciplinaires des SDC.

Des tentatives d'un modèle commun à toutes les douleurs reste présente mais force et de constater que pour le moment c'est dans la définition des situations douloureuses (i.e. types de douleurs et/ou mécanismes de chronicisation) que l'évolution sera plus prégnante et la définition des prises en charge plus adaptées.

Les études psychologiques ont malheureusement trop tendance à mettre de côté ces distinctions en précisant rarement le type de douleur par exemple. De ce fait leurs apports, résultats ou pertinences passent souvent inaperçu dans en clinique, qui reste basé sur des types ou profils de douleur. L'étude de la transition vers la douleur chronique dans différentes situations cliniques ouvrira probablement vers une meilleure connaissance et donc une définition de prise en charge plus adaptée, d'autant plus que la notion de parcours émerge d'une manière de plus en plus prégnante dans la réflexion actuelle.

3. TRAUMA ET TRAUMATISATION

Débutant la thèse en 2017, un travail important d'intégration d'une théorie à laquelle je n'avais pas eu accès dans ma formation initiale a été nécessaire. La publication de l'ouvrage écrit par le Pr Cyril Tarquinio et Dr Yann Auxeméry « Manuel des troubles psycho traumatiques » publié chez Dunod en 2022 est majeur et aidera les prochaines générations. Cet ouvrage arrivé à la fin de ma thèse reprend une grande partie des recherches que j'ai dû réaliser dans la littérature pour tenter d'appréhender cette clinique si complexe des psychotraumatismes. Beaucoup plus claire et étoffé, il ouvre des perspectives fondamentales pour tout clinicien et chercheur travaillant dans ce domaine. Je vais donc largement m'inspirer de cet ouvrage pour tenter de transmettre ici une synthèse et des repères importants au développement de ma réflexion.

Choisir de s'intéresser à la traumatisation plutôt qu'au psychotraumatisme est une démarche volontaire. Notre intérêt porte sur les processus et la dynamique que cela implique c'est à dire à la fois en amont de la confrontation au psychotraumatisme mais également le traitement de celui-ci et en aval.

De ce fait nous allons aborder cette partie sous plusieurs formes en repartant des psychotraumatismes pour aboutir à une définition de la traumatisation et contextualiser par rapport à la clinique de la douleur.

Mais avant, un petit rappel sur trauma et santé est important à rappeler. En effet, la confrontation à la maladie, les atteintes corporelles ainsi que les incidents médicaux sont des lieux de développement de souffrance traumatique. En effet, le DSM-V rappelle qu' « *une maladie mortelle ou une affection médicale potentiellement mortelle n'est pas nécessairement à considérer comme un événement traumatique* » (DSM-V) mais peut l'être. Il rappelle que des événements tels que se réveiller pendant une intervention chirurgicale ou choc anaphylactique, tout comme être témoin d'une mort naturelle, ou accidentelle mais aussi une catastrophe médicale concernant l'un de ses enfants (par ex: hémorragie mettant en jeu le pronostic vital) sont autant d'événement potentiellement traumatique.

Par ailleurs, les études ont permis de démontrer une prévalence plus importante de trouble de stress post-traumatique (TSPT) dans plusieurs pathologies : Pathologie cardiaque (Meli et col, 2020) ; Cancer (Cordova et col, 2017) ; Accouchement (Denis & Callahan, 2009) ; Chirurgie hypophysaire (Dupuy et col, 2016) ou les amputation (Ladds et col, 2017), dans les suites de réanimation (Bauerheim et col, 2013) ou de soins intensifs (Khitab et col, 2013).

Cela confirme l'importance d'avoir de bonnes connaissances dans le trauma lorsqu'on exerce en milieu somatique.

3.1 Définition des termes et concept :

3.1.1 Psychotraumatisme

Les psychotraumatismes ont une place prépondérante dans la psychopathologie et se retrouve un concept transthéorique majeur.

Le psychotraumatisme désigne « *l'empreinte laissée dans le psychisme par un événement dramatiquement subi ou par toute forme de violence éprouvée physiquement ou moralement. Cet événement agit par effraction chez un sujet qui n'est pas préparé. Ceci entraîne une perturbation*

massive du fonctionnement psychique qui se trouve débordé et des défenses établies jusque-là. » (Hirsch & Conradi, 2020 - p 127).

En ce sens, toutes les théories s'accordent sur ce point : il s'agit d'un événement, une rencontre avec un Sujet dans un environnement, un débordement et une perturbation du fonctionnement psychique. Par ailleurs, l'autre point commun à l'ensemble des théories, c'est la place du corps dans le trauma avec une activation importante de la somatisation (cf 3.2). Cependant c'est sur ce qui suit la sidération face à l'évènement que les différences de point de vue diffèrent. Nous allons tenter de clarifier cela en incluant la psychopathologie de la Dissociation et du Trauma.

En effet, ce qui fera trauma est bien ce qui fait « *effraction du psychisme et débordement de ses défenses par les excitations violentes afférentes à la survenue d'un événement agressant ou menaçant pour la vie ou pour l'intégrité (physique ou psychique) d'un individu qui y est exposé comme victime, comme témoin ou comme acteur* » (Tarquinio & Montel, 2014). C'est donc ce qui va au-delà de ce que peut intégrer l'individu face à une situation, quel que soit le contenu ou le type de situation. On se place clairement du côté subjectif de l'individu avec tout ce que cela implique.

Il est par ailleurs important de prendre en considération que ce qui peut faire trauma avant de le faire, est avant tout, un événement potentiellement traumatique et que l'on ne définira le caractère traumatique que dans la réaction qui sera présente. L'identification d'une problématique traumatique se fait donc à posteriori de l'évènement même s'il existe toute une série de réactions en post- survenue immédiat à prendre en considération. Il s'agit ici d'entendre l'éprouvé, impliquant une temporalité et son corollaire c'est-à-dire la dynamique qui suivra (et c'est cela que nous allons évaluer et observer dans la clinique).

Les émotions principales ressenties dans ces moments sont de l'ordre des peurs, de l'impuissance, du dégoût et de l'horreur.

L'impact du temps est à noter comme étant à la fois dans certains cas un moteur permettant l'intégration de l'évènement et un retour à un équilibre appréciable mais cela sera aussi le marqueur permettant d'identifier une problématique traumatique. Pour rappel on suppose que dans le mois qui suit la confrontation à l'évènement, il peut y avoir des réactions en lien avec cet évènement de l'ordre du stress qui sont entendus dans ce qu'on appelle le trouble de stress aigu (TSA). « *Alors que des reviviscences sont fréquentes dans les heures et les jours qui suivent le trauma en constituant un trouble de stress aigu, elles disparaissent ensuite classiquement au profit d'une période de latence, souvent éclipée par les classifications et qui peut se prolonger quelques jours à quelques années* » (Tarquinio & Auxéméry, 2022, p15). Cette période de latence se termine par la survenue de reviviscence peut être en lien avec la confrontation à un rappel de l'évènement traumatique ou d'une pensée à l'égard de cet évènement. Des formes pauci-symptomatiques en alternance sont possibles. C'est-à-dire qu'il y aura alors des phases où les symptômes post-traumatiques reviendront parfois intenses pour ensuite s'atténuer à nouveaux. Auxéméry et Tarquinio parle alors d'une évolution chronique « *par éclipses* » (id, p15). L'élément prégnant de cette symptomatologie reste les reviviscences qui peuvent être présentes quelques soit le délai avec l'évènement traumatique.

3.1.2 Troubles psychotraumatiques

La perturbation suivant un événement traumatique, au-delà du TSA, peut prendre une forme structurée comme dans le trouble de stress post-traumatique (TSPT), mais aussi se décliner sous différents tableaux cliniques. En effet le polymorphisme de l'expression clinique des

psychotraumatismes est largement retrouvé en clinique et dans la littérature (Waddington, 2003 ; Auxéméry, 2012).

Cela s'explique par plusieurs phénomènes interagissant et ayant un rôle de renforcement de la complexité du phénomène qui sont :

- La diversité des tableaux cliniques par la présence de plusieurs comorbidités (cf p 77-78)
- L'évolution du syndrome de répétition est rarement au premier plan car redouté et donc évité d'une manière plus ou moins consciente
- Le climat relationnel est mis à mal car parler renvoie au trauma et donc à son existence alors que l'individu traumatisé concentre une grande partie de son énergie psychique à éviter tout ce qui rappelle cet événement.
- Ce climat relationnel est également particulier étant donné les sentiments existants face à cet état : colère, honte, culpabilité, sentiment d'impuissance sont autant d'émotions qui sont rarement montrées de prime abord dans la mise en place d'une relation

Sur le plan des comorbidités, elles peuvent être nombreuses (dépression, l'addiction, trouble anxieux, ...) mais nous pouvons considérer ces comorbidités comme étant partie intégrante du tableau clinique psychotraumatique. En effet, il peut être possible en reprenant l'histoire clinique de l'individu de se rendre compte que ces problématiques sont en lien direct avec le trauma et qu'elles peuvent donc être incluses dans la présentation clinique des psycho-traumatismes, cette idée est défendue par Tarquinio & Auxéméry (2022 - p 16) [...] « *tout comme l'hypervigilance et les évitements, [les symptômes associés] gardent un lien clinique étroit avec le fait générateur sans être des « comorbidités » ou des « complications » mais en caractérisant d'authentiques formes cliniques post traumatiques* ».

Ces formes cliniques sont représentées dans le schéma suivant (figure 20) :

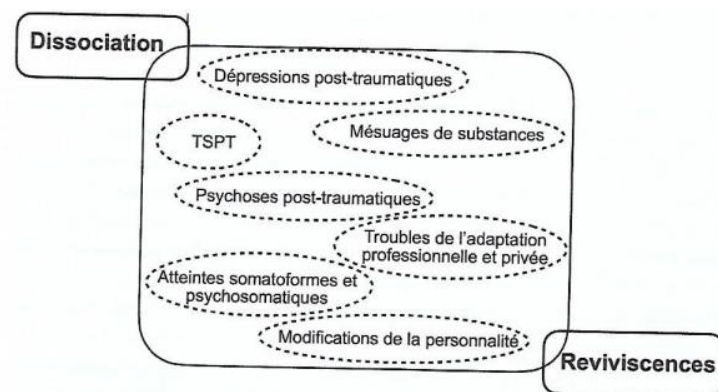


Figure 1.3. Les troubles psychiques post-traumatiques

Figure 20 : Figure 1.3 Les troubles psychiques post-traumatiques (Tarquinio & Auxéméry, 2022 – p17)

Et sont décrites comme suit :

Tableau 10 : Formes cliniques post-traumatiques (à partir de Tarquinio, Auxéméry 2022 p 17-23)		
Troubles thymiques et deuils post-traumatiques, risque suicidaire	Perte de l'illusion d'immortalité, éprouvé de la mort qui provoque une atteinte narcissique profonde et souvent une modification du rapport à la nature humaine et à sa propre nature.	Dépression post-traumatique (cf DSM5) Deuil pathologique post-traumatique , lorsque la perte d'un proche constitue l'événement traumatique (le plus souvent dans des conditions dramatiques) Le risque suicidaire : risque confirmé dans les études dans les deux problématiques précédemment citées
Troubles anxieux et phobiques post-traumatiques	En lien avec le « noyau anxieux » des syndromes post-traumatiques : reviviscences angoissantes, hyperréactivité neurovégétative majorant la réactivité anxieuse et l'évitement pérennisant l'anxiété anticipatoire	Agoraphobie (notamment si l'événement a lieu en public) Phobie spécifique (très souvent présent) Trouble obsessionnel et compulsif (le plus souvent en lien avec la thématique du trauma. Vérification sécurité en cas d'agression par ex) Anxiété de séparation (peur de perdre ses proches) Phobie sociale (l'évitement de la réévaluation de leur expérience traumatique et/ou ses conséquences à la demande d'autrui influence la poursuite des relations sociales)
Psychoses post-traumatiques	D'autant plus présents que l'exposition traumatique est intense Impact déstructurant et durable du trauma sur l'équilibre psychique	Trouble psychotique post-traumatique non schizophrénique (survenue de symptômes déficitaires ou productifs, en cohérence avec une thématique en lien avec l'événement traumatique et ses conséquences. Différent d'une schizophrénie. Peu y avoir une tonalité paranoïaque dans les revendications incoercibles) Dépression post-traumatique avec caractéristiques psychotiques congruentes à l'humeur (sentiment d'incurabilité, auto-accusation de l'événement traumatique et ses conséquences, possiblement sentiment de négation d'identité, vide de pensée comme si son esprit l'avait quitté, possible idées de ruines) Réactions bipolaires (la confrontation traumatique peut déclencher un accès thymique (maniaque, dépressif ou mixte), révélant un trouble bipolaire ou réactivant une problématique déjà connue) Schizophrénie post-traumatique (la confrontation à un événement traumatique peut déclencher ou réactiver un trouble schizophrénique)
Conséquences somatoformes, psychosomatiques et somatiques post-traumatiques	Intrication blessures physiques et psychiques (notamment dans certains événements), où se rejouent la dissociation traumatique et l'indicible de la situation Conséquences des blessures physiques qui	Troubles douloureux post-traumatiques : reviviscence sensorielle dont la douleur vécue lors de l'événement traumatique, associée à non à d'autres reviviscences sur les autres composantes (proprioception, visuelles, olfactives), en lien avec la blessure physique initiale Conversion post-traumatique : souvent déficitaire, il est en lien avec la fonction physiologique impactée par le trauma. Prend parfois la forme d'un équivalent de reviviscence

	peuvent avoir un impact psychique majeure	<p>Trouble de somatisation : symptômes fonctionnels des sphères cardio-pulmonaire, neurologiques, gastro-intestinales, rhumatologique, etc... / présentes souvent dès l'instant traumatique, peuvent se remanifester parallèlement aux reviviscences ou devenir permanentes</p> <p>Altérations psychosomatiques et somatiques : apparition de troubles liés au stress entretenu par le trouble post-traumatique + mise en place de comportement favorisant des lésions (usage de drogue, conduite à risque, etc...)</p> <p>Comorbidité entre trouble psychique post-traumatique et syndrome post-commotionnel : syndrome associant une plainte subjectives riches et souvent en décalage avec l'atteinte lors d'un trauma crânien</p>
<p>Retentissement du trauma sur les fonctions instinctuelles et neuropsychologiques, les comportements, la personnalité, les capacités d'adaptation</p>	Le vécu traumatique peut impacter la trajectoire, le chemin de vie d'un individu tant sur le plan personnel que sur le plan social et professionnel	<p>Atteintes des fonctions instinctuelles : troubles du sommeil, trouble du comportement alimentaire et dysfonctions sexuelles sont fréquemment retrouvés</p> <p>Troubles neuropsychologiques : concernant une atteinte de la mémoire, de l'attention et des fonctions exécutives</p> <p>Troubles des conduites : regroupant l'usage problématique de substances psychoactives, les addictions comportementales ainsi que des conduites auto et hétéro-agressives plus fréquentes</p> <p>Modification de la personnalité : au-delà de l'isolement que la personne confrontée aux reviviscences investie ++, on retrouve un changement important dans le fonctionnement, le style de vie et dans la personnalité notamment en cas d'exposition prolongée ou en cas d'atteinte de l'intégrité corporelle.</p> <p>Difficultés d'adaptation professionnelle et privée : l'après trauma donne souvent lieu des difficultés de réinvestissement de la sphère professionnelle (notamment si le lieu de l'événement est en rapport) mais également dans la vie privée</p>

La multiplicité des expressions cliniques étant entendues il est important d'avoir à l'esprit que les deux symptômes post-traumatiques cardinaux sont : (Tarquinio & Auxéméry, 2022)

- Reviviscence = pathognomonique du syndrome de répétition = « *le sujet revit précisément à l'identique, comme s'il y était encore, la scène traumatique accompagnée de sa charge de détresse et de dissociation. Les perceptions, sensations éprouvées gardent leur caractère brut. Les reviviscences surviennent principalement lors du relâchement de la vigilance, pendant le sommeil où ils prennent la forme de cauchemars et en période de veille [...].* ». D'autres formes y sont associées : conduite de répétition (fugues, pleurs, conduite auto ou hétéro-agressives), impulsion à raconter ou à écrire l'événement, phénomène moteur élémentaire réitérant la réaction motrice contemporaine de l'événement, illusion de reviviscence lorsque le sujet croit

reconnaître des éléments de la scène traumatique dans son environnement, souvenirs intrusifs perçus comme distincts des faits originaux, rumination mentale stéréotypée concernant l'événement traumatique et ses conséquences

- Dissociation traumatique = « altération et ou disjonction de fonction de conscience normalement intégrée : mémoire, émotions, affects, sentiments, perceptions internes et environnementales, actions comportementales et cognitions » (cf 4.) impliquant une tendance à développer des phénomènes dissociatifs (amnésie, fugue dissociative, trouble de dépersonnalisation, Crise Non Epileptique Psychogène - CNEP, etc...)

Nous allons maintenant détaillées deux formes spécifiques : le Trouble de stress post-traumatique (TSPT) et les trouble de stress post-traumatique complexe (TSPT-C).

3.1.2.1 Trauma simple : TSPT

Défini depuis de nombreuses années dans les différentes classifications et classiquement le plus connu, le trouble de stress post-traumatique recouvre un ensemble de cluster de symptômes qui le constitue. C'est le contenu de ces clusters et leur nombre qui se sont modifiés au fil du temps et des connaissances.

Tableau princeps du « Syndrome de répétition », identifié depuis l'antiquité, la définition du TSPT a suivi la chronologie des DSM au grès des contextes socioéconomiques. On retrouve ainsi une extension de l'attribution du syndrome initialement « réservé » aux traumatismes de guerre aux traumatismes présents en temps de paix (agressions, viols, accidents domestiques ou AVP).

On y retrouve une interaction de facteurs génétique, psychologique et sociétal mais il est rappelé que « *Chacun peut, un jour, être psycho-traumatisé. Quels que soient son âge, ses références socioculturelles, son mode de vie ou son passé* » (Auxéméry, 2012)

Sur le plan épidémiologique on peut noter une prévalence vie entière de 1% ou 7% de la population (selon études, type de trauma) ainsi qu'une proportion de 2 Femmes pour 1 homme. Le risque de développer un TSPT auprès un trauma est estimée à 10% mais varie selon l'événement et la condition de réalisation (par exemple, les survivants d'agression sexuelle, d'accident de la route ou de combat militaire) (Ferreri et col, 2011 ; Asmundson et col, 2002).

Sur le plan du DSM-V, on retrouve une description clinique sur les 4 symptômes cardinaux : (cf figure 21)

- Reviviscence (cf p 78)
- Évitement = de tout ce qui pourrait réactiver la mémoire de l'événement (lieux, activités, personnes, objets, sensations internes, etc...)
- Hyperréactivité neuro-végétative = état l'alerte permanent, réaction de sursaut, irritabilité, agitation motrice, etc...
- Une altération négative des cognitions et des émotions = incluant les affects dépressifs prenons la forme de croyance où d'attente négative persistante et exagérée, de distorsion cognitive persistante d'un état émotionnel négatif d'une incapacité à éprouver des émotions positives, et d'une anhédonie.

Trouble de stress post-traumatiques (TSPT)

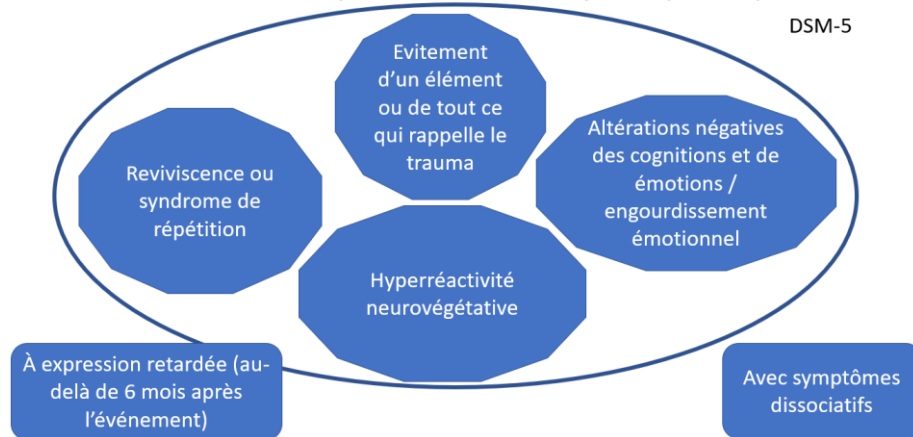


Figure 21 Le trouble de stress post-traumatique selon le DSM-V

Ainsi des symptômes dissociatifs peuvent se manifester, dans le cadre du TSPST, par une modification des perceptions temporelles spatiales (ralentissement du temps, perception d'un grand silence), une déréalisation (impression que l'environnement est irréel, altération des perceptions sensorielles), une dépersonnalisation (impression de voir la scène de l'extérieur, sensation de morcellement du corps), des conduites motrices automatiques adaptées ou non et une amnésie partielle ou étendue ainsi qu'une détresse péritraumatique faite d'agitation incoercible, de fuite panique ou au contraire de sidération de stupeur. Nous sommes dans la description de la dissociation traumatique (Tarquinio & Auxéméry, 2022)

La DSM-V rappelle deux formes possibles en y intégrant une forme à expression retardée (si l'ensemble des critères diagnostiques n'est présent que 6 mois après l'événement alors que le début et l'expression de quelques symptômes peuvent être immédiats) et une forme avec troubles dissociatifs (à type de dépersonnalisation²⁸ et de déréalisation²⁹ - cf 4.).

La CIM-11 est restée sur une présentation à 3 clusters (reviviscence, évitement, hyperréactivité neurovégétative). On doit retrouver, des répercussions fonctionnelles évoluant depuis plusieurs semaines et des symptômes sur les 3 dimensions suivantes :

- a) Revivre l'événement ici et maintenant sous la forme de souvenirs, flashbacks ou cauchemars intrusifs saisissants
- b) Éviter les pensées et souvenirs de l'événement ou des événements, ou l'évitement d'activités, de situations ou de personnes rappelant l'événement ou les événements
- c) Un sentiment de menace actuelle visible par exemple sous la forme d'une hypervigilance ou d'une réaction de sursaut accrue à des stimuli tels que des bruits inattendus.

²⁸ Dépersonnalisation = sentiment d'irréalité où d'étrangeté par rapport à soi-même à son propre corps = un sentiment de perte de sens de la réalité dans lequel un individu ne possède plus aucun contrôle de la situation (Tarquinio & Auxéméry, 2022 - p 164)

²⁹ Déréalisation = altération de la perception de l'expérience du monde extérieur qui apparaît étrange où irréel (Tarquinio & Auxéméry, 2022 - p 164)

3.1.2.2 Trauma complexe

3.1.2.2.1 Description clinique

Le TSPT est une forme clinique de la traumatisation, également appelée trauma simple, car elle est présente en réaction à un événement, le plus souvent isolé et temporellement clairement défini (début-fin). D'autres formes cliniques sont évoquées en cas de répétition de trauma ou d'exposition répétées à un même agent traumatique ou en cas d'exposition précoce, dont le trauma complexe.

Partant du constat que de nombreux patients présents des problématiques en lien avec des trauma qui ne correspondent pas ou plus avec la description clinique du TSPT, il a été nécessaire d'aller au-delà. C'est courant les années 90 que le concept de trauma complexe émerge d'abord par Hermann qui décrit « *des situations cliniques résultant d'une situation de victimisation chronique et prolongée, individuelle ou en groupe, vécue de façon particulièrement intense par la personne, qu'elle distingue de l'état de stress post-traumatique par le caractère répétitif de la situation traumatique* » (Tarquinio, et col , 2017). Par la suite, c'est la création d'une entité non retrouvée dans le DSM et la CIM qui sera mis en avant : le DESNOS (disorder of extreme stress not otherwise specified) avec 6 catégories de symptômes :

- Altération dans la régulation des affects et des impulsions,
- Altération de l'attention et de la conscience,
- Altération dans la perception de soi
- Alteration dans les relations avec les autres
- Somatisation
- Perturbation dans le système de valeur et croyances

et cela dans le cadre de répétition à des événements traumatiques ou en cas d'exposition en situation de vulnérabilité (enfance, ado, etc...) ou en cas de d'un processus traumatique qui s'impose à la victime sans que celle-ci ne puisse agir, l'éviter ou s'y soustraire.

L'évolution des recherches et la confirmation de l'impact délétère de l'exposition traumatique en population psychiatrique a permis d'aboutir à une prise de conscience amenant à la nécessité de repérer le trauma complexe (Fossard & Lahya, 2018). Cette tendance est reprise dans la CIM-11 et marque une avancée majeure par la création d'une entité spécifique : 6B41 Trouble de stress posttraumatique complexe (cf figure 22).

C'est dans cette clinique des trauma complexes que l'étude de la traumatisation prend tout son sens. En effet, cette clinique impose une perspective développementale qui semble aller de soi dans les études auprès des adolescents mais que l'on pourrait envisager à l'âge adulte, notamment sur l'impact sur l'identité et la personnalité. D'autant plus que « *les symptômes du trauma complexe sont plus durables, plus variés et moins prototypiques que ceux du trauma simple. Ils peuvent même conduire à des changements au niveau de la personnalité de la victime, à une modification majeure des relations aux autres et du rapport à soi* » (Tarquinio & Auxéméry, 2022).

Ainsi « *le trauma complexe peut être considéré comme la résultante d'une situation de victimisation chronique et prolongée, individuelle ou en groupe qui se distingue du trauma simple par le caractère répétitif de la situation traumatique et par son intervention précoce au cours du développement de l'individu* ». (Tarquinio & Auxéméry, 2022 - p169) On peut parler également d'empilement de plusieurs traumatismes répétés ou prolongés qui favorisent l'émergence d'un tableau clinique spécifique : « *Alors que pour le TSPT récent, le diagnostic en lien avec l'exposition est posé d'emblée, avec le trauma complexe, nous sommes face à des symptômes sans exposition toujours évidente. Il n'y a pas (ou plus)*

de répétition apparente. L'existence d'une ou de plusieurs expositions anciennes et des symptômes post-traumatiques masqués doivent faire évoquer un trauma complexe ». (Fossard & Lahya, 2018)

CIM 11 – Trouble de stress post-traumatique complexe

<https://icd.who.int/browse11/l-m/en#/http://id.who.int/icd/entity/585833559>

Le syndrome de stress post-traumatique complexe (TSPT-C) est un trouble qui peut se développer :

- suite à une exposition à un événement ou à une série d'événements de nature extrêmement menaçante ou horrible, le plus souvent des événements prolongés ou répétitifs dont il est difficile ou impossible de s'échapper (p. , esclavage, campagnes de génocide, violence domestique prolongée, abus sexuels ou physiques répétés pendant l'enfance).

Toutes les exigences de diagnostic pour le TSPT sont satisfaites. De plus, le TSPT-C se caractérise par des problèmes graves et persistants

- de régulation des affections;
- les croyances sur soi comme diminuées, vaincues ou sans valeur, accompagnées de sentiments de honte, de culpabilité ou d'échec liés à l'événement traumatique;
- difficultés à entretenir des relations et à se sentir proche des autres. Ces symptômes entraînent une altération significative de la vie personnelle, familiale, sociale,

On retrouve une altération significative de la vie personnelle, familiale et sociale.

Figure 22 CIM-11 Le trouble de stress-posttraumatique complexe

A noter que ces 3 derniers clusters sont aussi appelés « *Perturbation dans l'organisation du soi* » ou POS (Disturbance in self-organisation ou DSO).

« *On remarquera au passage que la CIM-11 n'a pas jugé utile d'inclure dans son tableau diagnostique du TSPT-C ni les troubles de somatisation, ni les troubles dissociatifs que l'on retrouvait pourtant dans le DESNOS ainsi que dans DTP (trouble de l'identité)* » (Tarquinio & Auxéméry, 2022 - p153). Ce sont des éléments que nous questionnerons largement dans la suite de la réflexion.

Pour aller plus loin dans la description clinique du trauma complexe, il est nécessaire d'avoir en tête les différentes manifestations du trauma complexe : (figure 23)

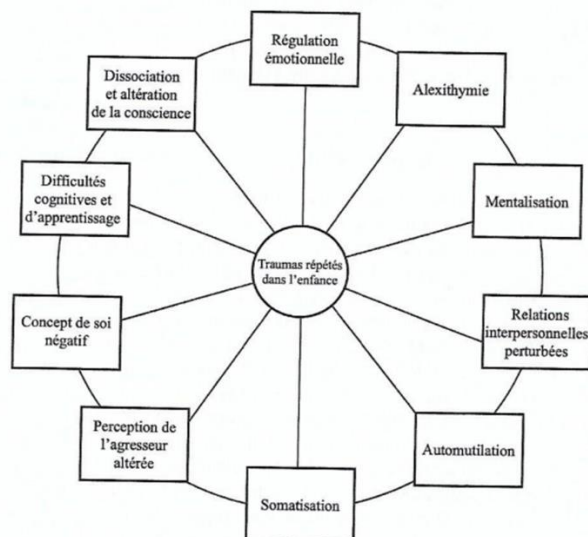


Figure 5.1. Manifestations du trauma complexe

Figure 23 : Figure 5.1 Manifestations du trauma complexe (Tarquinio & Auxéméry, 2022 - p162)

3.1.2.2 La Théorie de la Dissociation Structurale de la Personnalité (TDSP)

La DSP (Dissociation Structurale de la personnalité) est le processus fondateur du trauma complexe et reste incontournable pour tout professionnel s'intéressant au trauma complexe. Cette théorisation est issue de l'étude des populations confrontées à des traumatismes d'une manière répétées. Elle s'inspire à la fois des théories de l'apprentissage, de la systémie, de la théorie cognitive, de la théorie affective, de la théorie de l'attachement, de la théorie psychodynamique et de la théorie des relations d'objet ainsi que des découvertes récentes en neurosciences sur les émotions et les études psycho biologiques sur le traumatisme. Mais cette théorie se base aussi et surtout sur la réactualisation des théories de Pierre Janet (1859-1947). En effet, « *son œuvre est en essentielle à la compréhension et au traitement des troubles d'origine traumatique* » (Van der hart et col, 2014 - p 10).

C'est la réactualisation de la dissociation qui est au cœur de la TDSP en reprenant les écrits initiaux de Pierre Janet. Ainsi dans la TSPT, la dissociation est décrite comme étant « *une organisation psychique particulière, dans laquelle il existe différents sous-systèmes psycho-biologiques de la personnalité qui sont excessivement rigides et relativement fermés les uns aux autres. Ces caractéristiques mènent à un manque de cohérence et de coordination dans la personnalité globale du survivant* » (Van der hart et col, 2014 - p 10). C'est dans ce sens que la Dissociation est structurale et qu'elle agit sur la personnalité. On y retrouve également un caractère dynamique, fonctionnelle par la notion de rigidité et de fermeture entre les parties.

Dans cette perspective la personnalité est entendue comme étant constituée de divers états ou sous-systèmes psychobiologies qui fonctionnent de manière cohérente et coordonnée. Ainsi Van der Art se base sur la définition d'Allport en 1961 qui proposait de dire que la personnalité est « *l'organisation dynamique des systèmes psychophysiques de l'individu qui déterminent sa façon caractéristique de se comporter et de penser (p28)* » (cité par Van der art et col, 2014). Cette organisation particulière va donc être modifiée par-là survenue de la dissociation : « *Ainsi les divisions dissociatives ne se produisent pas seulement dans les actions mentales (par exemple le fait de vivre une sensation, un affect), mais avant tout entre les deux catégories principales de systèmes psycho-biologiques qui forment la personnalité* » (Van der Art et col, 2014 ; p 17):

- Le premier système qui a pour fonction première l'approche des stimuli plaisants, propre aux besoins de la vie quotidienne (la nourriture et la compagnie d'autres individus)
- le 2nd système comprend l'évitement ou la fuite face au stimulus aversif par exemple des menaces de tout ordre mais aussi la récupération

Le but de cette organisation serait de nous aider à distinguer les expériences heureuses des expériences douloureuses afin de produire les réactions les plus adaptées et cela en réponse à la fois à des stimulations externes et internes mais aussi les environnements internes et externes.

Par ailleurs, ces systèmes psycho-biologiques sont également appelés « *systèmes d'action* ». L'action étant entendue pas simplement sous cette forme observable que l'on connaît mais comprend également « *un cycle complet incluant la latence, la préparation, le début d'exécution de l'exécution et l'achèvement* » (Van der Art et col, 2014 - p18 en citant Janet, 1934) Elle rejoint à ce titre la théorie initiale de Janet. Ces systèmes d'action peuvent être soumis à des facteurs génétiques mais aussi et surtout à la maturation (donc les apprentissages et les expériences de vie) et aux stimulations environnementales que l'individu rencontre.

Ainsi, lorsque ces deux systèmes doivent coexister, l'individu doit développer une division, plus ou moins hermétique (et non clivé), c'est-à-dire un fonctionnement incluant une alternance, une coexistence entre la reviviscence d'événements traumatisants et l'évitement des éléments de rappel du traumatisme avec un centrage sur le fonctionnement quotidien. Cela traduit un manque de cohérence et d'intégration de la personnalité car ce sont ces processus dynamiques qui sous-tendent cette organisation. En effet, c'est le manque de cohérence et de coordination entre les systèmes qui constitue la DSP. Ces deux systèmes d'action aboutit à la formulation de la « Partie apparemment normale » - PAN (portant sur le maintien de la vie quotidienne) et de la « Partie Emotionnelle »-PE. Dans le cadre de la dissociation traumatique cela est facilement observable (figure 24).

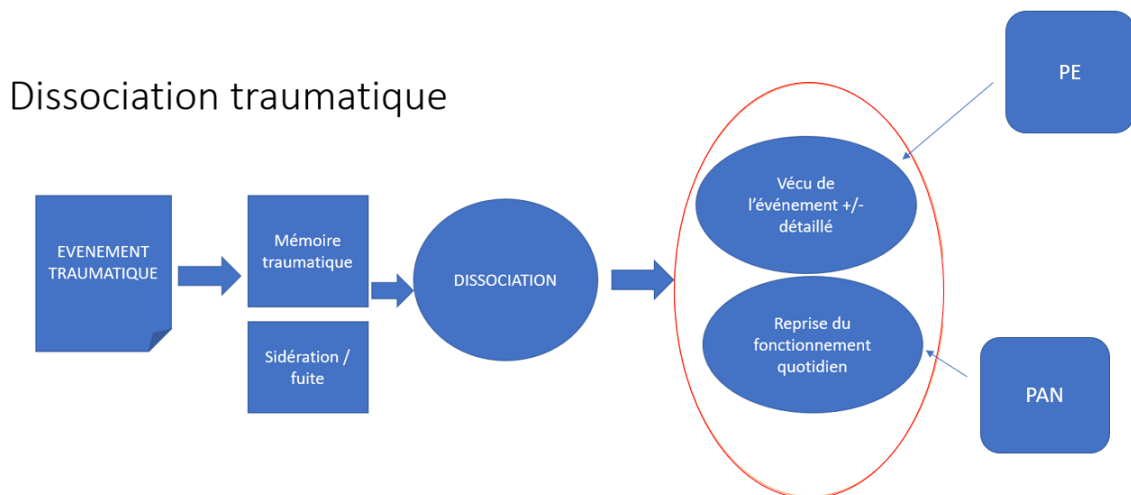


Figure 24 Dissociation traumatique

Cela impliquerait que face à un événement potentiellement traumatique, donc devant la sidération et l'effroi ressentie devant l'événement, la Dissociation, résultant des difficultés de cohérence et de coordination des sous-systèmes ainsi créés favorise le maintien de cet état qui selon l'évolution peut devenir de plus en plus fixé, structuré. Ainsi la Dissociation favoriserait le maintien de deux contenus différents qui dans certains cas pourront être réintégrés ou donner lieu à un équilibre appréciable.

D'autres fois il vont donner lieu à cette structuration entre deux parties distinctes : la PAN et PE. Ainsi la PE reviendrait sur le devant de la scène en cas de confrontation avec des éléments rappelant le trauma ou parfois en cas d'épuisement.

Au-delà de ce processus et cette dynamique, l'autre élément essentiel de la TDSP est d'avoir théorisé une évolution de ces sous-systèmes, une structuration que l'on peut nommer structuration dissociative. Plusieurs niveaux sont ainsi définis : (figure 25)

- La **dissociation primaire** qui correspond à ce qui a été présenté précédemment et qu'on trouve dans le TSPT, dans le trouble de stress aigu, dans les troubles simples dissociatifs (au sens du DSM-4 et la CIM-10) (1 PAN et 1 PE) « *une PE fixée sur le trauma et produisant des symptômes intrusifs (flash-backs, reviviscences émotionnelles, sensorielles ou cognitives, activations neuro-physiologiques), et une PAN tentant d'éviter les rappels des souvenirs traumatiques* » Tarquinio & Anxéméry, 2022
- La **dissociation secondaire** = que l'on retrouve dans les formes complexe, certains troubles de la personnalité en lien avec le trauma, les troubles dissociatifs ou certains troubles anxio-dépressifs où on peut observer une partie apparemment normale et plusieurs PE (1 PAN et plusieurs PE)
- La **dissociation tertiaire** = où l'on va retrouver un trouble de la personnalité multiple avec plusieurs PAN et plusieurs PE, ce qui « *a lieu quand des aspects impossibles à éviter de la vie quotidienne deviennent associés au traumatisme passé : les déclencheurs tendent à activer les souvenirs traumatiques par le biais de l'apprentissage généralisant. Par ailleurs lorsque le fonctionnement de la PAN est si pauvre que la vie normale elle-même est perturbante, de nouvelles PAN peuvent se développer* » (van der art et col, 2014 - p 22).



Figure 25 Dissociation structurelle de la personnalité (à partir de van der Hart, Nijenhuis et Steele, 2014)

Enfin selon les auteurs, cette organisation ne se voit que rarement dans la dissociation structurelle primaire et peu souvent dans la dissociation structurelle secondaire.

Cette théorie que nous avons très brièvement est très synthétiquement présentée ici ouvre un champ de compréhension de ces situations complexes tout à fait intéressant. Il n'en reste pas moins que cette

théorie reste discutée et discutable notamment au regard de la définition de ce qui est adapté ou non adapté³⁰, de la vision mécanisme souvent reprochée et non prise en compte de l'apport de l'analyse du transfert et contre-transfert (Lesley & Varvin, 2016) ainsi que la proximité avec la personnalité borderline (Kédia et col, 2012) et la non prise en considération d'autres théories pouvant avoir un impact sur les trauma complexe comme l'impact des troubles anxieux et dépressifs ou de l'altération liés aux substances (Tarquinio et Auxéméry, 2022).

3.2 Place du corps dans la clinique du psychotraumatisme :

C'est un élément important à prendre en compte. En effet, il est intéressant de noter que le traumatisme comporte un choc initial lié à l'intensité de l'inattendu, suivi d'une double caractéristique : (Defontaine-Catteau, 2003)

- Psychique = l'expérience d'effroi où le sujet est confronté brutalement à l'étendue des dégâts corporelles et à la perspective de la mort pur lui-même et pour autrui
- Somatique = l'ébranlement, le corps est saisi par l'angoisse et la lutte pour la survie

Ainsi la personne victime d'un traumatisme voit alors une sidération de son fonctionnement psychique (Id). Il s'en suit une perturbation massive du fonctionnement psychique, de l'ordre de l'ébranlement voire l'effondrement où le corps prend une place particulière (Bioy et col, 2014).

Cette implication du corps face au trauma est présente à tous les moments de la confrontation à celui-ci, donc à tous les moments de la traumatisation.

L'impact de la détresse péritraumatique par le freezing, la lutte ou la fuite peuvent avoir des répercussions sur le plan du corps. L'inscription sensorielle au moment du trauma est également une dimension importante à prendre en compte. La cristallisation des données issues de l'événement se fait autant sur le plan des pensées, des émotions que sur les sensations ressenties. Le mouvement peut également être inscrit en tant que tel. Il n'est donc pas rare de découvrir ou de réactiver la problématique traumatique par exemple par des odeurs ou des sensations ressenties par l'individu. L'identification de ces caractéristiques sont importantes pour une bonne compréhension de la problématique traumatique à laquelle l'individu est confronté.

Il est aussi intéressant de noter qu'on retrouve un nombre important de maladie coronarienne ou cardio-vasculaire, de diabète de type 2, de maladies auto-immunes, de maladies infectieuses graves ainsi que des syndromes associant des symptômes physiques chroniques, des problèmes gastro-intestinaux et cardiaques, ainsi que des douleurs musculosquelettiques et des problèmes de santé générale (Astill Wright et col, 2021). On retrouve ainsi une qualité de vie amoindrie dans la population des personnes traumatisées, notamment sur le plan physique. Des démarches de prévention seraient probablement aidante.

Sur le même ordre d'idée, les altérations psychosomatiques résultant du maintien stress liée au TSPT sont largement décrit dans la littérature notamment sur la sphère cutanée, digestive, cardiovasculaire, endocrinologique et auto-immune (Auxéméry, 2019). Le maintien de l'état d'hyperactivité neurovégétative sur le long terme (trouble du sommeil, état de tension, etc...) peut largement contribuer à l'émergence de ces troubles, tout comme l'impact des comportements mis en place pour contrôler le TSPT (addiction, dépression, hyperactivité, etc...). La charge allostatique liée à au stress

³⁰ Cette critique est très largement reprise contre les TCC et dépend surtout de comment le professionnel utilise la théorie.

chronique peut ainsi favoriser une usure qui découle de stress répétés ou d'un défaut d'inactivation des systèmes du stress (axe HHS, le SNA, les systèmes endocrinien et immunitaire) (Berquin & Grisart, 2016 - p447) ainsi être ainsi le résultat des efforts investis pour faire face à différentes contraintes en permettant de maintenir un système dans un état d'homéostasie, c'est-à-dire d'équilibre physiologique (Deli Noci & Berna, 2015). Une charge allostatique élevée est associée au développement de nombreuses pathologies. Ce fonctionnement n'est pas spécifique aux problématiques traumatiques mais la part importante de l'état de stress ainsi que son impact sur le corps reste à souligner

Mais il est également important de retenir l'expression somatoformes des troubles psychiques post-traumatique : (Auxéméry, 2019)

- trouble douloureux post-traumatique,
- trouble de conversion ou TNF
- troubles de somatisation

Par ailleurs la somatisation a une place importante dans le processus traumatique. « *En effet certains individus vont essayer d'intérioriser dans le corps traumatisme qui essaye de faire surface : la somatisation à travers la symptomatologie corporelle fait alors office de solution permettant en quelque sorte de libérer l'esprit, en déplaçant l'énergie libidinale de la souffrance dans le corps.* (Hirsch & Conradi, 2020) La fréquence de la somatisation auprès des populations traumatisées est relevé par de nombreux auteurs (Tarquinio et Auxéméry, 2022 ; Van der art et col, 2014, Auxéméry, 2019). « *Sans méjuger d'authentiques lésions organiques, l'indicibilité et la dissociation traumatique peuvent s'exprimer par des symptômes s'ancrant viscéralement dans le corps* » (Auxéméry, 2019)

Ainsi la fréquence importante de somatisation dans le cadre de la confrontation à des traumatismes est à rappeler car souvent encore oublié. On peut toutefois noter que ce développement n'est pas systématique et qu'il y a très probablement des facteurs prédisposants. On peut citer par exemple le travail de Ask Elklit (Elklit & Christiansen, 2009) qui, en suivant une cohorte de 169 personnes, confrontées à une série d'explosion dans les suites d'un accident d'une usine de feux d'artifice dans un quartier résidentiel au Danemark, a pu mettre en évidence que l'affectivité négative ou névrosisme et les sentiments d'efficacité personnelle prédisaient de manière significative la somatisation, expliquant 42 % de la variance (au contraire de la dissociation, la dépression et l'anxiété). La présence d'un TSPT était également retrouvée et médiée par l'affectivité négative.

On retrouve également une proportion importante de problématique traumatique dans les populations présentant des TNF, même si cela n'est pas systématique (Ludwig et col, 2018 ; Ertan et col, 2022).

Enfin on peut noter que dans le cadre des études sur les populations présentant un TSPT-C (qui sont de fait récentes) la présence de la somatisation est confirmées. Ainsi Astill Wright et col, 2021, sur une cohorte de 222 personnes (sur 349 recrutées) et comparativement à une pop contrôle, retrouvent près 70% de somatisations TSPT-C vs 48% en cas de TSPT. Cela confirme la prégnance de la somatisation en cas de TSPT-C même si celle-ci ne semble pas corrélée au DSO.

Enfin les études sur les réactions physiologiques dans le cadre du trauma apportent également des éléments tout à fait intéressants sur les réactions reflexes présentes. Ces éléments seront détaillés plus loin dans la suite de ce manuscrit (cf 5.1).

3.3 Traumatisation :

En corolaire de la description des problématiques psycho-traumatiques et comme nous l'avions évoqué plus haut, nous sommes particulièrement attentifs à la traumatisation en elle-même. Pourtant largement utilisé dans le langage courant auprès des professionnels formés aux psychotraumatismes, il est difficile de trouver une définition claire du terme « traumatisation ».

Par ailleurs, ce terme n'est pas présent dans le dictionnaire francophone (CNRTL, Larousse, etc...). Il est le plus souvent renvoyé vers le terme « traumatiser » (on retrouve donc un nom commun rattaché à un verbe perdant sa valeur d'action et de processus). D'ailleurs la dictée vocale, les logiciels de traduction automatique ont des difficultés à reconnaître ce mot. La plupart du temps il est remplacé par le mot traumatisme, appauvrissant ainsi la pensée des auteurs.

Dans la littérature scientifique nous retrouvons le terme de « traumatization » en anglais avec une transposition directe sous la forme de « traumatisation » en français. Mais là aussi quand il s'agit d'étudier la définition du terme « traumatization » dans la littérature anglophone, on se retrouve devant des imprécisions terminologiques. Le terme « traumatization » est très souvent utilisé pour parler du traumatisme vicariant ou des traumas secondaires, i.e. vécus par les professionnels ou des familles accueillant des personnes traumatisées. On retrouve aussi une utilisation assez fréquente du terme « traumatization » dans le cas d'une exposition à un âge précoce aux psycho-traumatismes ou lorsque les auteurs veulent étudier la répétition des traumatismes, rejoignant l'idée que la traumatisation est toutefois largement utilisée dans le champ théorique de la TDSP (cf 3.1.2.2). Pour Van der Hart et collaborateur 2014, la traumatisation est un syndrome de non-réalisation dont la dissociation d'origine traumatique de la personnalité est l'exemple princeps. « *Le problème central de la traumatisation est le fait que les survivants n'ont pas pu réaliser complètement ce qui leur est arrivé, et la façon dont cet événement affectent leur vie et leur identité* » (Van der Hart et col, 2014 - p 197).

La non-réalisation correspond donc à l'impossibilité de faire la réalisation qui elle-même, « *consiste à faire de nouvelles connexions entre l'univers qui nous entoure et notre sentiment d'identité, qui produisent en retour des modifications de notre identité et de notre univers. En cela elle joue un rôle prédominant dans la continue construction de notre personnalité (Janet 1929a)* » (Van der Hart et col, 2014).

En corolaire de la traumatisation, la dissociation est donc un moteur particulier que nous détaillerons dans la suite de ce travail. (Tarquinio & Auxéméry, 2022 ; Lesley & Varvin, 2016).

De ce fait nous proposons une définition la définition suivante :

<p>Traumatisation = c'est l'ensemble des processus par lequel le trauma³¹ impacte l'individu, tant lors la survenue, son traitement, son maintien et sa résolution.</p>

Cette définition permet d'intégrer l'ensemble des mécanismes en jeu allant de la dissociation au développement post-traumatique, la résilience et les changements de valeur, éléments essentiels à prendre en compte dans la clinique des psychotraumatismes.

Travailler autour de la question de la traumatisation nous amène à aborder nécessairement la question de la dissociation. En effet celle-ci est un concept central dans les psychotraumatismes (Kédia, 2009 ; Van der Hart et col, 2014, Tarquinio & Auxéméry, 2022) mais nécessitent de prendre un temps pour clarifier les concepts car beaucoup de confusions existent par l'utilisation de ce terme.

³¹ Le trauma est entendu dans son sens étymologique, c'est-à-dire une rupture de la continuité

4. Dissociation

Allant du normal au pathologique, la dissociation est un phénomène psychique particulièrement fréquent. Ce phénomène se retrouve d'une manière non négligeable dans le TSPT mais aussi trouble panique, l'agoraphobie, les Troubles Obsessionnels Compulsifs, les Troubles des conduites alimentaires, la dépression unipolaire, les dépressions, la Psychose et les trouble de la personnalité (Holmes et col, 2005). Sur le plan de la vie quotidienne, les phénomènes normaux de dissociation se retrouvent dans l'absorption, la modification du sens du temps et de l'espace, la rêverie, l'implication imaginaire, l'aptitude comme une transe, la déréalisation et certaines hallucinations. On parlera alors d'altération de la conscience (Nijenhuis & Van der Hart, 2011).

4.1 Dissociation Définition

Traditionnellement la dissociation est entendue comme une perturbation des fonctions habituellement intégrées de la conscience, de la mémoire, de l'identité ou de la perception de l'environnement (DSM-IV, 1994). Elles se déclinent en plusieurs troubles : Trouble dissociatif de l'identité, Amnésie dissociative, Dépersonnalisation-Déréalisation, autre trouble dissociatif spécifié et le trouble dissociatif non spécifiés (cf 4.2). On retrouve également un type de TSPT, incluant une forme dissociative (DSM-V).

Mais au-delà de cette formulation catégorielle défini par le DSM, il serait intéressant d'aller delà. Pour se faire, repartons de la définition proposée par Kédia (2009). Pour cet auteur, la dissociation est le signe d'une « rupture de l'unité psychique, c'est-à-dire la désunion de fonctions normalement intégrées que sont la conscience, la mémoire, l'identité ou la perception de l'environnement ». Cela provoque des phénomènes tels que l'amnésie, la dépersonnalisation, la déréalisation, la confusion d'identité, la fragmentation de l'identité mais aussi en lien avec l'expérience, les réactions et les fonctions, amenant par exemple à une inhibition motrice et analgésie et/ou anesthésie, des flashbacks et des cauchemars (Kédia et col, 2012)

« Pour Janet, la dissociation est à avant tout une maladie de la mémoire : le sujet, incapable de rattacher des fonctions à son moi, est – logiquement - dans l'incapacité de dire « je » à leur endroit puisqu'à proprement parler, c'est un autre « je » qui s'exprime en lui. Réciproquement dès qu'un sujet témoigne d'une manifestation en son nom propre et en utilisant le « je » alors il n'y a nullement dissociation ... dans l'acceptation Janetienne du terme » (Kédia et col, 2012 – p 8). Cette rupture serait favorisée par un afflux d'émotions ou par l'épuisement, qui provoque un rétrécissement du champ de conscience. Elle est la marque d'une impossible synthèse. Cette dernière est entendue comme étant un mécanisme inhérent au fonctionnement humain. « Pour agir ou prendre conscience de soi et de son environnement, l'individu associe des informations sensorielles, des idées, des souvenirs, des émotions. C'est l'ensemble de ces synthèses qui donne un sentiment d'unité, de personnalité et de cohérence au monde » (Kédia et col, 2012)

Ce phénomène est d'ailleurs plus facile à observer dans le cadre du psychotraumatisme puisqu'il est exacerbé par le caractère imprévisible et débordant de l'événement traumatique et se retrouve en difficulté pour être intégré. Pourtant il est important de noter que ce phénomène de synthèse est réalisé en permanence, réactualiser au quotidien en fonction des événements, de l'environnement, de l'évolution physiologique, Le terme d'intégration est également utilisé.

Cependant ce n'est pas tant sur la survenue de cette dissociation que les auteurs se différencient mais bien sur son impact et les conséquences de phénomène. On peut supposer 2 conceptions de la dissociation prédominant à l'heure actuelle : (Tarquinio et col, 2017 ; Kedia et col, 2012))

- Une conception large : datant des années 1980, où la dissociation englobe différents phénomènes comme les altérations de la conscience, y compris le rétrécissement du champ de la conscience (que Janet distingue clairement de la Dissociation), l'absorption et l'implication imaginaire, (par exemple, écouter de la musique et se laisser emporter, écouter son interlocuteur parler et perdre le fil, fixer un tableau et être comme absorbé, etc...). Dans cette conception la Dissociation peut être entendue en tant qu'échec de l'intégration puis comme défense (Kedia et col, 2012)
- Une conception restreinte : la dissociation structurelle de la personnalité (DSP) qui implique un échec d'intégration des expériences traumatiques, c'est-à-dire que les événements de nature traumatique provoquent une division de la personnalité en des parties dissociatives, qui soit évitent le traumatisme, soit sont fixés sur le traumatisme (cf 3.1.2.2)

La conception large peut donc exister qu'il y ait ou non dissociation structurelle de la personnalité.

Le schéma de Brown est également une référence permettant d'avoir une vision globale sur les conséquences de la dissociation (figure 26).

FIGURE 1. Symptômes psychologiques, états et processus associés à l'étiquette de dissociation

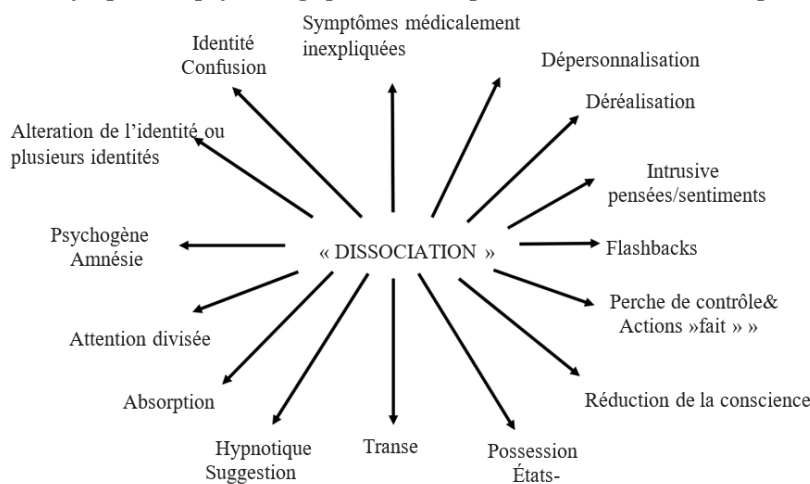


Figure 26 : Figure 1 : symptômes psychologiques, états et processus associées à l'étiquette de dissociation (traduction personnelle de Brown, 2006)

Par ailleurs, une conception encore largement retrouvée est présentée par Holmes (Holmes et col, 2005) en reprenant les travaux d'Allen, de Cardena et Brown. En effet, dans cette optique, l'auteure évoque deux types de dissociation :

- Le détachement = Forme de perturbation dissociative la plus répandue englobant la déréalisation et la dépersonnalisation
- La compartimentation = phénomène dissociatif plus déconcertant tel que l'amnésie, la fugue et les TDI

Cette conception est à la base de la construction de l'échelle d'évaluation Dissociative Experiences Scales (DES, cf partie 2 3.2).

Mais, « les changements dans la concentration attentionnelle- ce que certains appellent la dissociation « normale » sont certainement un élément de la dissociation de la personnalité. Cependant, ils ne sont pas représentatifs de l'état de rupture au niveau du sens de soi, qui survient dans les troubles dissociatifs complexes et qui rend les symptômes de ces troubles qualitativement différents du fait d'être dans les nuages, de rêvasser ou de prendre conscience » (Steele et col, 2018- p125) Il pourrait donc être intéressant de distinguer le mécanisme de Dissociation et la structure dissociative. En effet, « la clinique nous montre régulièrement que des personnes peuvent être dépersonnalisées ou déréalisés sans pour autant présenter une structure dissociative ... la plupart s'accordent à dire que les troubles de personnalisation et des réalisations peuvent être le fruit d'au moins 2 processus distincts » (Tarquinio & Auxéméry 2022 - p165):

- Une structure dissociative avec la présence de Partie Apparemment Normale de la personnalité tellement déconnectée qu'elle est dépersonnalisée et déréaliser et l'existence de partie(s) émotionnelle(s) qui peuvent apparaître que rarement (PAN/PE)
- Le fait d'état de transe, de troubles anxieux ou dépressifs ou d'abus de substances

Ainsi dans les études réalisées, il est nécessaire d'être vigilant à ces deux conceptions et de vérifier systématiquement leur référence. L'idée d'un continuum est évoquée où on pourrait supposer à un premier bout un mécanisme présent mais probablement moins fixé, moins rigide qu'à l'autre bout du continuum qui devient une nouvelle structuration. Nous proposons le schéma suivant (figure 26) mais là aussi aucun consensus n'est atteint pour le moment.

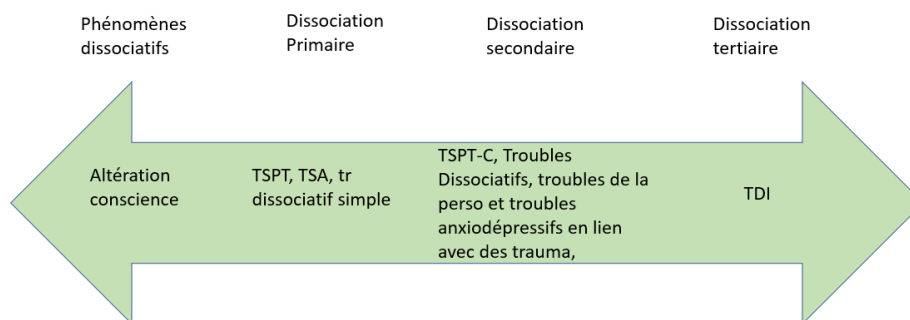


Figure 27 Continuum de la Dissociation

4.2 Les troubles dissociatifs

Ce type de trouble se retrouve dans les deux classifications avec toutefois l'inclusion des symptômes neurologique dans la CIM-11.

Tableau 11 : Troubles dissociatifs DSM-V et CIM-11	
DSM-V	CIM-11
Trouble dissociatif de l'identité	Trouble dissociatif des symptômes neurologiques
Amnésie dissociative	Amnésie dissociative (avec ou sans fugue dissociative)
Dépersonnalisation déréalisation	Troubles de transe
Autre trouble dissociatif spécifié :	Troubles de transe de possession
1. Syndrome chronique et récurrents de symptômes dissociatifs mixtes	Trouble dissociatif de l'identité
2. Perturbation de l'identité dues à des environnements de persuasion coercitive prolongée	Trouble d'identité dissociative partiel
3. Réactions dissociatives aiguës à des événements stressants	Trouble des dépersonnalisations déréalisations
4. Transe dissociative	Syndrome dissociatif secondaire
Trouble dissociatif non spécifiés	Autre trouble dissociatif spécifié trouble
	Troubles dissociatifs sans précision

Pour aller plus loin dans la description voir annexe 1.

Afin de clarifier et pour la bonne compréhension de la suite de la réflexion, rappelons la définition de :

1. Dépersonnalisation : expérience d'irréalité, de détachement ou bien d'être un observateur extérieur de ses propres pensées de ses sentiments, de ses sensations de son corps ou de ses actes (par exemple altérations perceptives, déformation de la perception du temps, impression d'un soi irréel ou absent, indifférence émotionnelle et/ou engourdissement physique). (DSM-V, 2015)
2. Déréalisation : expérience d'irréalité ou de détachement du monde extérieur (par exemple les personnes ou les objets sont ressenties comme étant irréel perçu comme dans un rêve dans un brouillard, sans vie ou bien visuellement déformée). (DSM-V, 2015)
3. Transe : = des états de transe dans lesquels il y a une altération marquée de l'état de conscience de l'individu ou une perte du sens coutumier de l'identité personnelle de l'individu dans lequel l'individu éprouve un rétrécissement de la conscience de l'environnement immédiat ou une concentration inhabituellement étroite et sélective sur stimuli environnementaux et restriction des mouvements, des postures et de la parole à la répétition d'un petit répertoire qui est vécu comme étant hors de son contrôle. Définition de CIM-11, appelée Transe Dissociative dans le DSM-V

Le trouble dissociatif de l'identité est décrit comme tel : (DSM-V, 2015)

- **Critères diagnostiques**

- A. Perturbation de l'identité caractérisée par deux ou plusieurs états de personnalité distincte ce qui peut être décrit dans certaines cultures comme une expérience de possession. La perturbation de l'identité implique une discontinuité marquée du sens de soi et de l'agentivité, accompagnée d'altérations, en rapport avec celle-ci, de l'affect, du comportement, de la conscience, de la mémoire, de la perception, de la cognition et/ou du fonctionnement sensorimoteur. Ces signes et ces symptômes peuvent être observés par les autres ou bien rapportés par le sujet lui-même.
- B. Fréquents trous de mémoire dans le rappel d'événements quotidiens, d'informations personnelles importantes et/ou d'événements traumatiques, qui ne peuvent pas être des oublis ordinaires.

- C. Les symptômes sont à l'origine d'une détresse cliniquement significative ou d'une altération du fonctionnement social, professionnel ou dans d'autres domaines importants.
- D. La perturbation ne fait pas partie d'une pratique culturelle ou religieuse largement admise. (N.B. : Chez l'enfant, les symptômes ne s'expliquent pas par la représentation de camarades de jeu imaginaires ou d'autres jeux d'imagination).
- E. Les symptômes ne sont pas imputables aux effets physiologiques d'une substance (par ex : les trous de mémoire ou les comportements chaotiques au cours d'une intoxication par l'alcool) ou à une autre affection médicale (p. ex. des crises comitiales partielles complexes).

- **Diagnostic différentiel :**

- Autres troubles dissociatifs spécifiés
- Trouble dépressif caractérisé
- Trouble bipolaire
- Trouble de stress post-traumatique
- Troubles psychotiques troubles induits par une substance ou un médicament
- Trouble de la personnalité trouble de conversion (troubles à symptomatologie neurologique fonctionnelle)
- Convulsion
- Trouble factice et simulation

A noter que la CIM-11 distingue le trouble dissociatif de l'identité et le trouble d'identité dissociative partiel (cf tableau 12)

Tableau 12 : TDI et TIDP selon la CIM-11	
Trouble dissociatif de l'identité	Trouble d'identité dissociative partiel
= perturbation de l'identité dans laquelle il existe deux ou plusieurs états de personnalité distincts (identités dissociatives) associés à des discontinuités marquées dans le sens de soi et de l'agence. Chaque état de personnalité comprend son propre modèle d'expérience, de perception, de conception et de relation avec soi, le corps et l'environnement.	
<ul style="list-style-type: none"> • Au moins deux états de personnalité distincts prennent de façon récurrente le contrôle exécutif de la conscience et du fonctionnement de l'individu en interagissant avec les autres ou avec l'environnement, comme dans l'exécution d'aspects spécifiques de la vie quotidienne tels que la parentalité ou le travail, ou en réponse à des situations spécifiques (par exemple, ceux qui sont perçus comme menaçants). • Les changements de l'état de la personnalité s'accompagnent d'altérations connexes de la sensation, de la perception, de l'affect, de la cognition, mémoire, contrôle moteur et comportement. • Il y a généralement des épisodes d'amnésie, qui peuvent être graves. 	<ul style="list-style-type: none"> • Un état de personnalité est dominant et fonctionne normalement dans la vie quotidienne, mais il est envahi par un ou plusieurs états de personnalité non dominants (intrusions dissociatives). Ces intrusions peuvent être cognitives, affectives, perceptives, motrices ou comportementales. Ils sont perçus comme interférant avec le fonctionnement de l'état de personnalité dominant et sont généralement aversifs. • Les états de personnalité non dominants ne prennent pas de manière récurrente le contrôle exécutif de la conscience et du fonctionnement de l'individu, mais il peut y avoir des épisodes occasionnels, limités et transitoires dans lesquels un état de personnalité distinct assume le contrôle exécutif pour s'engager dans des comportements circonscrits, par exemple en réponse à des situations extrêmes, états émotionnels ou lors d'épisodes d'automutilation ou de reconstitution de souvenirs traumatiques.
Altération de la significative des capacités personnelles, familiales, sociales, éducatives et professionnelle.	
Les symptômes ne sont pas mieux expliqués par un autre trouble mental, comportemental ou neurodéveloppemental et ne sont pas dus aux effets directs d'une substance ou d'un médicament sur le	

système nerveux central, y compris des effets de sevrage, et ne sont pas dus à une maladie du système nerveux ou à un trouble veille-sommeil.

4.3 Conception de la Dissociation comme le signe de l'échec de l'intégration

C'est intéressant à la dissociation nous amène à s'y mérci également à son pendant c'est à dire l'association ou la réassociation. En effet la dissociation est la marque d'une non-intégration ou de synthèse pour reprendre la terminologie de Janet. Cette marque peut être considérée comme rechercher comme par exemple dans le cadre de la dissociation thérapeutique rechercher dans l'hypnose ou la pratique de certaines techniques psycho-corporelles, mais elle l'est aussi et surtout en pas de difficulté majeure à faire face ou lorsqu'elle s'impose au moi comme dans la dissociation traumatique. Ainsi la dissociation est à percevoir comme un processus, dynamique, mouvant pouvant avoir un rôle de défense qui protégerait la conscience, mais aussi comme un symptôme d'une « *comportementalisation des processus psychiques* » (id) pouvant avoir un impact sur la personnalité ou comme un état allant du normal au pathologique (Kédia, 2009 p 492).

On peut noter 2 mouvements : (Tarquinio & Auxéméry, 2022 - p 178-180)

- **Désagrégation** = envoie aux lois de l'automatisme tel que décrit par Janet et à pour effet d'isoler une partie du psychisme. « *certaines éléments seraient synthétisés par là conscience tandis que les autres seraient synthétisés par l'inconscient. la conscience à ici une fonction de synthèse et de construction des images sous formes de représentation.* » pas de non réalisation de cette synthèse, la désagrégation est présente et est le produit du processus dissociatif. cette capacité varierait d'un individu à un autre mais également d'un moment à un autre en fonction des conditions de l'individu en lui-même.
- La **recomposition réversible** est le deuxième processus décrit par Janet et consécutif à la désagrégation. C'est comme si à l'issue de cette dernière, les éléments séparés gardent une certaine dynamique qui leur permettent de se reconstituer, de se réformer en un nouvel ensemble psychique autonome et indépendant pouvoir conduire à l'émergence d'une ou plusieurs autres systèmes.

Dans cette conception est également intéressant de noter que la notion d'idée fixe c'est à dire « *certaines pensées et images mentales en lien avec des événements traumatiques du passé peuvent s'isoler de la conscience et rester dans ce que Janet a appelé, lui-même, le subconscient* » (Tarquinio & Auxéméry, 2022). Ce sont là les prémices du syndrome de répétition ou de reviviscence qui sera clairement décrit par la suite dans les problématiques traumatiques.

En considérant la dissociation, cela nous permet de travailler l'intégration. Celle-ci est définie comme constituée « *d'actions continues qui nous aident à différencier et à relier les expériences au fil du temps au sein d'une personnalité à la fois flexible et stable* » (Steele et col, 2018 - p26). Elle est ainsi impliquée à la fois dans la vie quotidienne et dans la traumatisation.

Ainsi si nous reprenons la figure 27 (p91) concernant les processus dissociatifs, il est pertinent d'intégrer le niveau de structuration et d'intégration. Le schéma récapitulatif deviendrait :

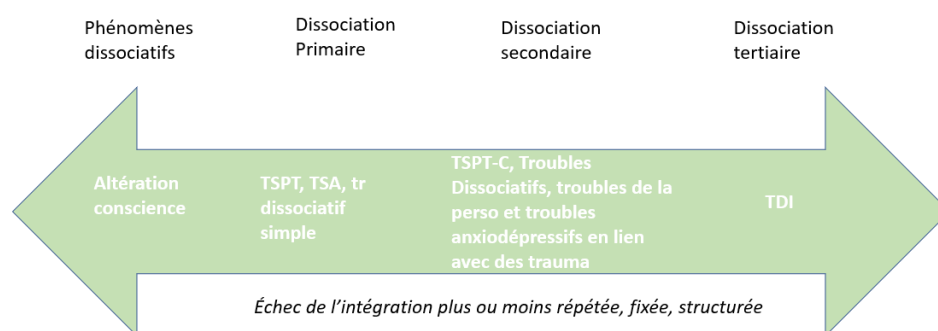


Figure 28 Structuration de la Dissociation

4.4 Dissociation somatoforme ?

Très peu évoqué, elle est pourtant de plus en plus rappelée. En effet s'intéresser à la psychopathologie du trauma nous amène à prendre en compte un mécanisme qui reste encore très difficile à définir. Il s'agit de la dissociation somatoforme. Nous avons déjà évoqué la place du corps particulière dans le cadre du trauma (cf 3.2) mais nous allons ici développer ce qui est un mécanisme psychopathologique spécifique.

Mais avant de parler de sa spécificité il est important de rappeler que à la dissociation a autant de conséquences sur plan psychique que sur le plan de la perception corporelle. En effet, la dissociation est entendue comme étant une rupture de l'unité psychique, c'est-à-dire la désunion de fonctions normalement intégrées que sont la conscience, la mémoire, l'identité ou la perception de l'environnement. Cette rupture se porte à la fois sur l'ensemble des informations que nous intégrons au fur et à mesure, donc à la fois ce qui vient du psychisme mais aussi du corps et de la relation des deux avec l'environnement. Ainsi la dissociation serait donc le résultat d'un manque d'intégration sur les composantes à la fois :

- Psychiques : amnésie, dépersonnalisation, déréalisation, confusion d'identité, fragmentation de l'identité
- Somatiques : l'expérience, les réactions et les fonctions / inhibition motrice (freezing) et analgésie/anesthésie (insensibilité à la douleur / manque de sensation corporelle), flashbacks et cauchemars (Kédia et col, 2012 ; Ninjenhuis, 2000).

Kathy Steele, Suzette Boon et Onno van der Hart rappellent d'ailleurs que la non-réalisation se fait également sur les dimensions physiologiques, chaque partie pouvant avoir sa physiologie correspondante, ses sensation et mouvements. « *Par exemple une partie du patient peut être fixée dans la peur avec des muscles tendus et une expression du visage gelé ou avec des douleurs physiques graves. Une autre partie peut être effondrée et fermée, recourbée sur elle-même, évitant toute reconnaissance du traumatisme, physiquement et émotionnellement engourdi.* » (Steele et col, 2018 - p28).

Ainsi la Dissociation somatoforme peut être définie comme la perte partielle ou totale de l'intégration normale des composantes de l'expérience, des réactions et des fonctions du somatoforme. (Nijenhuis, 1999)

On retrouve une place non négligeable de la Dissociation Somatoforme dans la Théorie de la Dissociation Structurale de la personnalité (Vanderliden, 2012) alors que d'une manière plus générale, la Dissociation est souvent prise en compte sur son versant psychoforme. D'ailleurs la Dissociation Somatoforme ou ses manifestations ne se retrouvent dans aucune des classifications habituellement utilisées (DSM, CIM).

Sur le plan de l'histoire des idées, c'est Nijenhuis qui a reformalisé ce concept dans son Ouvrage Dissociation Somatoforme (qui est un recueil des principaux articles sur ce sujet). La formalisation du concept vient de la prise en considération de la mémoire traumatique sur toutes les composantes de l'événement et l'expression corporelle possible. On peut par exemple se rappeler du syndrome « shell-shocked » décrit par Myers à partir de l'observation des traumatisés de guerre avec des mouvements anormaux spécifiques³².

Par ailleurs, si on regarde les réactions présentes face au trauma, c'est-à-dire lors de la Dissociation péri-traumatique, le corps est souvent mis à mal. En effet, on peut retrouver les réactions suivantes :

- La sidération psychique : figé, « freeze », le sujet est bloqué, se traduisant par une immobilité corporelle massive
- L'agitation : le sujet « brasse » sans avoir de but, de manière désordonnée, la fuite panique, sans planification,
- Comportement automatique : le sujet reproduit un comportement habituel ou réalisé au moment de l'évènement

Quelles sont le devenir de ces réactions au fur et à mesure ? c'est là que la Dissociation tant sur le plan psychoforme que somatoforme prendrait tout son sens. Boon (2021³³) rassemble ainsi les manifestations possibles sur les deux champs, tant du côté de la perte de certaines fonctions (négatif) que la production d'autres (positif).

³² <https://www.apa.org/monitor/2012/06/shell-shocked> + <https://www.youtube.com/watch?v=JhYWdrBZpQE>

³³ Suzette Boon lors d'une formation sur l'évaluation des troubles dissociatifs au Centre Pierre Janet.

	Psychoforme	Somatoforme
Négatif	Amnésie Dépersonnalisation (sortie de corps) Déréalisation (ne pas reconnaître des amis, l'environnement) "perte" de "talents" ou capacités	Symptômes de « conversion » : perte de l'ouïe, de la vision, de la parole, de l'odorat, du goût, de la force dans les bras, les jambes, de la paralysie Perte de la sensation ex. sentir la douleur, la faim, la soif, la chaleur etc. "Je ne suis qu'une tête" (absence de connexion avec le corps)
Positif	Intrusions des parties dissociatives, Symptômes Schneidériens de premier rang.	Douleurs, tics, mouvements involontaires, Pseudo-crisés épileptiques (CNEP); Perceptions sensorielles; Intrusions somatiques (ex. sentir que les jambes bougent mais ce n'est pas la personne qui bouge)

Suzette Boon, 2021

19

Tableau 13 : les différentes manifestations de la dissociation, selon Suzette Boon, 2021

Sur le plan psychométrique, Nijenhuis a développé un outil de mesure spécifique de la Dissociation Somatoforme : le SDQ-20 (cf partie 2 / 3.2). Cela a permis de retrouver une proportion plus importante de Dissociation Somatoforme auprès des patients TDI (Nijenhuis et col, 1996, Nijenhuis et col, 1999, Nijenhuis, 2000), des personnes présentant des Troubles des conduites alimentaire (TCA) et dans le cas de douleur chronique pelvienne (Nijenhuis et col, 2003 ; Spinhoven et col, 2004).

Par ailleurs, plus le trouble dissociatif est grave et complexe, plus la dissociation somatoforme est importante (Vanderliden, 2012)

Enfin l'étude des patients présentant un trouble de l'identité dissociative (TDI), notamment aux Pays Bas, a permis de mettre en évidence qu'ils avaient reçu en moyenne 2,8 diagnostics différents avant d'être diagnostiqués comme ayant TDI, 37% ont reçu un diagnostic neurologique à un stade plus précoce, et 82,9% ont rapporté une histoire de plaintes somatiques récurrentes (Nijenhuis, 2004) ; confirmant l'errance diagnostic de ces populations, en passant souvent par des plaintes somatiques.

Enfin la dissociation somatoforme aurait plus de chances d'apparaître quand le trauma infantile implique un contact physique (Waller et col ,2000).

Nous présentons nos recherches sur la question concernant la douleur dans le point 5.2 mais il nous paraît important de distinguer ce concept de la somatisation et de l'impact du stress. La question pourrait être vue autrement en ce qui concerne les TNF mais il est difficile d'aller au-delà pour le moment. Tout cela reste encore à un stade embryonnaire tant les moyens alloués à la recherche semblent plus orienter vers la Dissociation sur son versant psychoforme.

5. Douleur, trauma et traumatisation

5.1 Trauma et douleur : ébauche d'un modèle de chronicisation ³⁴

La place du trauma en clinique de la douleur est prépondérante (Bioy et Defontaine, 2014) même s'il serait réducteur de limiter la douleur au trauma. Nous allons reprendre ici les données concernant les pistes de réflexions sur la chronicisation de la douleur par le trauma.

5.1.1 TSPT et douleur

La première piste de travail depuis maintenant près de 30 ans est d'étudier la présence du TSPT auprès de la population présentant des douleurs chroniques ou d'étudier la douleur auprès d'une population présentant un TSPT. Langford, Theodore, Balsiger, Tran, Doorenbos, Tauben and Sullivan (2018), en étudiant une population de 4000 nouveaux patients en structure spécialisée de prise en charge de la douleur, mettent en évidence plus de 50 % de prévalence de syndrome de TPST (allant de 1 des éléments du TPST aux 4 éléments le définissant). Ces auteurs confirmeront également que plus le TPST est complet plus les répercussions sur la douleur, les conséquences sociales de celle-ci ainsi que la qualité de vie seront plus préjudiciables.

Par ailleurs, la co-occurrence des deux problématiques est majeure (tous les auteurs) et se retrouvent dans des proportions qui confirment une spécificité dans ce lien. On retrouve une cooccurrence de 20 à 80 % de douleur en TSPT et de 10 à 50 % de TSPT en douleur chronique, selon les études (Sharp & Harvey, 2001). Les grandes variations de la proportion de TSPT et de la douleur chronique dépend de la qualité des études, de l'évolution de la définition du TSPT et de la population prise en compte.

Cependant cette co-occurrence se retrouve dans toutes les populations étudiées et quelques soit le lieu du soins (Beck & Clapp, 2011). Fishbain et col, (2017) confirment ses éléments, avec 16 études retrouvant ce lien avec un niveau A de cohérence, et va plus loin en étudiant si une proportion de TSPT est différente en fonction du type de douleur.

³⁴ A partir du chapitre Hirsch, F., & Conradi, S. (2020). Psychotraumatisme et douleur. In Clinique et psychopathologie de la douleur (p. 127-134). Dunod.

Tableau 13.3. Prévalence du TSPT selon le type de douleur (Fishbain et al., 2017)

Type de douleur	Nombre de patients souffrant de douleur chronique dans le groupe	Nombre de patients souffrant de douleur chronique et présentant un TSPT	Prévalence
Douleur faible du dos	2459	17	0,69 %
Population générale	2466	244	9,8 %
Douleur chronique variée	1081	171	15,8 %
Douleur tête/cou	879	223	25,3 %
Douleur pelvienne chronique	753	230	30,5 %
Douleur neuropathique, fibromyalgie	840	334	39,7 %
Douleur suite accident de la route	436	204	46,7 %
Douleur chroniques vétérans de guerre	926	464	50,1 %
Total	9840	1887	19,1 %

Figure 29 : Tableau 13.3 Prévalence de TSPT selon le type de douleur (Tarquinio & Auxéméry, 2022)

La co-existence des deux problématiques va au-delà d'une comorbidité. Les études longitudinales vont dans le sens d'un développement en parallèle des deux problématiques, traduisant ainsi la nécessité d'inclure l'études des facteurs contributifs dans les études futures. (Beck & Clapp, 2011 ; Asmundson et col, 2002)

Par ailleurs l'impact négatif du TSPT sur l'évolution de la douleur mais également de l'évolution naturel du TSPT en cas de douleurs se retrouvent dans de nombreuses études. Ce sont surtout dans les études auprès des vétérans, nombreuses, qui confirment un impact négatif du TSPT sur la douleur (pour une revue de la littérature récente à partir de 20 articles sélectionnés auprès d'un population de vétérans voir Benedict et col, 2020). Le risque de complications, de répercussions plus importantes sur le plan social, le risque majoré de mésusage des médicaments notamment des opiacés sont largement retrouvés (Asmundson & Katz, 2008).

Devant cette co-occurrence majeure de TSPT et de la douleur chronique, plusieurs hypothèses ont pu être avancées pour expliquer ce lien. On retrouve une synthèse de ces modèles dans Otis et col 2003 (Otis et col, 2003) sur laquelle nous allons nous appuyer et la contextualiser avec des données récentes.

A. Modèle de maintenance mutuelle = il existe sept facteurs spécifiques par lesquels le maintien mutuel de la douleur chronique et du SSPT peut survenir (figure 30) :

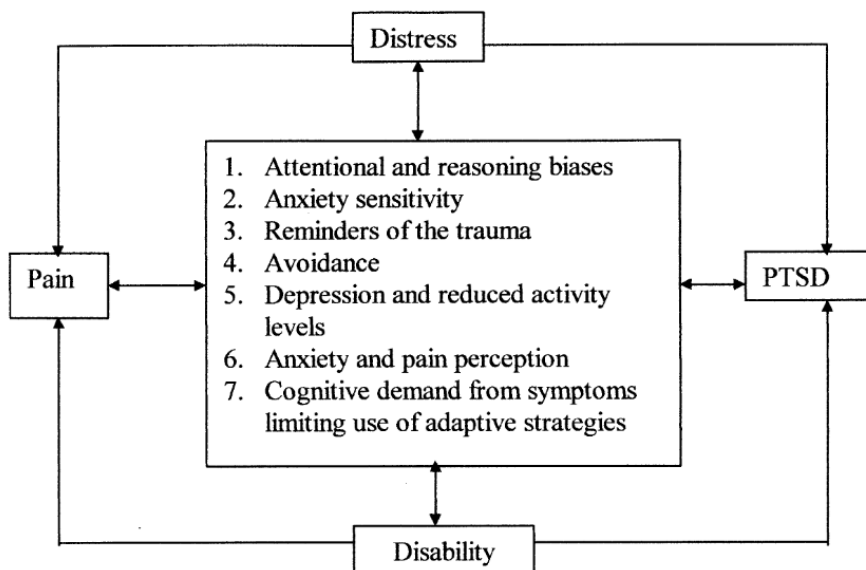


FIGURE 1. Chronic pain and Posttraumatic Stress Disorder: mutual maintenance.

Figure 30 : Figure 1 : chronic pain and posttraumatic Stress Disorder : mutual maintenance (Sharp & Harvey, 2001)

B Modèle de vulnérabilité partagée = Asmundson et col (Asmundson et col, 2002) ont proposé un modèle de vulnérabilité partagée de la douleur chronique et du TSPT notamment par l’anxiété préexistante. Ainsi, la tendance à réagir par la peur aux symptômes physiques de l’anxiété est considérée comme une vulnérabilité partagée contribuant au développement de l’un ou l’autre des troubles. Dans le cas du TSPT, le degré d’alarme causé par le facteur de stress est combiné à l’alarme des sensations physiologiques pour exacerber davantage la réaction émotionnelle, augmentant ainsi le risque de développer un TSPT. Dans le cas de la douleur chronique, la sensibilité à l’anxiété augmente la peur et évite les activités qui peuvent induire de la douleur, ce qui augmente encore les chances que la douleur se maintienne au fil du temps. « *La sensibilité à l’anxiété dénote une tendance dispositionnelle à devenir craintif et, plus spécifiquement, fait référence à la peur de l’anxiété symptômes basés sur la croyance qu’ils peuvent avoir des conséquences néfastes* » (Asmundson et col, 2002) La recherche suggère qu’il existe 3 dimensions fondamentales de la sensibilité à l’anxiété : attention sélective à la menace, sentiment d’incontrôlabilité, seuil inférieur d’activation du système nerveux sympathique (Asmundson et col, 2014)

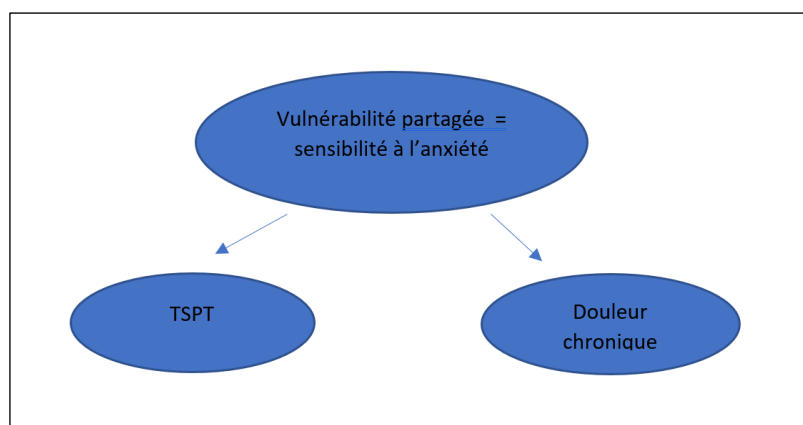


Figure 31 : Modèle de la vulnérabilité partagée

C Modèle d'évitement de la peur = en se basant sur le modèle de la peur évitement (cf 2.2.2) qui repose largement sur les contributions physiologique et « physical arousal » (que l'on peut traduire par le niveau d'excitabilité physiologique) . Asmundson et Norton ont proposé un modèle modifié d'évitement de la peur de la douleur qui met largement l'accent sur les contributions des symptômes physiologiques et de l'excitabilité physiologique (Norton et col, 2003; Asmundson & Norton 1995). Les interprétations erronées (comme le catastrophisme) ainsi que la persistance de contractures seraient ainsi impliquées et favoriseraient le maintien des deux problématiques. Par ailleurs, l'évitement se retrouve également être une caractéristique souvent retrouvées dans les TSPT, maintenant ainsi l'impossibilité de modifier le traitement de l'information (i.e. de l'événement traumatique et/ou de la douleur) (Asmundson & Carleton, 2005).

D Modèle de triple vulnérabilité = Selon le modèle de triple vulnérabilité de l'anxiété et du TSPT, un ensemble intégré de 3 vulnérabilités serait présent pour développer un trouble anxieux : une vulnérabilité biologique généralisée, une vulnérabilité psychologique généralisée basée sur des expériences précoces de contrôle des événements saillants, et une vulnérabilité psychologique plus spécifique dans laquelle on apprend à concentrer l'anxiété sur des situations spécifiques (Keane & Barlow 2002). Ce modèle peut également être appliqué au développement de la douleur chronique.

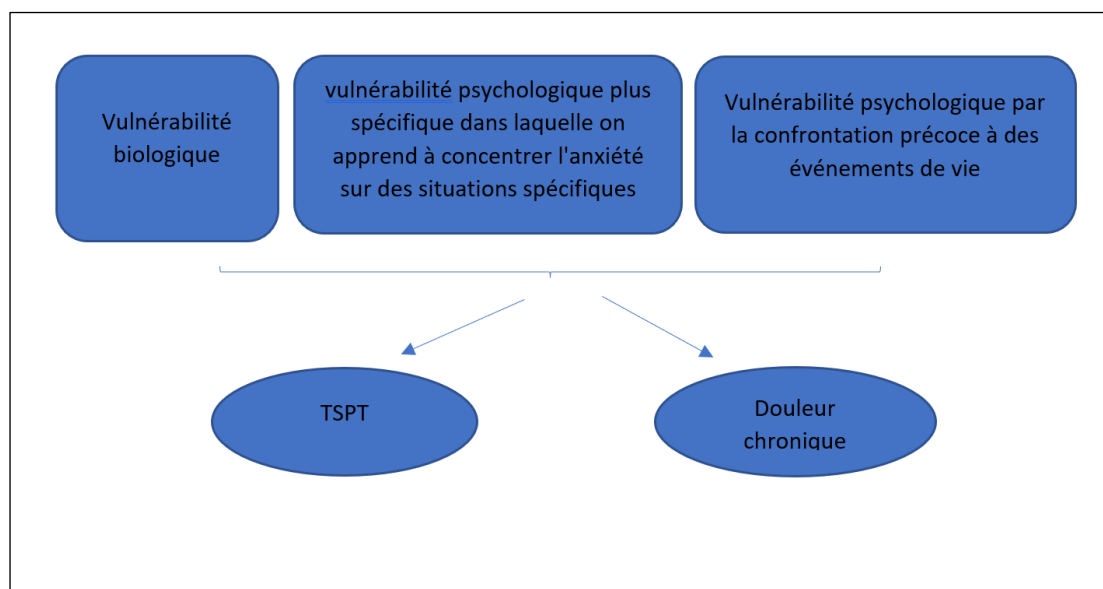


Figure 32 Modèle de la triple vulnérabilité

D'une manière synthétique on peut résumer les pistes d'expliquer par la figure 33, réalisée à partir de (Asmundson et col, 2002).

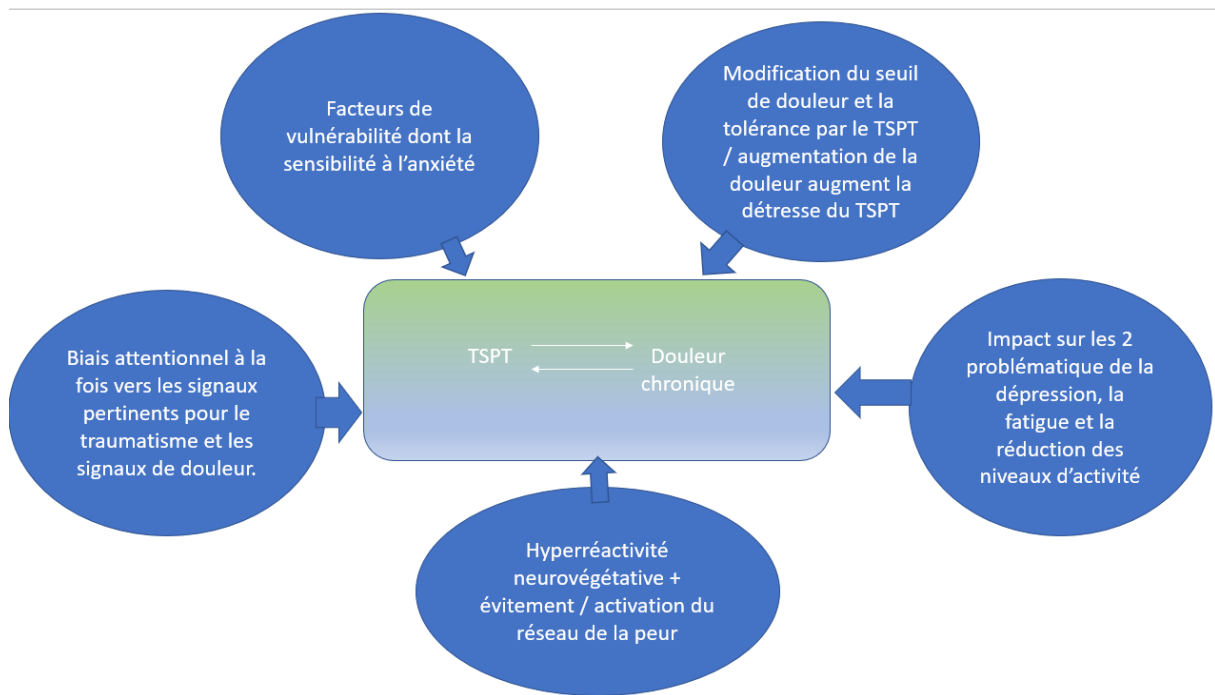


Figure 33 Pistes pour expliquer les liens entre trauma et douleur à partir d'Asmundson et col, 2002

Aucun de ces modèles psychologiques n'a un soutien empirique significatif. On ne sait donc quel modèle est la raison de l'association du TSPT et de la douleur chronique (Fishbain et col, 2017), ni les liens entre les différents modèles.

Tous les auteurs recommandent un meilleur dépistage et identification des 2 problématiques dans les deux populations (Fishbain et col, 2017 ; Beck & Clapp, 2011; Asmundson et col, 2002)

Deux pistes de travail émergent :

- les études neurobiologiques (Des modèles physiologiques sont à l'étude avec notamment l'étude des mécanismes communs sur le stress, l'immunité, les dysfonctionnements des systèmes opiacés, endocannabinoïde (Fishbain et col, 2017).
- les travaux de la transition de la douleur aiguë à la douleur chronique en incluant les facteurs traumatiques.

5.1.2 Modèles en neurosciences du trauma et de la douleur

Tant sur le plan de la douleur (Cf 1.4) que sur le plan du trauma, les études en neurosciences se sont nettement développées ces dernières décennies.

Sur le plan du trauma, plusieurs modèles existent et sont largement étudiés. Nous pouvons les résumer, d'une manière très succincte, par l'hypothèse de la présence d'un système réflexe, probablement issu de l'évolution phylogénétique. Ainsi les études portent sur la mémoire traumatique, la neurobiologie du traumatisme psychique ainsi que les traitements et les modifications cérébrales.

Ce système réflexe intègre notamment une sorte de court-circuit émotionnel lorsque les événements entraînent un risque cardiovasculaire et neurobiologique induit par une réponse émotionnelle dépassée et non contrôlée. La voie sensorielle est ainsi largement impliquée. C'est un des premiers liens possibles avec la douleur. On retrouve donc cette temporalité dans la perception qui se fait sur des millièmes de

secondes entre une voie un peu plus automatique et une voie en lien avec le traitement cortical. « *Ainsi face à un traumatisme la stimulation amygdalienne ne peut être interrompue puisque le système de représentation du cortex associatif est soudain confronté à une incompréhension en raison de l'absence de souvenirs antérieurs semblable* » (Tarquinio & Montel, 2014 - p 204). Il en résulte un état de tension et d'alerte extrême nécessaire à la mise en place des réactions à visée de protection ou de fuite.

Ainsi on retrouve 3 types de réaction réflexe dans le cadre du psycho-trauma :

- a) Le figement
- b) La fuite
- c) La rigidification en vue du combat

L'ensemble de ces réactions serait associé à des réactions neurobiologiques spécifiques tant sur le plan périphérique que central. Ce serait des réactions de préservation naturelle, réflexe activé devant une situation identifiée comme dangereuse.

Par ailleurs en parallèle toute une kyrielle de réaction sur le plan du stress intense est activé avec un impact cardiaque vasculaire, une hyperglycémie potentielle etc...

De plus, cette disjonction dans le traitement émotionnel continue de se maintenir face à l'événement et amène à des réactions particulières. « *En effet le cortex associatif est à ce moment-là déconnecté de l'amygdale. Ainsi ce dernier continue à recevoir les stimuli sensoriels mais non plus de coloration émotionnelle. Ce phénomène neuro-organique est responsable du syndrome dissociatif lequel se caractérise par des symptômes très particuliers comme la dépersonnalisation, la déréalisation ou le sentiment de distance par rapport à l'environnement* » (Tarquinio & Montel, 2014). Ainsi le passage en mémoire autobiographique s'en trouve compromis. Ainsi la mémoire émotionnelle est transformée en circuit de peur conditionnée qui tourne en boucle ne pouvant plus être traités par le cortex associatif.

De ce fait, les structures comme l'amygdale, l'hippocampe et le cortex cingulaire antérieur sont particulièrement impliqués dans ces phénomènes. Il en découle une double réaction d'hypermnésie et d'une hypersensibilité et hyperréactivité (Egloff et col, 2013).

Moeller-Bertram a réalisé en 2012 une revue de la littérature intéressante rappelant deux pistes qui vont toutes les deux vers des différences importantes dans le fonctionnement des circuits de traitement émotionnel. On retrouve ainsi l'impact des émotions négatives (peur, stress) qui peut être à la fois analgésiant et hyperactivant la douleur. Mais l'évitement et la dissociation pourrait également avoir un impact majeur. Ces éléments ressortent dans les suites de dispositifs de douleur expérimental auprès de population ayant un TSPT, soit en provoquant les symptômes soit en les exposant à une douleur expérimentale (Moeller-Bertram et col, 2012).

Sur le plan des études en neuro-imagerie on retrouve globalement des constantes dans les différentes études même si des différences persistent notamment très probablement en fonction du type de TSPT et de son expression clinique. Ainsi on retrouve « *une diminution globale du contrôle exécutif préfrontal une hyper vigilance à certains stimuli liée au cortex singulaire, et des altérations du traitement de la mémoire émotionnelle traumatique associées au cortex temporo-pariétal et aux régions hippocampiques et para-hippocampiques* » (Brown, 2012).

Cet abord neurobiologique est clairement étudié pour expliquer les liens entre douleur et trauma. Les connaissances évoluant dans les 2 domaines permettent de soutenir des démarches communes. Ainsi une piste de travail se dessine dans la mise en évidence d'une sensibilisation centrale dans le TSPT (Moeller et col, 2014) qui nous permet de renvoyer avec les hypothèses de l'implication de la

sensibilisation centrale dans certains syndromes de douleur chronique tel que la fibromyalgie par exemple. Le second lien et l'apprentissage autour de la peur que l'on retrouvera à la fois dans la douleur et le trauma (Egloff et col, 2013) avec un nœud traumatique envoyant à la structure de peur de Foa qui va favoriser toute une série de réactions habituellement retrouvées dans le TSPT. La douleur pourra ainsi être prise dans cette structure de peur comme étant un indicateur en lien avec le trauma notamment si l'atteinte corporelle est présente.

5.1.3 Transition de la douleur aiguë à la douleur chronique en incluant les facteurs traumatiques

Nous avons déjà évoqué l'intérêt de l'abord de la question de la douleur chronique par l'étude des trajectoires ou de la transition de la douleur aiguë la douleur chronique (cf 2.5). Le trauma est déjà évoqué comme étant une dimension importante à prendre en compte dans cette transition tant sur les douleurs post-opératoires (Kleimann et col, 2011), les douleurs en lien avec l'accouchement (Sejourné et col, 2018) et les douleurs dans un contexte de maladie grave (Rexand-et col, 2017).

Cependant les travaux de Casey, C. Y., Greenberg, M. A., Nicassio, P. M., Harpin, E. R., & Hubbard, D. (2008) abordent pour la première fois un modèle de transition de la douleur aiguë à la douleur chronique en incluant les facteurs traumatiques. Ils ont ainsi pu mettre en évidence qu'une exposition plus élevée aux traumatismes et une symptomatologie plus dépressive au départ prédisaient indépendamment et significativement une douleur plus importante au suivi, au-delà de la durée initiale de la douleur. L'étude porte sur une population de personnes consultant dans un centre de soin dans les suites d'une atteinte en cervicale ou des douleurs de dos évoluant depuis moins de 8 semaines. La taille de l'échantillon reste modeste avec 84 participants. Des mesures de l'invalidité et de l'intensité de la douleur, ainsi que sur les événements de vie traumatiques, la dépression et les croyances face à la douleur (ICPD cf partie 2 / 4.3) ont été réalisés (Casey et col, 2008). Ils ont ensuite tester le modèle prédictif et ont pu mettre en évidence l'implication des différents facteurs dont les traumas sur la douleur à 3 et 6 mois, mais pas sur la douleur, l'invalidité et la dépression initiale comme initialement envisagé (figure 34).

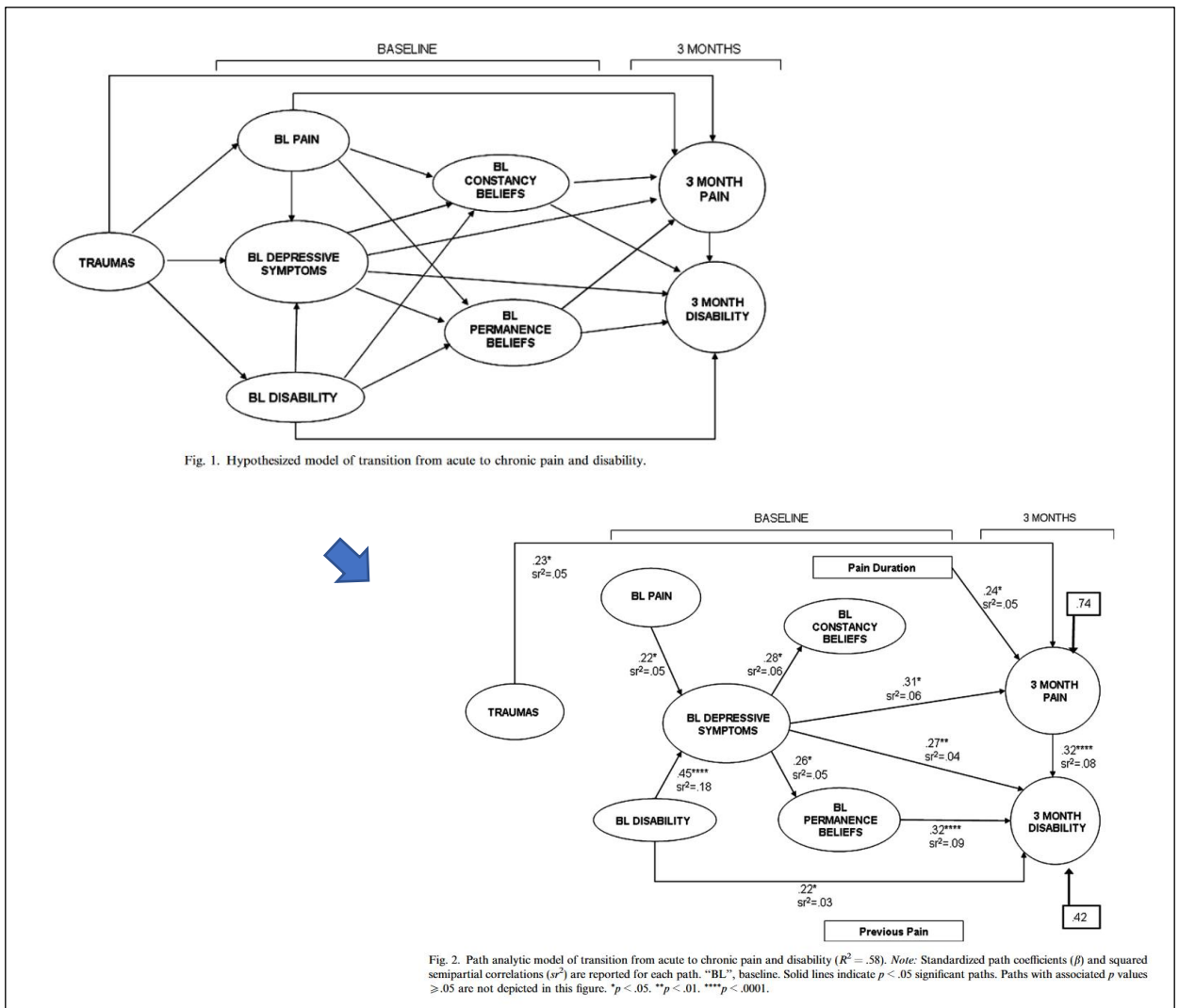


Figure 34 : Evolution du modèle Trauma et douleur testé par Casey et col, 2008

Nous retrouvons donc tant sur le plan clinique que sur le plan expérimental des données pertinentes sur l'intérêt de l'étude des liens entre trauma et douleur. Les résultats restent non concluants car on retrouve des difficultés de sélection des populations (très probablement en lien avec une évaluation trop sommaire) ou d'homogénéité des groupes probablement.

La piste de la sensibilisation centrale (Moeller et col, 2014) semble être une piste tout à fait intéressante elle mériterait d'être explorée plus en détail.

Nous n'avons malheureusement pas trouvé d'études sur traumas complexes et douleurs. Nous pouvons supposer que la mise en place récente de la CIM-11 permettra de développer une meilleure connaissance de la relation entre trauma et douleur dans ce qu'elle figure point il permettra là aussi très probablement une meilleure définition des populations étudiées.

On peut enfin noter l'intérêt que nous portons à l'étude de Vogel et col (2019) qui a été le seul menant une étude spécifiquement auprès d'une population clinique douloureuse à la recherche ou à l'exploration de la dissociation avec une mise en regard du catastrophisme. Son étude porte auprès de

93 participants atteints d'arthrose du genou et ayant une prothèse totale de genou. Ces résultats vont dans le sens d'une organisation hiérarchique entre dissociation trauma et douleurs ce qui pourrait être une piste de travail tout à fait intéressante à développer.

5.2 Dissociation et douleur

Beck & Clapp (2011) rappelle que la dissociation pourrait faire partie des nouvelles dimensions à étudier pour mieux comprendre trauma et douleur. Nous avons donc réalisée une revue de la littérature narrative concernant douleur et dissociation et nous les avons classés selon leur cible (type de douleur, fondamental, etc...).

En juin 2018, à partir des mots « douleur+dissociation » dans les titres et/ou résumé retrouvés dans les moteurs de recherche Pubmed et ScienceDirect, nous avons retenus 28 articles puis 2 articles ont été supprimés (nonaccès et 1 sans évaluation de la douleur et centrée sur l'études des rêves). Au final 26 articles ont été sélectionnées et nous vous présentons leur étude détaillée dans l'annexe 2.

D'une manière globale, nous remarquons une grande hétérogénéité dans les modalités d'évaluation tant sur la dissociation que sur la problématique douloureuse. Les cibles sont très variables et parfois les populations étudiées ne sont uniquement que féminines.

Une première vague d'études ont été réalisées auprès de patients présentant des troubles dissociatifs ainsi qu'auprès de patients présentant des douleurs pelviennes chroniques, confirmant la place du trauma et de la dissociation par rapport à la douleur (Ninjenhuis, 2000). Duckwort et col (2000) retrouvent plus de dissociation auprès d'une population douloureuse confrontée à un TSPT qu'une population douloureuse ne présentant pas de TSPT. Bob (2008) évoque les relations possibles entre douleur et dissociation, en considérant cette dernière en tant que défense contre la perception douloureuse mais également comme pouvant être le résultat de la stimulation douloureuse. Defrin et col (2015) analysent quant à eux ce paradoxe lié au TPST qui favorise à la fois une hyperréactivité associée à une hyposensitivité à la douleur. Il est alors intéressant de supposer que les biais attentionnels vers les stimuli menaçant et la sensibilité à l'anxiété, caractéristiques des TPST, peuvent rendre les individus susceptibles de considérer la douleur comme une menace ou comme un rappel du trauma.

Concernant les types de douleur étudiées, on retrouve quelques éléments pour les migraines (Sengul, et col, 2018 ; Fattahzadeh-Ardalani, et col, 2017), la fibromyalgie (El Hage et col, 2006 ; Romeo et col, 2022; Semiz et col, 2014) et le SDRC (Defontaine-Catteau & Bera-Louville, 2012 ; Reedijk et col, 2008), mais ce sont les douleurs chroniques pelviennes qui ont donné lieu à un travail plus conséquent (Ehlert et col, 1999; Spinhoven et col, 2004 ; Carvalho et col, 2015 ; Ozen et col, 2018 ; Panisch, 2020). Les résultats vont dans le sens d'une confirmation d'une association plus forte entre la problématique douloureuse et la dissociation, notamment somatoforme, mais ces résultats nécessitent d'être encore confirmés et surtout plus généralisé car on retrouve des biais de recrutement très importants. Par ailleurs, le sens de la relation n'est pas toujours étudié et nous ne retrouvons que peu d'études en France auprès des douloureux chroniques sur ces questions. Ce champ d'investigation pourrait donc s'avérer pertinent.

En conclusion :

Nous avons déjà parlé de la présence fréquente et non négligeable du TSPT et de la douleur chronique ainsi que leur lien supposé, mais nous proposons d'aller au-delà par l'exploration de la traumatisation.

En prenant une position associant un regard développemental mais également une prise de recul sur les processus et les dynamiques en jeu, nous soutenons l'idée que l'étude de la traumatisation en douleur chronique peut être prometteuse et apporter des repères dans la réflexion sur trauma et douleur.

Ce postulat prend appuie sur plusieurs constat, basée sur notre clinique :

- La présence de trauma complexe au sein de la population douleur : la découverte de ce champs théorique m'a permis de comprendre des situations pour lesquels mes connaissances antérieures ne me permettaient pas de comprendre et de me rendre compte que la fréquence importante de ce type de problématique.
- La prise en charge de plusieurs patients ayant bénéficié de prise en charge du TSPT simple dans les suites d'un accident de voiture par exemple et qui pourtant reste avec une plainte particulière, incluant la douleur et notamment le sommeil et la fatigue.
- L'impact traumatique de la douleur en elle-même : Cette dernière idée avait déjà été évoqué par Bioy et Defontaine-Catteau qui rappellent la place prépondérante de cette thématique en clinique de la douleur tant par son impact sur l'expérience douloureuse en elle-même que sur « l'effet contre la survenue du soulagement » et sur les répercussions sur les relations soignants-soignés (2014)

Résumé :

L'étude de la transition de la douleur aiguë à la douleur chronique est une voie de recherche à développer pour atteindre les processus en jeu. Le trauma est évoqué comme une piste prometteuse tant par la co-occurrence unique entre le TSPT et la douleur chronique mais également par sa place particulière dans les trajectoires de douleur (cf 2.5).

Cependant les études sont très centrées sur TSPT. Or ce syndrome, même s'il est plus facilement identifiable, n'est pas le reflet de l'ensemble des problématiques traumatiques.

D'autant plus qu'en clinique, nous sommes très régulièrement confrontés à des personnes présentant une problématique traumatique très ancienne dont on peut supposer la survenue d'un TSPT simple dans les suites directes mais que compte tenu de la durée, l'expression clinique de cette problématique est différente. Il n'est pas rare de retrouver une cumulation de traumas, par des histoires de vie personnelle, voire somatique, souvent complexe et cumulée (par exemple ce jeune homme de 45 ans ayant eu un accident d'escalade dans l'adolescence qui conserve une atteinte fonctionnelle importante qui a interféré sur sa fonction scolaire et professionnelle associées des douleurs neuropathiques, clairement identifiées pour lequel on détectera par la suite une sclérose en plaques).

Il y a donc un fossé entre les connaissances actuelles sur trauma et douleur et la psychopathologie psychotraumatisme. Pour aller au-delà nous devons au préalable mieux connaître l'état des connaissances sur les processus traumatiques en jeu.

Partie 2 : Problématique : la question de l'évaluation de la traumatisation auprès des personnes présentant des douleur chroniques

Introduction

À partir de la première partie de ce manuscrit, nous avons pu confirmer les liens spécifiques entre les problématiques traumatiques et la douleur chronique. L'impact du psychotraumatisme sur la douleur chronique a une place prépondérante en clinique de la douleur tant par son impact sur l'expérience douloureuse en elle-même que sur son impact négatif sur le soulagement possible et sur les répercussions sur les relations soignants-soignés (Bioy, Defontaine-Catteau ; 2014). La prévalence de psychotraumatisme et douleur chronique co-existant est importante (Brennstuhl et col, 2014 ; Langford et col, 2018). Les répercussions des deux problématiques sont plus importantes en termes d'intensité, de répercussions mais aussi de pronostic d'évolution et de risques de mésusages médicamenteux (Asmundson et Katz, 2008).

Pourtant plusieurs auteurs confirment le peu d'étude clinique sur trauma et douleur, tant sur les dispositifs de soins que dans l'évaluation et la compréhension des liens entre trauma et douleur (Beck, & Clapp, 2011 ; Asmundson, 2014). Par ailleurs, les études sont principalement conduites sur le TSPT. Le constat reste ainsi une difficulté à théoriser ces liens et un manque de données cliniques. Il peut être donc intéressant d'aller au-delà du TSPT et d'étudier la douleur chronique au regard du processus de traumatisation. Cela nous permet ainsi d'aborder une complexité majeure impliquant le corps, la psyché et l'environnement et d'aller vers une meilleure connaissance de la dynamique somato-psychique propre à l'humain. C'est dans ce sens que ce domaine d'étude apporte toute son originalité.

En croisant la clinique du psychotraumatisme par la psychopathologie de la dissociation, nous retrouvons un cadre théorique qui nous semble pertinent pour aborder ces questions. En effet, dans le cadre de la traumatisation, la dissociation a un impact important et pourrait, dans le cadre d'une douleur chronique, être intéressante à explorer. C'est ce qui nous amène à supposer qu'un des fils conducteurs de cette clinique de la douleur chronique pourrait être autour de la dissociation et nécessiterait de poursuivre les études. La douleur nous confronterait à la fois à la dissociation prise dans son sens global mais aussi à sa valeur traumatique ou d'épuisement provoquant une dissociation structurée ou en cours de structuration. Par ailleurs, la question de la dissociation somatoforme, comme expression répétée du traumatisme dans et par le corps (Brennstuhl and al, 2014), est un processus qu'il convient de mieux comprendre, d'identifier, pour favoriser une prise en charge adaptée.

1. Problématique

Parmi les pistes explorées pour mieux comprendre les liens entre douleur et psycho-traumatisme, la place essentielle de la Dissociation est évoquée (Durckworth et col, 2000 ; Bob, 2008 ; Vogel et col, 2019). Par Dissociation, nous entendons l'échec de l'intégration. Devant des émotions extrêmes ou l'épuisement, la synthèse peut ne plus se faire intégralement. On parlera alors de « *rupture de l'unité psychique, c'est-à-dire la désunion de fonctions normalement intégrées que sont la conscience, la mémoire, l'identité ou la perception de l'environnement* » (Kedia, 2009).

Ce phénomène, au centre de la Traumatismation, se retrouve d'une manière prépondérante dans le Trouble de Stress Posttraumatique (Durckwoth et col, 2000 ; Kédia et col, 2012). Or, compte tenu de la prévalence de problématique psychotraumatique auprès de la population douloureuse chronique, nous pouvons légitimement s'attendre à retrouver une proportion plus importante, que dans la population générale, d'expériences dissociatives, ainsi qu'une proportion plus importante de dissociation somatoforme. On retrouve d'ailleurs des travaux qui vont dans ce sens auprès de patientes confrontées à des douleurs pelviennes et dans une nettement moindre mesure, quelques autres pathologies douloureuses (cf Partie 1 / 4.5). L'étude de la Dissociation semble donc pertinente auprès de la population douloureuse chronique et serait intéressante à élargir à l'ensemble de la population douloureuse. Cependant l'évaluation de ce mécanisme soulève de multiples questions, notamment si on veut aller au-delà de sa simple présence ou absence dans les problématiques des patients rencontrés et toucher des modèles explicatifs. Par ailleurs, nous n'avons pas à notre connaissance d'étude de ce type en France.

Ainsi nous nous heurtons rapidement à des difficultés dans l'évaluation de ces processus au sein de la population présentant des douleurs chroniques (cf 3.2). Il est donc nécessaire de passer par une phase préalable par la mise en place d'une étude pilote permettant de vérifier la recevabilité et la faisabilité de la démarche en SDC. C'est l'objet de ce travail en réalisant une démarche observationnelle auprès de la population douloureuse chronique prise en charge à la SDC. Ainsi en s'appuyant sur le bilan psychologique spécifique douleur réalisée depuis de nombreuses années au sein de cette structure (Conradi & Régnier, 2019) nous avons une fenêtre d'observation des processus en jeu qui peut être pertinent.

Notre étude a donc pour objectifs de tester le dispositif du bilan psychologique comme lieu de collecte de données, d'explorer les processus en lien avec la traumatismation, la dissociation et la douleur chronique et de proposer des pistes de travaux futurs dans ce domaine.

De ce fait nous proposons de réaliser une étude qui permettra de définir et tester :

- La faisabilité et recevabilité de la démarche (évaluation dissociation, recevabilité pour les patients, le clinicien et le chercheur)
- Une réflexion permettant d'appréhender l'évaluation de la traumatismation en incluant la prise en compte de la chronologie entre trauma et douleur, la valeur traumatique de la douleur ainsi que l'évaluation de la Dissociation.
- Les liens entre les données « douleur », les données « Défense contre la douleur » et les données de la problématique traumatique et dissociatives pour identifier des pistes d'études futures.

2. Un cadre pour l'évaluation de la traumatismation

Afin d'aborder cette complexité nous allons nous référer à une méthodologie que l'on retrouve dans les Interventions Complexes en partant de la clinique pour proposer des pistes de travail futures pour la recherche (Conradi et col, 2022). De ce fait nous proposons une démarche observationnelle auprès de la population accueillie en Structure Douleur Chronique (SDC), à partir d'un dispositif clinique déjà existant et utilisé depuis de nombreuses années : le bilan psychologique spécifique douleur (Conradi & Régnier, 2019) cf 4.1.

Cependant étudier la traumatismation et la chronicisation de la douleur reste un champ tellement large qu'il est nécessaire de se centrer sur quelques éléments. A cet effet nous avons réalisé une étude critique de la littérature et constater trois éléments fondamentaux :

- La question de la temporalité entre trauma et douleur
- La question de la valeur traumatique de la douleur en elle-même
- La question de la dissociation aussi bien dans la problématique traumatique que dans la problématique de douleur

Il s'agira en fait de se positionner sur le processus de traumatisation en lui-même en le déclinant sur les 3 points précités. Nous utiliserons de fait une méthodologie mixte associant des données qualitatives issues du bilan psychométrique réalisée pendant le bilan psychologique spécifique douleur et des données qualitatives à travers les problématiques des patients rencontrés et la présentation de 8 cas cliniques.

2.1 Chronologie trauma et douleur :

La grande disparité des études et des données repose probablement sur la qualité des études et la nécessité de devoir conduire une évaluation précise des deux problématiques, impliquant une formation spécifique double ou à défaut, plusieurs professionnels. Ainsi de nombreuses études sur le TSPT ne différencient pas ou peu le type de douleur. Fishbain (2017) mettant par exemple les douleurs neuropathiques et la fibromyalgie dans la même catégorie ce qui peut être très surprenant mais assez fréquent auprès des auteurs anglosaxons.

Sur le plan de l'évaluation du trauma, les études précisent rarement le type d'événement ni la temporalité de celui-ci (Asmundson et col, 2002 ; Fishbain, 2017) Aucune des 40 études sélectionnées par la revue de littérature de Fishbain, 2017 ne donne cette précision. On peut pourtant supposer un impact important de cette donnée sur les processus en jeu et aiderait sûrement à avancer dans la réflexion. D'ailleurs à l'issue de cette revue, Fishbain 2017 propose 3 relations temporelles :

- Les patients ayant des antécédents de TSPT développant une douleur chronique,
- Les patients atteints de douleur chronique subissant un événement traumatique et développent un TSPT,
- Les patients subissent un événement qui mène à la fois à une douleur chronique et au TSPT.

Préciser la chronologie temporelle pourrait également inclure la durée entre le moment de l'évaluation et le moment de la survenue du trauma ou de la douleur chronique, permettant de distinguer la durée des phénomènes : en cours de mise en place vs chronique. La définition des délais reste à faire.

Pour illustrer ce propos nous proposons un tableau récapitulatif :

Tableau 13 : les différentes temporalités du trauma et de la douleur		
Lorsque le trauma survient avant l'apparition d'une douleur chronique	La prévalence de psycho-traumatisme dans certaines populations de douleur chronique (telles que les fibromyalgies, les céphalées, etc...) ont amené à supposer un lien (Brennstuhl and al 2014) mais les études longitudinales ne confirment pas suffisamment ce lien. Pourtant dans la clinique, il n'est pas rare d'être confronté à la résurgence d'un traumatisme au décours d'une crise de douleur (où l'imagerie mentale ainsi activée au moment des crises est faite d'image de moments traumatisants de l'enfance ou d'un autre moment) ou dans le cadre de la pratique de technique psycho-corporelle, où le patient va être confronté à	Il serait ainsi possible d'envisager l'hypothèse selon laquelle le psychotraumatisme vient comme agent de fragilisation du psychisme, diminuant la tolérance à la douleur mais également supposant un effet de renforcement de la perception de la douleur en favorisant un état de stress chronique, une hyperréactivité du système nerveux et une série de réactions psycho-traumatiques

	l'émergence d'un trauma ancien non résolu, parfois violemment.	favorisant la perception de la douleur
Lorsque le trauma arrive après une douleur chronique	La douleur elle-même va favoriser l'émergence d'un traumatisme, en regard des événements de vie du présent ou du contemporain. Il n'existe peu ou pas d'étude centré sur le fait que le trauma puisse se réaliser après la survenue d'une douleur ou dans le cadre d'une maladie chronique source de douleur. Cependant cliniquement, cette situation se retrouve avec souvent avec une augmentation de la perception douloureuse (laissant supposée une résurgence de la pathologie) et des difficultés plus marquées sur la gestion de la douleur.	La douleur chronique, comme la maladie chronique, par son effet lassant, répétitif et favorisant un sentiment d'impuissance, peut épuiser les défenses psychiques de l'individu qui devant un événement se retrouvera fragiliser.
Quand douleur et trauma apparaissent dans le même espace temps	Ainsi lorsque que la douleur et le psychotraumatisme sont en lien avec le même événement, dans le même espace-temps (accident de voiture, agression, dans les suites de complications dans le cadre d'opérations chirurgicale, etc...), on peut ainsi se retrouver dans un contexte de TPST, où les conséquences du trauma et les douleurs sont un rappel perpétuel du trauma initial. Ce lien est retrouvé dans les études dans les deux sens (Brennstuhl and al, 2014). Le DSM 5 (2015) rappelle d'ailleurs que « <i>la maladie mortelle ou une affection médicale potentiellement mortelle n'est pas nécessairement à considérer comme un événement traumatique</i> » (id) mais laisse la possibilité que cela soit le cas. En revanche, « <i>les incidents médicaux (se réveiller pendant une intervention chirurgicale, choc anaphylactique)</i> » de par leur caractère soudain peuvent être à l'origine de TPST (DSM-5, 2015 p 324).	Les chances d'évolution positive des deux problématiques sont amoindries en cas de coexistence des deux problématiques. Il est donc nécessaire de favoriser un repérage des deux problématiques le plus précocement dans la prise en charge pour orienter au mieux le patient vers un parcours de soin cohérent, incluant une prise en charge psychothérapeutique du trauma et une prise en charge efficiente de la douleur. La temporalité des prises en charge doit toutefois être discutée.

2.2 La valeur traumatique de la douleur

Inclure une chronologie temporelle entre les événements induit une complexité importante qui complique la démarche du chercheur. Cependant nous pensons qu'il est nécessaire d'y inclure un autre niveau de complexité : la valeur traumatique de la douleur. C'est probablement ce niveau de complexité supplémentaire qui manque dans un grand nombre d'étude. Le plus souvent nous avons des indicateurs sur le trauma ou sur la douleur mais pas sur les deux.

Il s'agit notamment de situations dans lesquelles la douleur vient elle-même, de par son intensité, sa durée, sa répétition, provoquer un trauma (Bioy & Defontaine, 2014).

Dans ce cas de figure, on retrouve le modèle de la peur-évitement de la douleur (Vlaeyen & Crombez, 2009, ; cf partie 1 / 2.2.2) qui suppose que face à une manifestation douloureuse, la perception d'une menace va favoriser l'émergence d'une cascade de réaction qui vont conduire au maintien de la comportement douloureux, du vécu douloureux et renforcer les conséquences

négligées de la douleur. Ce modèle initialement construit dans le cadre des lombalgies est également travaillé dans d'autres situations douloureuses (Conradi & Dubois Masselin, 2018). La confrontation à la douleur provoque une succession de réactions qui peuvent avoir un impact sur la perception douloureuse en elle-même. Il n'est pas rare que la description d'une crise douloureuse par les patients soient parfois éloquentes, se souvenant « comme si c'était hier » et traduisant ainsi l'inscription en mémoire et la reviviscence souvent présente de cette expérience. On retrouve aussi un certain nombre de patients qui développent une peur phobique de revivre des douleurs identiques, même si la probabilité est faible. Ce modèle était d'ailleurs évoqué dans les pistes de compréhension de la relation en TSPT-Douleur par (Otis et col, 2003 ; cf partie 1 / 5.1). Les travaux sur la douleur de l'accouchement sont par exemple assez éclairants. Nous nous retrouvons dans une situation in-vivo d'exposition à la douleur qui peut être à l'origine de TSPT et de douleurs importantes au moment de l'accouchement mais également dans les suites. On retrouve notamment un impact important de l'intensité de la douleur perçue au moment de l'accouchement sur la détresse en post-natale (en dehors de complication liée à l'accouchement) (Boudou et col, 2007 ; Séjourné et col, 2018).

Il n'est pas rare non plus de retrouver des amnésies (par exemple, d'une séance à une autre pour un même patient) et des difficultés d'ancrage dans le temps, les amenant parfois à perdre contact avec ces éléments habituellement intégrés. Cliniquement, on retrouve une pensée figée, centrée sur le corps, et l'épuisement possible face à la douleur (dont l'émergence d'un vécu catastrophique face à la douleur) (Defontaine-Catteau & Bioy, 2014 ; Barfety-Servignat, 2019 ; Conradi & Régner, 2019 ; Bioy 2020).

Ainsi dans le cadre de la douleur chronique, on pourrait faire la supposition de l'émergence d'un fonctionnement psychique spécifique, parfois préexistant à la survenue de la douleur, parfois réactionnelle à celle-ci, parfois apparaissant en cours de la confrontation répétée à la douleur. Ce fonctionnement psychique spécifique s'observe cliniquement par une centration de la psyché sur la douleur (ou sa disparition), un fonctionnement souvent répétitif avec des entretiens cliniques dans la répétition, avec peu de capacités d'élaboration : comme « *reprenant sans cesse le fil du discours de leur douleur... alors qu'on aimerait les entendre sur d'autres sujets* » (Barfety-Servignat, 2019) ou retrouvant la « *lassitude, l'épuisement et l'appauvrissement expressifs fréquents de la plainte de ces patients* » (Defontaine-Catteau, 1990, p 83). C'est comme si la dynamique psychique était alors bloquée, par moment supposée éteinte voire mortifère (amenant une idéation sur l'arrêt de la vie, puisqu'elle ne peut qu'être vécue sans douleur). Ce blocage psychique semble être la conséquence d'une sphère émotionnelle cadenassée, tant la résurgence de cette dimension pourrait avoir un impact délétère sur la perception douloureuse. On pourrait supposer un échec des capacités intégratives face à la perception de la douleur, dans une perspective janettienne : le sujet ne serait plus en capacité de réaliser la synthèse des différents systèmes qui le constituent. La synthèse est alors entendue comme « *une activité créatrice de l'esprit* » (Kédia et col, 2012 - p7). Ainsi « *pour agir ou prendre conscience de soi et de son environnement, l'individu associe des informations sensorielles, des idées, des souvenirs, des émotions. C'est l'ensemble de ces synthèses qui donne un sentiment d'unité, de personnalité et de cohérence au monde* » (Kédia et col, 2012 - p36). Ainsi au lieu d'une synthèse globale, nous pourrions supposer que le psychisme face à la douleur chronique ne réaliserait que des synthèses partielles, ce que Kédia décrit également comme « *des champs de conscience rétrécis car divisés* ». On parlera alors d'état de consciences dissociées, qui peut aller de la simple idée fixe (une pensée ou encore une image associée à des ressentis physiques, des postures ou des mouvements) jusqu'au trouble de personnalité multiples. (Kédia et col, 2012 - p38).

Par ailleurs, on peut noter que la valeur traumatique de la douleur est en cours d'études dans les pays anglosaxons. En effet, les travaux de Katz et Kleiman, sur les douleurs post-opératoires (chirurgie

majeure, induisant une probabilité de douleurs nécessitant un traitement par opioïdes et programmée) ont permis de questionner ces liens entre vécu traumatique de la douleur et la chronicisation de celle-ci. Il s'agira notamment de postuler l'existence « *d'une peur fondamentale sous-jacente* » (Kleiman et col, 2011, p175) qui correspondrait à « *une peur de la douleur ou des sensations somatiques* » (id). Ainsi la douleur serait un agent traumatisant en lui-même, sur des éléments différents du stress post-traumatique avec le développement d'un facteur spécifique composé de réactions somatiques, cognitives, émotionnelles et comportementale liées à la douleur et à l'anxiété. Ce facteur serait un facteur de vulnérabilité et un facteur de maintien favorisant la transition vers la chronicisation de la douleur. Deux études ont été relevées jusque-là et un questionnaire a été réalisé à cet effet pour mesurer la valeur traumatique de la douleur. A notre connaissance ce questionnaire n'a pas été traduit ni validé auprès de la population française. Par ailleurs son utilisation auprès d'une population douloureuse chronique est à confirmer.

2.3 Dissociation et Douleur :

Au regard des différentes théories de la dissociation présentées (cf partie 1 / 4.) nous supposons que le niveau de structuration de dissociation, i.e le niveau de structuration de la traumatisation, sera un des indicateurs importants à inclure dans les études et permettrait d'avoir des connaissances beaucoup plus ciblées sur les liens entre trauma et douleur. En effet le constat que du manque d'homogénéité dans la définition des problématiques traumatiques ainsi que sur la centration que sur quelques paramètres en lien avec le trauma nous permet de soutenir l'idée que ce cette piste de travail pourrait permettre d'améliorer nos connaissances sur le sujet.

L'enjeu se retrouve donc dans l'évaluation de cette structuration.

3. Discussion méthodologique

Nous avons choisi une méthodologie mixte pour cette étude observationnelle permettant de nous approcher au plus près de la clinique et d'accéder à une réflexion à partir de situations cliniques détaillées.

Ce type de recherche peut être définie comme une « recherche au cours de laquelle les investigateurs colligent et analysent les données, intègrent les informations et proposent des inférences en s'appuyant à la fois, sur les approches quantitatives et qualitatives » (McCrudden, 2019 cité par Castro, 2020). Ce type de méthodologie est indiquée pour l'étude de la complexité et s'organise autour du processus d'intégration favorisant ainsi un rapprochement recherche/pratique.

Compte tenu de la complexité des phénomènes étudiés et du manque d'études sur le sujet, nous choisissons de recourir à ce type de méthodologie.

3.1 Méthodologie quantitative

Sur le plan psychométrique, il n'existe pas à notre connaissance d'échelle d'évaluation ou de modalités d'évaluation de la traumatisation. L'évaluation porte en général sur la problématique traumatique et/ou les troubles dissociatifs que l'on peut observer. De ce fait nous avons décidé d'intégrer cette double évaluation en parallèle de l'évaluation de la douleur.

3.1.1 Présentation des outils d'évaluation des problématiques traumatiques

Dans l'attente de la publication des travaux de l'HAS³⁵ sur cette question, nous avons réalisé une revue de la littérature sur l'évaluation du trauma auprès de la population française. Celle-ci est résumée dans le tableau en annexe 3. Aucun consensus n'apparaît.

En tout cas, nous sommes bien évidemment au-delà de la simple présence d'événements traumatiques pour définir une problématique traumatique. C'est bien là toute la difficulté (si on se place du point de vue du chercheur mais aussi la richesse si on se place du côté du clinicien). Le caractère éminemment subjectif nous implique de prendre en compte ces éléments.

Par ailleurs, l'évaluation des problématiques traumatiques nécessite d'être vigilant aux signes en lien avec une problématique traumatique tant sur le plan psychique que sur le plan somatique (aux vues de la place particulière du corps dans le trauma - cf partie 1 /3.2).

Enfin vérifier si d'autres explications peuvent être présentes, comme toute démarche de diagnostic différentiel, est aussi essentiel (d'où l'évaluation d'autres paramètres notamment sur le plan psychopathologique).

L'évaluation du TSPT-C aurait pu être envisagée, d'autant plus que l'échelle ITQ « International Trauma Questionnaire » est en cours de validation auprès de la population française, mais la définition assez tardive par rapport à notre travail ainsi que la longueur du questionnaire nous semblait délicat. Cela pourrait toutefois être envisagé dans la suite des travaux.

3.1.2 Présentation des outils d'évaluation de la dissociation

Afin de répondre à la question de l'évaluation de la Dissociation, nous avons tout d'abord commencé par une revue de la littérature sur les différents outils d'évaluation existant. On peut noter 2 types d'outils :

- Les échelles psychométriques
- Les entretiens diagnostiques

Là aussi, nous avons été confrontés aux difficultés de la validation auprès de la population française. En effet plusieurs de ces outils n'ont pas donné lieu à une démarche en France. Pour ce faire, nous vous distinguerons la psychométrie présentée dans la paragraphe suivant (+ annexe 4) et les entretiens diagnostiques (présentés plus loin, voir tableau 14).

La question de l'évaluation de la dissociation n'a actuellement pas de consensus. Ces outils ont souvent été créés pour l'évaluation des troubles dissociatifs et favoriser l'amélioration de l'identification de cette problématique. La diffusion de ces outils encore peu connus est largement plébiscitée dans la littérature.

Psychométrie de la dissociation :

Notre revue de littérature nous a permis d'identifier 8 questionnaires qui ont été utilisés dans l'objectif d'évaluer la dissociation. Le plus ancien est de 1986 par Putman ; le plus récent date de 2019 (DCI). La plupart des outils sont développés par des équipes anglo-saxonnes et de fait l'application auprès de la

³⁵ Note de cadrage RECOMMANDATION DE BONNE PRATIQUE - Mis en ligne le 06 nov. 2020 - https://www.has-sante.fr/jcms/p_3215922/fr/evaluation-et-prise-en-charge-des-syndromes-psychotraumatiques-enfants-et-adultes-note-de-cadrage

population française n'est possible qu'après une démarche de traduction et de vérification statistiques spécifique.

Actuellement à notre connaissance seuls la DIS-Q (Mihaescu et col, 1998), la DES (avec même deux traductions Darves Borno en 1999 et Laroi en 2013) et la SDQ-20 (El Hage en 2002) ont donné lieu à ce travail de traduction et validation auprès de la population francophone (voir annexe 4).

Pour une population française nous disposons donc :

- DIS-Q est composée de 64 items, explorant 4 facteurs : Confusion d'identité et fragmentation (25 items) / Perte de contrôle (18 items) / Amnésie (14 items) / Absorption (6 items)
- DES est composée de 28 items dans les deux versions. Elle présente différentes situations ou expériences que l'on peut être amenés à vivre et pour lesquels nous demandons au patient de définir soit un pourcentage (0 à 100% de jamais à tout le temps pour la version de Darves Borno) soit une échelle en 11 points (entre beaucoup moins que les autres à beaucoup plus que les autres pour la version de Laroi). Dans la version de Darves Borno, 3 facteurs sont explorés : Dépersonnalisation-Déréalisation (11 items) - fragmentation par amnésie de l'identité + amnésie dissociative ou fragment identitaire amnésique (11 items) - absorption et implication imaginaire (6 items). Dans la version de Laroi, il s'agirait d'explorer des épisodes de dissociation liés au « pilote automatique », associé à différents types d'échecs cognitifs (mémoire, attention) et des épisodes de dissociation « défensifs » (amnésie dissociative et/ou dépersonnalisation en 8 items et la déréalisation en 8 items).
- SDQ-20 est composée de 20 items et est utilisée pour explorer la Dissociation Somatoforme, en vue notamment de favoriser une meilleure identification des troubles dissociatifs. Trois dimensions seraient évaluées : négligence sensorielle, réactions subjectives à des distorsions perceptives, troubles de la modulation de la vigilance.

Entretien diagnostique :

Les entretiens à visée diagnostique sont les outils les plus développés et permettent une évaluation qualitative plus proche de la problématique du patient. Ils sont fondamentaux notamment dans la définition du projet thérapeutique (Steele et col, 2018). Ils ont également été créés pour l'évaluation des troubles dissociatifs.

Plusieurs entretiens diagnostiques ont été travaillés, souvent en lien avec la classification de référence. On peut noter que comme pour la psychométrie, la traduction et validation en langue française auprès de la population française reste souvent anecdotique.

Notre revue de la littérature nous a amené à proposer un résumé dans le tableau 14.

Nous pouvons noter le travail réalisé par Olivier Piedford et collaborateurs sur la traduction et validation récente du SCID-D ce qui est arrivé à son aboutissement en 2022 (Piedfort-Marin et col, 2022). Nous n'avons donc pas pu intégrer cette piste dans le protocole proposé au moment de la création de celui-ci.

On peut noter que l'attention portée aux symptômes corporels est peu fréquente. On retrouve des éléments autour de la somatisation dans le TADS'I mais pas dans les autres. La conversion est de fait peu étudiée.

Par ailleurs on peut noter que l'évaluation qualitative implique un temps nécessaire à la réalisation de ces entretiens, entre 45 min à 3h00. C'est un élément important à prendre en compte pour notre étude

aux vues des moyens alloués. Par ailleurs leur objectif est clairement l'évaluation des troubles dissociatifs et sont, de fait, moins indiqués dans l'évaluation de la dissociation d'une manière générale.

Tableau 14 : les différents entretiens diagnostiques des troubles dissociatifs

Nom de l'outil	Auteur initial	Auteur version française	Composition	Manuel	Temps de passation estimé	
Interview pour troubles dissociatifs et symptômes liés au trauma ITDST	Boon, Draijer, Matthee, 2007	Traduction par les auteurs	5 parties : données générales, plaintes physiques, symptômes liés au possible trauma, symptômes psychoformes dissociatifs, évaluation et cotation	110 pages	3h	
Structured Clinical Interview for DSM IV Dissociative Disorders Revised SCID-D	Steinberg, Whashington, 1994 ; M Steinberg, P Hall ; The SCID-D Diagnostic Interview and Treatment Planning in Dissociative Disorders Bull Menninger Clin, 61 (1), 108-20 Winter 1997	Piedfort-Marin, O., Tarquinio, C., Steinberg, M., Azarmsa, S., Cuttelod, T., Piot, M.-E., Wisler, D., Zimmermann, E., & Nater, J. (2022). Reliability and validity study of the French-language version of the SCID-D semi-structured clinical interview for diagnosing DSM-5 and ICD-11 dissociative disorders. <i>Annales Médico-Psychologiques, Revue Psychiatrique</i> , 180(6), S1-S9. https://doi.org/10.1016/j.amp.2020.12.012	9 parties : anamnèse psychiatrique, amnésie, dépersonnalisation, déréalisation, confusion identité, altération identité, caractéristiques associées aux perturbations de l'identité, sections complémentaires sur la confusion et altération identité, Indices de dissociation pendant l'entretien, fréquence		3 à 4h	
THE DISSOCIATIVE DISORDERS INTERVIEW SCHEDULE - DSM-5 VERSION DDIS	Colin A. Ross, MS., FRCPC Sharon Heber, M.D. G. Ron Norton, Ph.D. Donna Anderson, M.D., FRCPC Geri Anderson, R.P.N. Paul Barchet, M.D. (2006) The Dissociative Disorders Interview Schedule, <i>American Journal of Psychiatry</i> , 147(12), pp. 1698-b–1699. https://doi.org/10.1176/ajp.147.12.1698-b		3 parties et 16 dimensions évaluées / désordre somatique, du désordre limite de personnalité et du désordre dépressif principal, aussi bien que tous les désordres dissociatifs + des symptômes positifs de la schizophrénie, des caractéristiques secondaires de TDI, des expériences extrasensorielles, de l'abus de substances et d'autres éléments pertinents aux troubles dissociatifs		30 à 45 min	Créer pour la recherche
Structured Interview for Disorder of Extreme Stress (DESNOS) - SIDES Interview Structuré pour l'État de stress extrême non spécifié ESENS (ou Etat de stress post-traumatique complexe) SIDES	Pelcovitz D, van der Kolk B, Roth S, Mandel F, Kaplan S, Resick P ; Development of a criteria set and a structured interview for disorders of extreme stress (SIDES).; <i>J Trauma Stress</i> . 1997 Jan; 10(1):3-16.	Traduction : Manoelle Hopchet et Olivier Piedfort-Marin	6 parties évaluées : perturbation de la régulation des émotions et des impulsions, perturbation de la perception ou de la conscience, troubles de la perception de soi, altération des relations interpersonnelles, somatisation, altérations dans la perception de la vie.	8 pages		
Trauma and dissociation symptoms interview TADS-I	(en cours de validation) Suzette Boon et Helga Matthee		Attention portée à plusieurs dimensions dont les somatisations			Version actualisée de l'ITDST

3.1.3 Discussion sur les outils et choix des outils

Nous venons de voir qu'il y a peu d'outils validés auprès de la population française. Le choix des outils s'en trouve limité. Par ailleurs, les critères principaux retenus dans nos choix se sont portés sur le côté pratique des échelles (en évitant de rajouter trop d'items sur un bilan déjà conséquent) ainsi que leur pertinence en termes de contenus mesurés.

D'emblée les entretiens diagnostiques, étant donné le temps nécessaire à leur réalisation, ont été exclus, malgré la pertinence de leur utilisation. Nous avons toutefois été attentif à évaluer dans l'entretien clinique certaines dimensions retrouvées dans la TADS'I : sommeil, antécédents somatiques, symptômes psychoforme dissociatif, addiction, troubles de l'humeur...

Concernant le trauma, nous choisissons d'utiliser la PCL-S par son côté pratique mais également par l'aménagement que nous proposons au sein du bilan : c'est-à-dire que l'échelle est présentée avec la

consigne suivante : « *voici un questionnaire sur les événements de vie stressants auxquels vous avez été confrontés. Il peut y avoir autant de questionnaires que d'événements que vous souhaitez décrire. Chaque événement donne lieu à un 1 questionnaire* ». Il s'ensuit la présentation de la consigne du questionnaire en lui-même. Nous avons choisi cette modalité-là plutôt que la présentation de listes d'événements de vie traumatique (comme la liste d'événements de vie comme dans la CAPS ou la TEC Traumatic Experiences Checklist) afin de limiter la confrontation directe avec la problématique traumatique. La demande initiale des patients consultants dans le cadre de la consultation douleur ne porte pas explicitement sur le trauma.

Sur le plan psychométrique, la DES comprend trois facteurs : dépersonnalisation/déréalisation (détachement), amnésie (un exemple de compartimentation) et absorption. (Holmes et col, 2005) Ce dernier serait considéré comme un processus commun qui n'est généralement pas lié à la psychopathologie (Holmes et col, 2005) (bien que certaines preuves d'une association entre l'absorption et les symptômes psychotiques contredisent ce point de vue ; Allen, Coyne, & Console, 1997). De plus la DES est à étudier selon son score global mais aussi en fonction des sous facteurs. Ainsi une personne ne peut éprouver qu'un ou deux éléments relatifs par exemple à la dépersonnalisation chronique et obtenir un score relativement faible sur l'échelle (Holmes et col, 2005 ; Brown 2006). Ces éléments sont peu retrouvés dans les autres échelles. Celle-ci est par ailleurs largement utilisée dans la littérature même si elle ne fait pas consensus.

Cependant, la DES n'inclut pas les symptômes de conversion, ce qui signifie que les études utilisant la DES manquent d'exemples importants de compartimentation. Par ailleurs, les patients présentant des problématiques somatoformes obtiennent rarement un score élevé sur des mesures de dissociation par la DES, vu qu'il n'y pas d'items relatifs à une maladie inexplicée (Holmes et col, 2005). Or au vu de la place du corps et de la question de l'évaluation de la dissociation somatoforme, nous proposons d'utiliser SDQ-20 et de l'associer avec la DES afin d'inclure plusieurs facettes du processus dissociatif.

La question sera de vérifier leur recevabilité auprès de la population des personnes présentant des douleur chronique.

3.2 Méthodes qualitatives

De nombreuses méthodologies qualitatives existent et « [s'attachent] à expliquer un phénomène, à lui donner une signification voire un sens. Les résultats sont exprimés en mots (analyse à la suite d'entretiens, observations cliniques...) » (Bioy et col, 2021). Nous considérons que leur apport permettra d'explorer les liens entre la traumatisation et la douleur.

Ainsi nous avons choisi de nous appuyer sur la méthodologie des cas cliniques (Barfety-Servignat, 2021) à travers les données récoltées lors du bilan psychologique spécifique douleur. Nous présenterons ainsi les situations cliniques détaillées qui nous permettront d'explorer la complexité des situations et des interactions entre les différents composants.

Enfin nous proposons de rajouter une donnée supplémentaire par la réalisation (que l'on pourrait plutôt appeler co-construction) d'une frise historique reprenant les événements et éléments qui sont saillant pour le patient et qui permettent d'expliquer la situation actuelle. Cette donnée imminemment qualitative permettra de compléter et illustrer les interactions que nous supposons entre traumatisation et douleur chronique.

4. Etude observationnelle CHRO-PAIN-DISS

Nous choisissons donc de mener notre réflexion dans une recherche intitulée CHROPAINDISS pour « CHRONIC-PAIN-DISSOCIATION ». Nous proposons donc une étude observationnelle auprès des patients pris en charge en Structures douleur chronique (SDC) qui permettra une exploration des phénomènes dissociatifs, la douleur et des principales dimensions psychologiques en douleur chronique que sont les pensées catastrophiques liées à la douleur et la kinésiophobie (Sullivan et col, 2001 ; Conradi & Masselin-Dubois, 2019). Cette démarche s'inclut dans le bilan psychologique spécifique douleur (Conradi & Régnier, 2019) habituellement proposé auprès des patients orientés par les médecins ou l'infirmière de la structure vers le psychologue. Ce bilan psychologique spécifique douleur est réalisé depuis presque 10 ans au sein de la SDC du CHRU de Nancy. A partir d'entretiens cliniques associant une évaluation psychométrique de différentes dimensions en jeu dans la problématique des patients rencontrés, le psychologue propose un projet thérapeutique adapté et personnalisé, complémentaire au projet thérapeutique proposé initialement par le médecin de l'équipe.

Nous souhaitons démontrer la pertinence d'une méthodologie de recherche mixte associant une démarche qualitative et quantitative, en s'appuyant sur ce bilan psychologique, comme lieu d'apport de données qualitatives et quantitatives permettant une analyse psychopathologique plus fine que la simple utilisation d'outils psychométriques. La réflexion ira au-delà de l'absence ou la présence de ces phénomènes, en incluant l'impact de l'étiologie de la douleur, sa durée, son intensité ou ses répercussions dans une lecture psychopathologique sur cette liaison supposée entre Douleur et Dissociation.

L'objectif de cette étude est de tenter de conceptualiser l'évaluation de la Dissociation auprès d'une population douloureuse chronique adulte et de définir des modalités qui permettront dans un second temps d'ouvrir sur des études pertinentes et adaptées de cette problématique ; l'objectif final étant de développer l'évaluation pour qu'elle permette de mieux orienter les patients vers les prises en charge pertinentes.

La population ciblée est tous les nouveaux patients pris en charge par la psychologue de la SDC entre juin et novembre 2021 (collecte des données réalisée jusqu'en février 2022).

4.1 Evaluation psychologique auprès de la population présentant des douleurs chroniques³⁶

Ainsi cette démarche est présente dans le cadre de mon exercice professionnel et pratique, d'une manière très régulière depuis maintenant 10 ans. Le bilan a toutefois évolué en fonction des besoins et des pistes de travail. En effet il est composé de minimum 3 rencontres permettant à l'issue de celles-ci de pouvoir mieux identifier la problématique du patient, la place de la douleur dans l'économie psychique ainsi que les ressources et les facteurs de fragilisation que l'on peut retrouver. Ce bilan se compose à la fois de plusieurs entretiens cliniques et le plus souvent d'une psychométrie. Cette dernière est réalisée pour une partie à domicile et une partie en séance (notamment pour la partie psychopathologie compte tenu de la nature des questions abordées et de la richesse qui ressort des échanges possibles à travers ce type de support). Enfin le dernier entretien est toujours associé à un

³⁶ Partie reprenant largement ce qui a été publié dans Conradi, S., & Régnier, M. (2019). De la question de l'évaluation psychologique et de la psychométrie en douleur chronique. *Pratiques Psychologiques*. <https://doi.org/10.1016/j.prps.2018.02.002> et dans chapitre 4 Evaluation psychologique et psychopathologique en clinique de la douleur par Véronique Berfety-Servignat, Stéphanie Catsaros Labalette, Séverine conradi, Marie Claude Defontaine Catteau, Anne Masselin Dubois, Raphaël Minjard P 59-93 dans Barfety-Servignat, V., Conradi, S., & Masselin-Dubois, A. (2020). Le psychologue en clinique de la douleur (In press).

retour sur l'évaluation soit à travers l'entretien soit à travers et/ou avec la psychométrie permettant aux patients de pouvoir cheminer et intégrer les différents éléments. A l'issue de ces rencontres, il est formulé un projet thérapeutique complémentaire à l'approche déjà initialement proposée par les autres membres de l'équipe. Il y a une trace écrite transmise au patient par l'intermédiaire d'un compte-rendu psychologique qui sera archivé dans le dossier.

On retrouve dans la réalisation de ce bilan, une fonction à la fois de soutien et de relance de la dynamique psychique qui souvent est parasité et/ou figé par la persistance de la douleur (cf partie 1 / 1.6.2.1), et de ce fait aborde une fonction thérapeutique intéressante. Ce bilan permet d'accéder à une meilleure compréhension de la situation tant du côté du patient que du côté des équipes. Enfin ce bilan peut être une source de données intéressantes pour alimenter la recherche.

L'évaluation psychologique est une étape incontournable dans le cadre de la pratique en Structure Douleur Chronique (SDC). Elle est un des ingrédients de la réalisation de la pluriprofessionnalité, élément fondateur du cahier des charges des SDC (DGOS, 2016). Elle est réalisée par le psychologue ou le psychiatre de la SDC à la demande du médecin référent du patient, d'un membre de l'équipe ou par le patient lui-même.

Par bilan psychologique, nous entendons tout ce qui permet de réaliser un examen psychologique au sens d'une modalité d'exploration de l'état mental et du fonctionnement psychique du sujet par l'intermédiaire d'outils spécifiques (Castro, 2016).

En douleur chronique, ce bilan psychologique est vivement recommandé dans les situations suivantes : (Aubrun et col, 2019 – p 181)

- Situations de traumatismes, troubles thymiques, antécédents psychopathologiques et/ou prise en charge psychologique
- Mise en place des traitements médicaux spécifiques selon les recommandations de la HAS (par exemple dans la stimulation médullaire)
- Situation d'échappement ou d'échec thérapeutique itératifs
- Demande du patient
- Décision du psychologue partagé avec l'équipe de la SDC lors des réunions de synthèses clinique.

Plusieurs consultations sont parfois nécessaires avant de finaliser ce bilan. Il se base sur une relation inscrite dans une alliance thérapeutique au sein d'un parcours de soins. Il ouvre sur une adaptation du projet thérapeutique et favorise la compréhension de la problématique, pour le patient et l'équipe. Ce bilan psychologique est complémentaire aux autres évaluations effectuées par les différents membres de l'équipe et donne lieu à un compte rendu écrit et une discussion si nécessaire en staff ou Réunion de Concertation Pluridisciplinaire (RCP). Plusieurs conséquences de bilan ont pu être perçues dans la pratique clinique (figure 34). Cependant, au-delà de la mise en perspective de la problématique à laquelle est confronté le patient présentant une douleur chronique, on retrouve une fonction thérapeutique du bilan psychologique par la mise en mots, la relance de la dynamique psychique et la possibilité de réinvestir un espace de parole spécifique. Cette valeur thérapeutique se retrouve dans un grand nombre de bilan psychologique (Castro, 2009 ; Guillemont, 2003) mais prend tout son sens dans l'élaboration des problématiques complexes, auxquels les SDC sont confrontés.

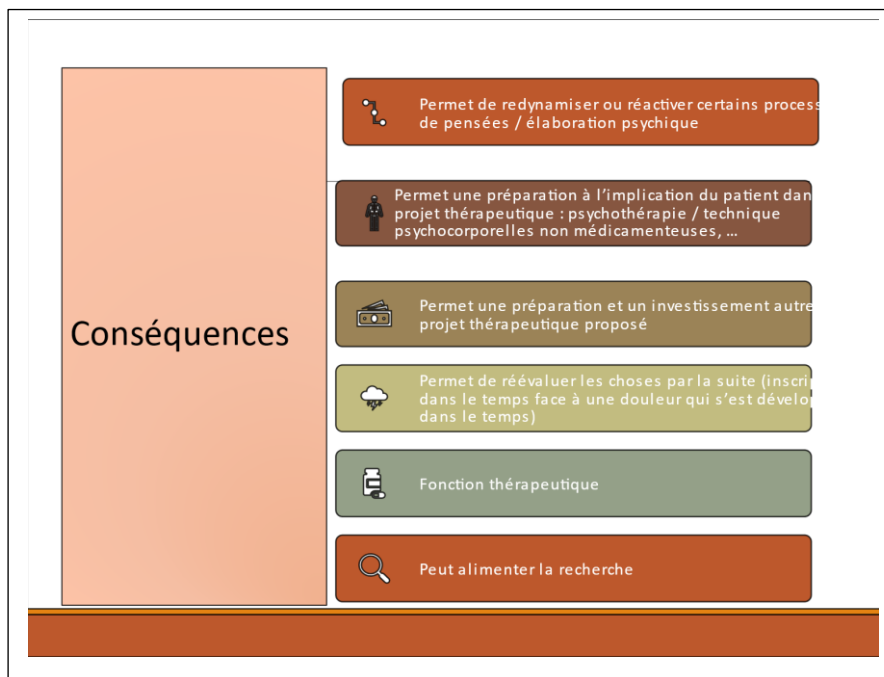


Figure 35 : Conséquences du bilan psychologique spécifique douleur

Cadre général

Le bilan psychologique est de la responsabilité du psychologue qui le réalise. Il en découle une autonomie dans le choix des outils mais aussi une garantie que la démarche effectuée respecte les principes de base de l'exercice professionnel du psychologue (déontologie, réglementation, etc...).

Par ailleurs, en SDC, il s'inscrit dans une démarche d'évaluation pluriprofessionnelle et s'articule autour d'un axe triple (SFETD, 2013) :

- L'évaluation psychologique de la douleur,
- L'analyse psychopathologique du patient ainsi que celle des conséquences psychologiques de la douleur ou des facultés d'adaptation à la douleur
- Des possibilités d'acceptation d'une thérapeutique antalgique spécifique.

Concrètement à la SDC du CHRU de Nancy, il est composé de 3 entretiens (figure 36). Le nombre est modulé en fonction de la disponibilité du patient et de la problématique.

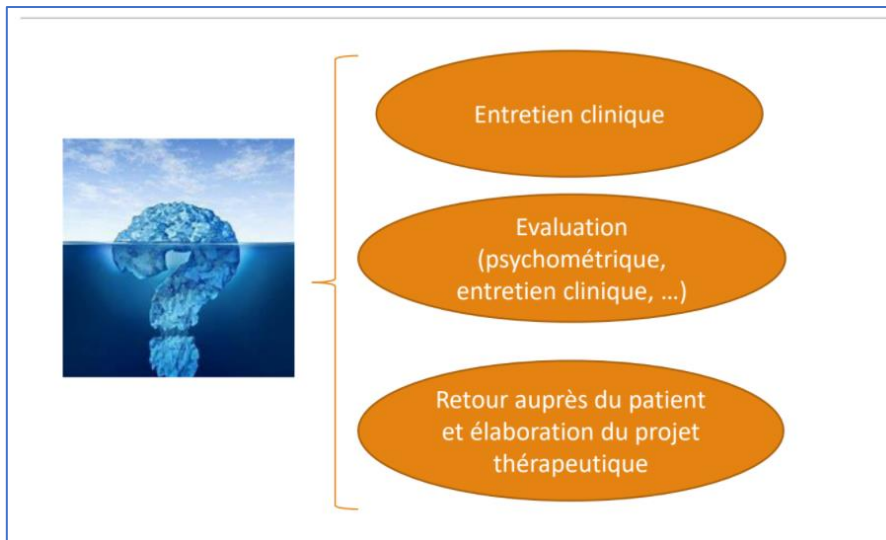


Figure 36 : Composition du bilan psychologique spécifique douleur

Entretiens cliniques

L'entretien clinique est à la base de l'activité du psychologue. Il est peut-être mené de différentes manières et nécessite une adaptation en fonction de capacités de verbalisation, d'élaboration et de présentation du patient.

Dans le cadre de la douleur chronique, nous allons, précocement dans l'entretien, nous attacher aux éléments suivants : (Barfety-Servignat et col, 2020 - p59 ou Minjard & Barfety-Servignat, 2019)

- *Anamnèse* familiale, anamnèse personnelle
- *Anamnèse* personnelle
- *Contexte actuel* : le/s symptôme(s), la gestion du/des symptôme(s), la vie actuelle, les pairs et relations sexuelles/amoureuses, famille, habitudes de vie, symptômes psychologiques.
- *Clinique de la douleur* : description clinique des douleurs, facteurs déclenchant de la douleur, antécédents du patient (place de la douleur dans l'histoire du patient), antécédents familiaux (place de la douleur dans l'histoire familiale), Fonction de la douleur dans l'économie psychique du patient, environnement socio-professionnel (activité professionnelle, procédures en cours ...), parcours du patient, autres symptômes associés (trouble du sommeil), rapport au travail
- *Clinique psychologique et psychopathologique* : évaluation de la personnalité, évaluation thymique, antécédents psychopathologiques
- *Vécu corporel* : vécu de la douleur, vécu des précédentes prises en charge (TENS et surstimulation), vécu du soulagement

Evidemment le psychologue sera également attentif à tout ce qui se joue dans l'intersubjectivité, tant sur le plan verbal que non verbal ainsi que les mécanismes psychiques qui peuvent être identifiés. Le psychologue proposera initialement un espace de parole libre, où il est possible d'aborder tous les sujets mais où le patient n'est pas obligé de tout dire, de suite (d'ailleurs parfois jamais). L'espace de parole ainsi proposé est confidentiel (même si un travail de collaboration est effectif auprès de l'équipe).

Pour l'évaluation de la composante douleur, il peut être pertinent de s'appuyer sur ce qui a déjà été rempli par le patient à travers le questionnaire d'accueil douleur que le patient rempli avant la

première rencontre avec le médecin (cf annexe 8). Si le délai entre cette première rencontre et la rencontre avec le psychologue est au-delà de 6 mois, il peut être pertinent que le patient remplisse à nouveau ce questionnaire. Si cela est le cas, il sera intégré au dossier patient informatisé.

Pour l'évaluation de différents éléments spécifiques et en fonction de l'orientation théorique du psychologue, il est possible de s'aider de différentes grilles de lectures : (Barfety-Servignat et col, 2020 – p 60 à 69) la grille d'analyse psycho-pathologique (Grille PsyDol), la grille d'analyse fonctionnelle dans l'approche cognitive et comportementale (dont la grille construite à partir de l'analyse fonctionnelle présentée par Ophoven id - p 67), la grille d'analyse humaniste et existentielle.

Passation psychométrique

L'évaluation psychométrique est une des étapes du bilan psychologique spécifique douleur réalisée sur le CHRU de Nancy. Parfois cette évaluation ne sera pas réalisée afin de laisser l'espace de parole pour favoriser la construction de l'alliance thérapeutique ou l'élaboration par l'entretien clinique. L'adaptation du bilan psychologique spécifique douleur est nécessaire en clinique pour respecter le rythme et/ou la problématique des patients rencontrés. L'évaluation psychométrique comme la plupart des outils utilisés par le psychologue ont une visée de médiation pour favoriser l'élaboration et la verbalisation des phénomènes psychiques en jeu dans la problématique du patient. Parfois l'entretien clinique suffit à lui-même pour mettre en évidence ces éléments. L'abord psychométrique assure surtout une certaine quantification.

Cette phase de passation se fait par le recours à des auto-questionnaires dont une partie est remplie au domicile et une autre en présence du psychologue (cf Tableau 15). Dans le cadre de l'étude CHRO-PAIN-DISS nous avons gardé cette démarche.

Cette passation se réalise en générale sur 45 minutes. Elle donne lieu ensuite à une cotation et une présentation des résultats sous la forme d'un profil (figure 37) afin de confronter aux autres données obtenues dans le dossier et dans les entretiens cliniques.

Dans la pratique clinique, nous adaptons régulièrement la passation psychométrique en fonction des problématiques rencontrées. Pour les besoins de l'étude nous avons fixé les échelles utilisées à celles nécessaires à l'étude : nous avons ainsi utilisé les échelles habituellement utilisées dans le bilan et nous avons intégré les 2 échelles d'évaluation de la dissociation.

Nous obtenons un profil psychométrique que nous présentons sous la forme du schéma suivant (figure 37).

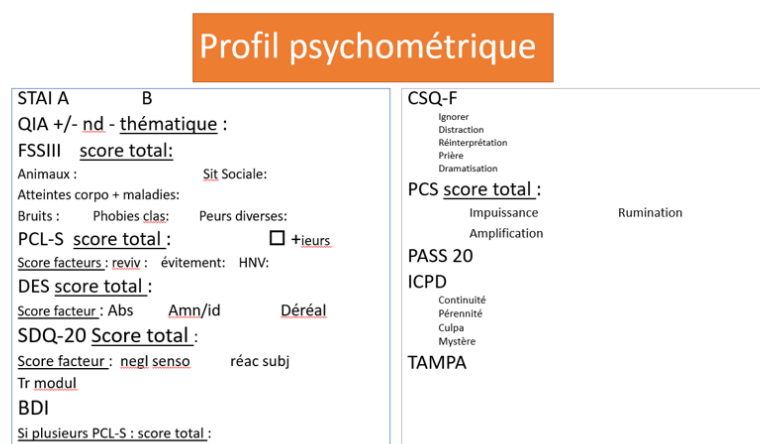


Figure 37 Profil psychométrique

Dernier entretien et finalisation du bilan

Ce dernier entretien, en général le 3e du bilan, consiste à faire un retour de la psychométrie réalisée par le patient et de confirmer l'adéquation ou non des résultats avec les données issues des entretiens cliniques ainsi que les données sur la douleur et enfin le point de vue du patient par rapport à ces éléments. Nous complétons également l'évaluation avec les éléments nécessaires si besoin.

Ce dernier entretien est également le moment d'aboutir à la formulation d'un projet thérapeutique complémentaire à celui proposé par le médecin. Enfin un compte rendu est réalisé et transmis aux patients et intégrés dans le dossier informatisé. Dans le cadre de CHRO-PAIN-DISS, nous avons rajouté la réalisation d'une frise reprenant l'histoire du patient.

4.2 Design de l'étude

Nous avons donc choisi d'intégrer tous les nouveaux patients orientés vers le psychologue de la SDC pour un bilan psychologique spécifique douleur dans l'étude après accord verbal du patient.

N'étaient pas inclus dans l'étude, les patients orientés pour un parcours d'implantation médullaire au moment de la rencontre, ceux présentant une situation cognitive ou physique incompatible avec l'étude (polyhandicap, altération motrice ou altération cognitive empêchant la passation psychométrie) ainsi que ceux qui ont arrêtés le bilan en cours de prise en charge.

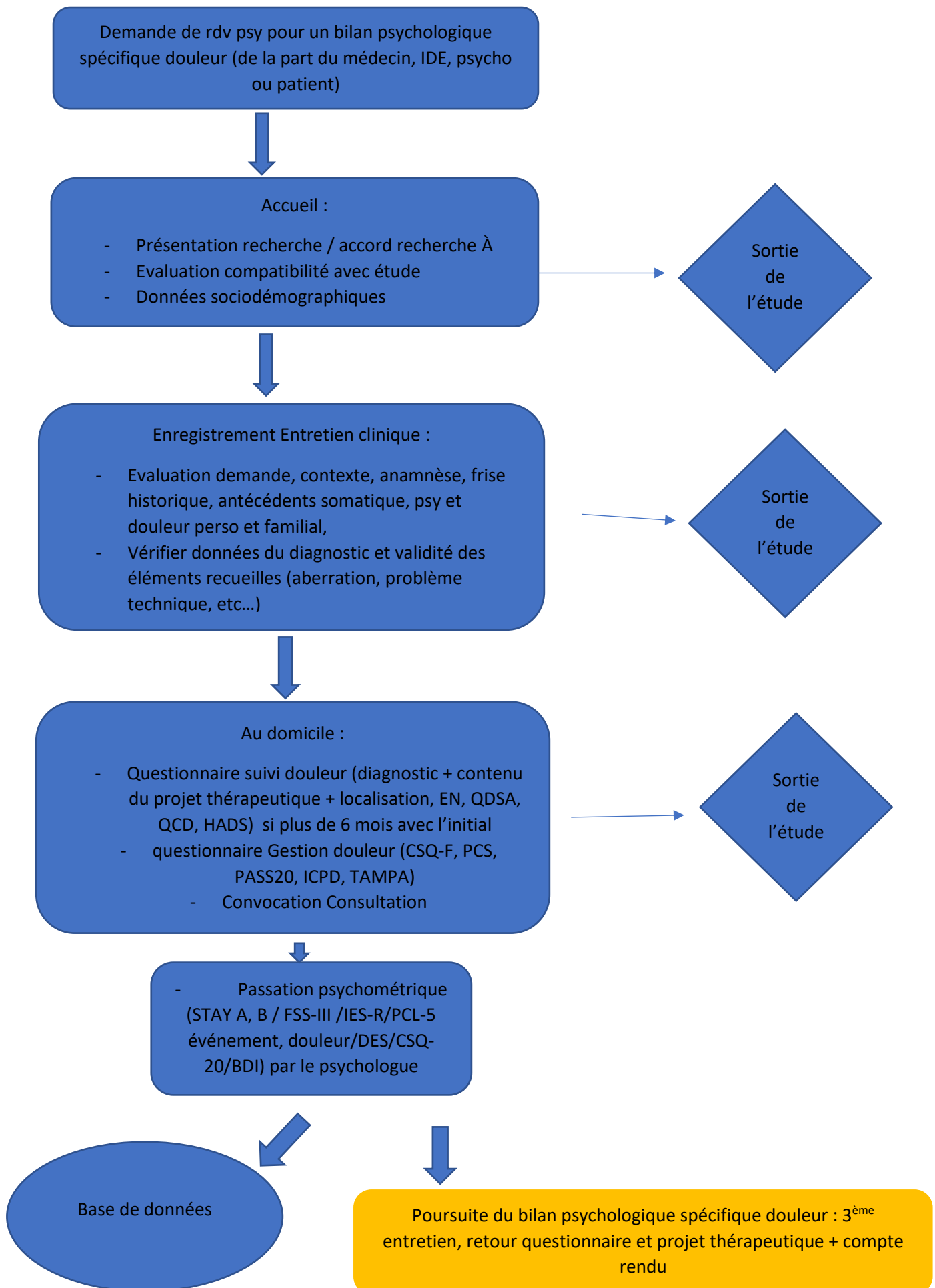
L'étude ce qu'elle rassure les trois temps de la démarche d'évaluation réalisée dans le cadre du bilan psychologique spécifique douleur, le plus souvent par 3 entretiens :

- Entretien clinique d'accueil (enregistré)
- Entretien clinique feed-back + psychométrie
- Entretien clinique feed-back + réalisation de la frise historique + retour psychométrie + élaboration du projet thérapeutique.

Il est suivi d'un compte rendu qui sera transmis au patient et archivé dans le dossier informatisé.

Le design de l'étude est repris dans le schéma suivant (figure 38) :

Figure 38 : CHRO-PAIN-DISS Design



4.3 Description des données quantitatives et qualitatives

Ainsi dans la présente étude, les données seront issues de plusieurs sources tant quantitatives que qualitatives : données dossier patient, entretien clinique n°1 enregistré et transcrit, psychométrie, frise historique et finalisation du bilan (hypothèse diagnostic et projet thérapeutique) – cf tableau 15 (les données seront détaillées dans le tableau 16). Nous allons détaillées ces données dans un premier temps.

Tableau 15 : CHRO – PAIN – DISS données

Dossier patient Douleur	Données issues des entretiens	Psychométrie		
		Principales dimensions psychologiques douleur (domicile)	Psychopathologie	Trauma - Dissociation
Douleur depuis quand ? Diagnostic du médecin référent ?	Entretien clinique d'accueil	Coping Scale Questionnaire / CSQ-F	STAI A et B	PCL-S sur les événements de vie choisis par le patient
Données socio épidémiologique	Enregistrement	Pain Catastrophizing Scale / PCS	QIA	Nombre de PCL-S rempli et nombre de PCL-S positif
Questionnaire Concis Douleur / QCD	Frise histoire patient	PASS 20	FSSIII	DES
Questionnaire Douleur Saint Antoine (QDSA)		ICPD	BDI	SDQ-20 Dissociation somatoforme
HADS		Echelle de Kinésiophobie de TAMPA (EKT)		

Nous rappelons que nous aurons récolté les données suivantes :

- Entretien d'accueil enregistré
- Psychométrie = l'ensemble des questionnaires sont détaillés dans le tableau 16. Une fiche par outil psychométrique est accessible en annexe 5.
- Evaluation Douleur = réalisée à l'entrée du patient dans la structure, il est ensuite scanné dans le dossier patient informatisé (DPI). Il est le plus souvent rempli à domicile.
- Frise historique = réalisé par le psychologue suite à la consigne suivante : « nous allons reprendre votre parcours et votre histoire sous la forme d'une frise chronologique que nous allons remplir ensemble. Nous commençons à votre naissance jusqu'à la date du jour. Que souhaitez-vous noter comme événement, moment ou élément qui vous paraissent important pour expliquer votre situation actuelle ? »
- Compte rendu du bilan = ce compte rendu est transmis au patient et à tout professionnel participant au parcours de soins du patient (sur son autorisation). Il est archivé dans le DPI.

Dans le tableau, nous reprenons en détails les différentes données de par leur construction et validation ainsi que leur modalité d'utilisation en clinique.

Tableau 16 : description détaillée des données récoltées dans l'étude

Evaluation à domicile	Questionnaire suivi Douleur	<ul style="list-style-type: none"> Questionnaire Douleur concis (QDC) 	<ul style="list-style-type: none"> Questionnaire Concis sur les Douleurs (QCD ; Brasseur, 1997) est la version française du Brief Pain Inventory (BDI) qui sur 9 items permet notamment d'évaluer le retentissement de la douleur sur le comportement quotidien par l'utilisation d'une échelle de 0 à 10, concernant différentes dimensions comme l'humeur, le travail habituel, la relation aux autres, la capacité de marcher, le sommeil et le goût de vivre. On retrouve également un schéma corporel et une évaluation de l'intensité douloureuse (EN).
		<ul style="list-style-type: none"> Questionnaire Douleur Saint Antoine / QDSA 	<ul style="list-style-type: none"> QDSA est une échelle traduite de l'échelle McGill Pain Questionnaire (MPQ) (Melzack, 1975) et a été traduite par Boureau et col en 1984. Elle permet d'avoir une liste d'adjectifs qualifiant la douleur. Score émotionnel et score sensoriel.
		<ul style="list-style-type: none"> Hospital Anxiety Depression Scale / HADS 	<ul style="list-style-type: none"> HADS est un auto-questionnaire qui à partir de 14 items favorise l'identification d'une problématique anxieuse ou dépressive (7 items liés à l'anxiété et 7 à la dépression / chacun marqué sur une échelle de Likert de 0 à 3). Les scores possibles pour chaque dimension vont de 0 à 21.
	Questionnaire Gestion Douleur	<ul style="list-style-type: none"> Coping Scale Questionnaire (CSQ-F) 	<ul style="list-style-type: none"> Questionnaire élaboré dans les années 80 par une démarche observationnelle permettant de mettre en évidence 8 stratégies de coping face à la douleur / traduction et validation française en 2008 a mis en évidence 5 des 8 stratégies : distraction, interprétation, réinterprétation, espoir-prière, dramatisation / 24 items avec une échelle de Lickert en 4 points (1- 4) / interprétation = comparaison à la moyenne des douleurs chroniques
		<ul style="list-style-type: none"> Pain Catastrophizing Scale (PCS) 	<ul style="list-style-type: none"> Elaboré par Sullivan et col en 1995, largement retrouvé comme indicateur de chronicisation de la douleur. Identification d'un biais de catastrophisme composé de 3 facteurs : rumination, impuissance face à la douleur, amplification attentionnelle. Validation auprès d'une population francophone (French et col 2005) / 13 items avec une échelle de Lickert en 5 points (0 à 4) / interprétation = seuil supérieur à 30
		<ul style="list-style-type: none"> Echelle de Kinésiophobie de Tampa (TAMPA) 	<ul style="list-style-type: none"> Elaborée par French et col (2002) afin d'identifier une kinésiophobie (peur de la douleur ou d'une blessure induite par le mouvement) / 17 items dont 4 items inversés, en échelle de Lickert en 4 points (1-4) / interprétation = seuil au-delà de 40
		<ul style="list-style-type: none"> Pain Anxiety Symptômes Scale (PASS 20) 	<ul style="list-style-type: none"> Elaborée par McCracken (1992, 2002) afin de mesurer les réactions de craintes et d'anxiété liées à la douleur / 20 items, échelle de Lickert en 6 points (0 à 5) / score seuil population anglophone = 35 / Echelle non validée auprès de la population française
		<ul style="list-style-type: none"> Inventaire des croyances et perception de la douleur (ICPD) 	<ul style="list-style-type: none"> Echelle élaboré par Danny et col (2009) Roussel et col (2010) à partir du Pain Belief Perception Inventaire (PBPI) / Mise en évidence de 4 facteurs : mystère, constance, culpabilité et pérennité / 16 items par échelle de Lickert en 4 points (1 à 4) / Calcul en score étalonnée sur 5 classes (plus la classe est élevée plus la croyance est forte).

Dossier Patient	Issues des données du DMP	<ul style="list-style-type: none"> • Diagnostic du médecin référent de la SDC • Données socio-démographiques, Situation socioprofessionnelle 	
Evaluation sur place	Questionnaire	<ul style="list-style-type: none"> • Inventaire d'Anxiété Etat-Trait STAI Y-A et Y-B 	<ul style="list-style-type: none"> • Echelle composée de 2 sous échelles de 20 items chacune, avec des items inversés permettant de définir un niveau d'anxiété état et trait / échelle de Lickert en 4 points de 1 à 4 / Etalonnage en 5 niveaux
		<ul style="list-style-type: none"> • Questionnaire sur l'inquiétude et l'anxiété - QIA 	<ul style="list-style-type: none"> • Elaboré pour évaluer le Trouble Anxieux Généralisé (TAG) / 6 items dont un ouvert (thème d'inquiétude) et 5 en échelle de Lickert sur 9 points (0 à 9) / validation clinique par la présence de score sup à 4 pour tous les items / en recherche score global utilisé
		<ul style="list-style-type: none"> • Fear Survey Schedule – FSS III 	<ul style="list-style-type: none"> • Echelle d'évaluation des peurs élaborée par Wolpe et Lang, 76 items, échelle de Lickert en 5 points (1 à 5) / score total et score par facteurs (animaux, situations sociales et interpersonnelles, atteintes corporelles + maladies et mort, bruits, phobies classiques (ascenseurs, espaces clos, etc.) et peurs diverses. / score total au-dessus de 174 pour une population ayant un fonctionnement phobique
		<ul style="list-style-type: none"> • Echelle de l'état de stress post-traumatique PCL-S 	<ul style="list-style-type: none"> • Echelle validé en français par Yao et col (2003) permettant l'identification d'un TSPT / 3 parties : description événement, date ou période, 17 items en échelle de Lickert en 6 points (de 1 à 5) / 3 facteurs : reviviscence, évitement, hyperréactivité neurovégétative / score seuil défini à 44 / autant d'échelle rempli que le patient souhaite en fonction du nombre d'événement
		<ul style="list-style-type: none"> • Echelle des expériences dissociatives DES 	<ul style="list-style-type: none"> • Echelle permettant d'explorer les expériences dissociatives validée en français par Darves-Bornoz et col (1999) / 28 items côté de 0 à 100% (tout le temps) / score total = somme divisée par le nombre d'items / 3 facteurs : amnésie-fragmentation identité ; dépersonnalisation déréalisation ; absorption / score total seuil de 25
		<ul style="list-style-type: none"> • Symptôme Dissociative Questionnaire SDQ-20 	<ul style="list-style-type: none"> • Echelle permettant d'évaluation la dissociation somatoforme, validée en français par El-Hage et col (2004), 20 items avec une échelle de Lickert en 5 points (1 à 5) et une précision sur la cause supposée du symptômes / score seuil de 30 défini / 3 facteurs identifiés : négligence sensorielle, réactions subjectives à des distorsions subjectives, troubles de la modulation de la vigilance
		<ul style="list-style-type: none"> • Inventaire abrégé de Beck BDI 	<ul style="list-style-type: none"> • Echelle d'évaluation des cognitions dépressives / 13 items en échelle de Lickert en 4 points (0 à 3) / score total distinguant de pas de dépression à dépression sévère
	Entretien Clinique	Diagnostic psychopathologique Frise historique	

Partie 3 : présentation des résultats CHRO-PAIN-DISS

1. Déroulement de l'étude.

Le recueil des données a été décalé en raison de la crise sanitaire et des modifications de nos pratiques pendant près une année. Nous avons toutefois pu mettre en place l'étude comme prévu auprès des nouveaux patients accueillis pour la première fois par la psychologue de la SDC.

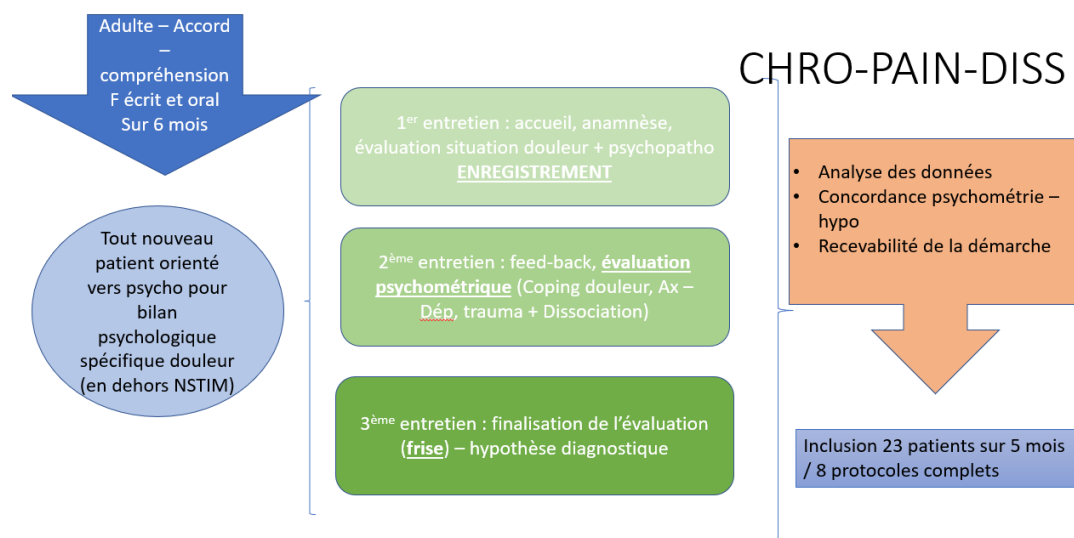
L'inclusion des patients s'est déroulée entre juin et novembre 2021 ; le recueil en lui-même de juin 2021 à février 2022.

L'accord du patient a systématiquement été recueilli, oralement, pour participer à une étude en cours sans précision sur l'intitulé ou les objectifs. L'accord verbal portait également sur l'enregistrement de l'entretien et l'utilisation des données issues de leur situation clinique, en informant bien évidemment de l'anonymisation des données. A cet effet, un petit texte a été collé sur le bureau afin d'informer les patients de leur droit de refuser de participer à toute étude ou recherche ainsi que l'utilisation de leurs données à un moment donné. Ce texte est systématiquement lu par le patient lors de la première rencontre.

A l'issue de l'accord transmis, le psychologue attribuait un numéro et entrait leurs données dans un fichier Excel. En parallèle, un classeur de recherche a été créé avec pour chaque patient : le compte rendu du bilan psychologique douleur, le questionnaire « douleur » et la frise y ont été stockées. Les données psychométriques ont été intégrées dans un fichier Excel spécifique (annexe 6).

Globalement la pratique du bilan a pu se dérouler comme habituellement. Nous n'avons pas remarqué de modification majeure dans notre pratique avant, pendant et après l'étude. La nécessité de s'adapter à la situation clinique des patients a amené une perte des données. Nous avons en ce sens fixé un nombre assez limité de protocoles complets.

Pour rappel voici une représentation synthétique de l'étude proposée (Figure 39).



2. Présentation des données (statistiques descriptives³⁷).

Aux vues de la quantité de données obtenues, une présentation progressive de celles-ci a été choisie. Cela implique une présentation de la population, des problématiques douloureuses, des profils de défenses utilisées contre la douleur ainsi que des problématiques traumatiques et dissociatives. Les analyses statistiques et qualitatives se feront dans un second temps (cf 3. et 4.).

Dans cette partie, nous allons donc présenter les données sous l'angle des statistiques descriptives¹ incluant la présentation des différentes populations :

- Population accueillie : inclus vs non inclus,
- Population totale incluse
- Population des situations cliniques détaillées (SCD)

Puis décliner pour chaque problématique précédemment citée dans la population totale et la population SCD.

2.1 Présentation des populations.

2.1.1 Population initialement rencontrée

A l'issue de l'étude CHRO-PAIN-DISS, 39 nouveaux patients ont été rencontrés sur la période définie (tableau S1). 16 sujets n'ont pas été inclus dans l'étude, soit 41% de la population initialement accueillie.

39	Nombre de nouveaux patients rencontrés	100%
7	Non inclus dans la recherche	18%
9	Arrêt du bilan	23%
15	Bilan terminé mais non complet	59%
8	Bilan complet	

On note 9 arrêts de bilan (soit 23% de la population accueillie). Ce sont des bilans psychologiques qui n'ont pas pu être menés à leur terme dans le temps imparti à la récolte des données. Parfois le patient loupait un rdv et au vu des délais de reports, la poursuite du bilan ne correspondait plus au délai, soit la situation médicale ou psychologique donnait lieu à une absence ou un arrêt du bilan (tableau S2).

³⁷ Toutes les statistiques descriptives ont été réalisées à partir de Jamovi. The jamovi project (2021). jamovi. (Version 1.6) [Computer Software]. Retrieved from <https://www.jamovi.org> ; R Core Team (2020). R: A Language and environment for statistical computing. (Version 4.0) [Computer software]. Retrieved from <https://cran.r-project.org>. (R packages retrieved from MRAN snapshot 2020-08-24).

Tableau S2 : Motif Arrêt du bilan

Hospitalisation en psychiatrie / fin du bilan différée
Consultation pluridisciplinaire entre temps pour privilégier l'alliance et la prise en charge de la souffrance / pas venue à la dernière consultation
Arrêt de la prise en charge à la demande de la patiente
Refus de la prise en charge / arrêt bilan
Entretien clinique à visée de soutien / consultation pluridisciplinaire
Hors délai
Impossibilité de travailler l'espace psychique / arrêt du bilan
Report des rdvs avec arrêt prise en charge
Consultation pluridisciplinaire prévue en février / a annulé les rdv pour COVID

Sur le plan des refus ou non inclusion, ils représentent 7 sujets (18% de la population accueillie), pour lesquels on retrouve les motifs suivants (tableau S3) :

Tableau S3 : Refus/non inclus
Trouble cognitif non compatible avec la recherche
Problématique orientée sur la malformation et peu la douleur
Handicap lourd non compatible passation psychométrique
Refus explicitement formulé
Téléconsultation / accompagnement à la reprise du travail / peu d'élaboration et amélioration douleur suite pec IRR
Téléconsultation
Uniquement Téléconsultation

Au final, 23 personnes ont été incluses dans l'étude, soit 59% de la population accueillie. Dans le tableau S4, vous retrouverez la description de la population tant sur le sexe, la date d'arrivée à la SDC, le début des douleurs et l'âge.

Tableau S4 : Descriptives

	Inclus vs non inclus	Sexe	Date d'arrivée à la SDC	Début des douleurs	Âge
N	inclus	23	23	22	23
	non inclus	7	7	6	7
	arrêt	9	9	7	9
Shapiro-Wilk W	inclus	.	0.585	0.832	0.968
	non inclus	.	0.769	0.943	0.920
	arrêt	.	0.760	0.734	0.908
Shapiro-Wilk p	inclus		< .001	0.002	0.650
	non inclus		0.020	0.682	0.473
	arrêt		0.007	0.009	0.305

2.1.2 Population incluse dans l'étude

Voici quelques éléments descriptifs de la population incluse. On retrouve une population totale de 23 sujets, composée de 16 sujets féminins et 7 sujets masculins (tableau S5) ce qui correspond à la proportion habituellement prise en charge à la consultation douleur (une majorité de femmes sont habituellement retrouvées).

Tableau S5: Frequencies of sexe

Levels	Counts	% of Total	Cumulative %
Masculin	7	30.4 %	30.4 %
Féminin	16	69.6 %	100.0 %

Sur le plan de l'âge, on retrouve une population âgée entre 33 et 68 ans, avec une moyenne de 47.6 ans pour les femmes et 48 ans pour les hommes. Là aussi la population est représentative des populations habituellement accueillies en SDC, avec une proportion majoritaire de quinquagénaire et cela quel que soit le sexe (figure S6 et tableau S6).

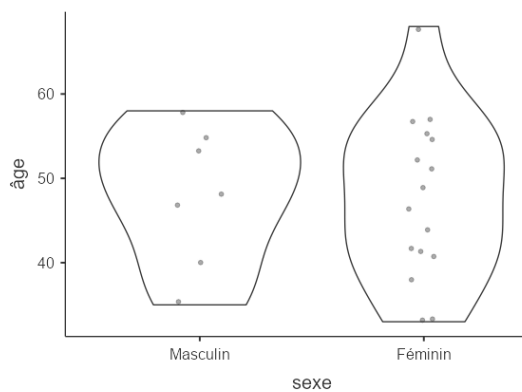


Figure S6

Tableau S6 : Croisement âge et sexe

	sexe	âge
N	Masculin	7
	Féminin	16
Mean	Masculin	48.0
	Féminin	47.6
Median	Masculin	48
	Féminin	47.5
Standard deviation	Masculin	8.25
	Féminin	9.62
Variance	Masculin	68.0
	Féminin	92.5
Minimum	Masculin	35
	Féminin	33
Maximum	Masculin	58
	Féminin	68

Du point de vue du type de douleur, nous avons 3 types prédominant de douleur : douleur neuropathique (DN), fibromyalgie (FM) et céphalées (C). A noter deux sujets pour lequel le diagnostic n'a pas été posé. Seul l'exclusion des autres types de douleur a été formulé par le médecin. Nous avons nommé cette situation : non déterminée (ND).

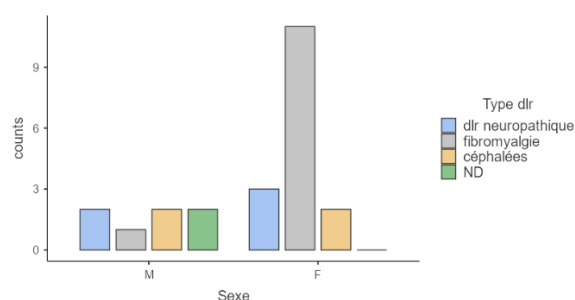
Par ailleurs, les douleurs rachidiennes ne sont pas représentées alors qu'elles sont prises en charge à la consultation douleur. Plusieurs des patients rencontrés avaient des problématiques rachidiennes mais souvent associées à une atteinte provoquant des douleurs neuropathiques ou associées à une composante fibromyalgie. Enfin le diagnostic retenu en cas de plusieurs types de douleur en même temps est le diagnostic principal formulé à l'issue de la consultation médicale.

Au final une prédominance de FM est relevée (54.5%) ce qui correspond à la population souvent orientée vers le psychologue en SDC, puisque ce sont des situations souvent plus complexes et pour lesquels les techniques non médicamenteuses ont une place de choix (tableau S7).

Tableau S7 : Frequencies of Type dlr

Levels	Counts	% of Total	Cumulative %
Dlr neuropathique	5	21.7 %	21.7 %
Fibromyalgie	12	52.2 %	73.9 %
Céphalées	4	17.4 %	91.3 %
ND	2	8.7 %	100.0 %

Il y a peu de variation du type de douleurs auprès des sujets masculins (mais le nombre est très faible), alors qu'une prédominance de fibromyalgie se retrouve auprès des sujets féminins (graphe S8), ce qui correspond à la proportion habituellement retrouvée dans ce type de pathologie.



graphe S8

En ce qui concerne **la durée des douleurs**, on retrouve une durée moyenne autour de 11.7 ans avec une diffusion entre de 2 ans à 35 ans. Il est en effet très rare que la SDC rencontre des patients dont la durée de la douleur soit inférieure ou autour de la première année. On retrouve là aussi dans notre population une similarité avec la population habituellement accueillie en SDC. La majorité des sujets ont une douleur entre 2 et 5 ans ou une douleur évoluant depuis une vingtaine d'années (tableau S9 et figure S9)

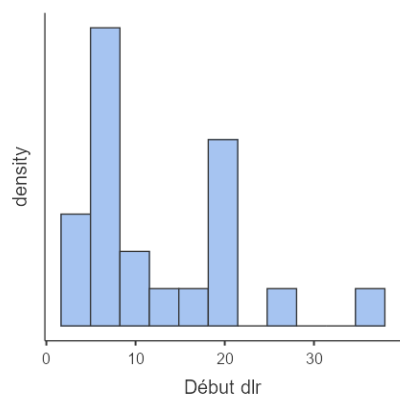
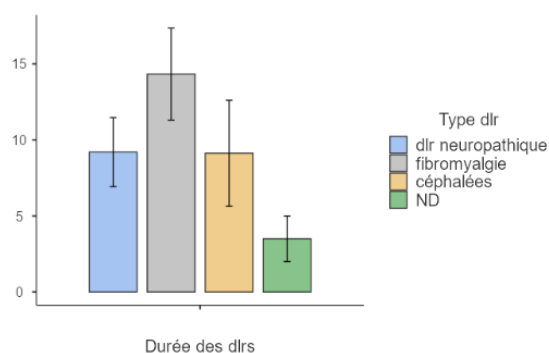


Tableau S9 : Descriptives

	Début dlr
N	22
Missing	1
Mean	11.7
Median	8.00
Mode	5.00
Standard deviation	8.92
Variance	79.5

Selon le type de douleur, la durée des douleurs est différente. On retrouve une durée plus longue dans le cas de fibromyalgie (en moyenne 14.3 ans) et les céphalées³⁸ (11 ans) contre 8.4 ans pour les douleurs neuropathiques (Cf graphique S10).



Graphe S10

Finalement, la population incluse dans notre étude est représentative de la population accueillie en SDC tant sur le plan du type de douleur, la durée, l'âge et le sexe.

2.1.3 Population Situations Cliniques Détaillées (SCD)

Finalement, 8 situations cliniques incluant l'ensemble des données ont été récoltées. Nous avons choisie de nommer cette population « Situations cliniques détaillées – SCD ». Nous avons estimées à 10 cas cliniques initialement.

La population est composée de 4 sujets féminins et 4 sujets masculins. Seuls deux types de douleurs sont représentés : 3 sujets confrontés à des douleurs neuropathiques et 4 sujets confrontés à une fibromyalgie. Il n'y a pas de sujet dont le diagnostic principal était céphalée. Un sujet n'a pas de diagnostic médical posé (ND). Le début des douleurs dans cette population varie entre 5 et 25 ans (voir tableau S11)

Tableau S11										
Sexe	Age	Type de	Durée début dlr	Nb zone corporelle	EN total	QDS A	QDS A emo	HAD S D	HAD S A	Retentissement total

³⁸ Souvent cette problématique débute dans l'adolescence ou de début de l'âge adulte et varie dans le temps en termes d'intensité et de répercussions, la durée seule n'est pas toujours représentative de l'impact de cette problématique, celle-ci pouvant apparaître très ponctuellement et avoir des répercussions chroniques au bout de plusieurs années, alors que dans les autres problématiques, l'impact est plus immédiat.

		doubleur				sens o				
M	40	DN	7	2	36	76	25	10	12	35
M	55	FM	5	9	18	37	14	9	15	10
F	51	FM	20	17	18	68	45	10	9	28
F	52	FM	25	15	5	25	34	7	14	29
F	55	FM	19	19	38	16	9	6	5	24
M	48	DN	6	6	17	22	21	13	10	39
F	33	FM	6	19	35	29	22	8	5	50
M	47	ND	5	12	20	19	33	13	20	39

Dans la suite de l'étude, la population SCD sera travaillée sous la forme de cas cliniques dont voici une présentation synthétique :

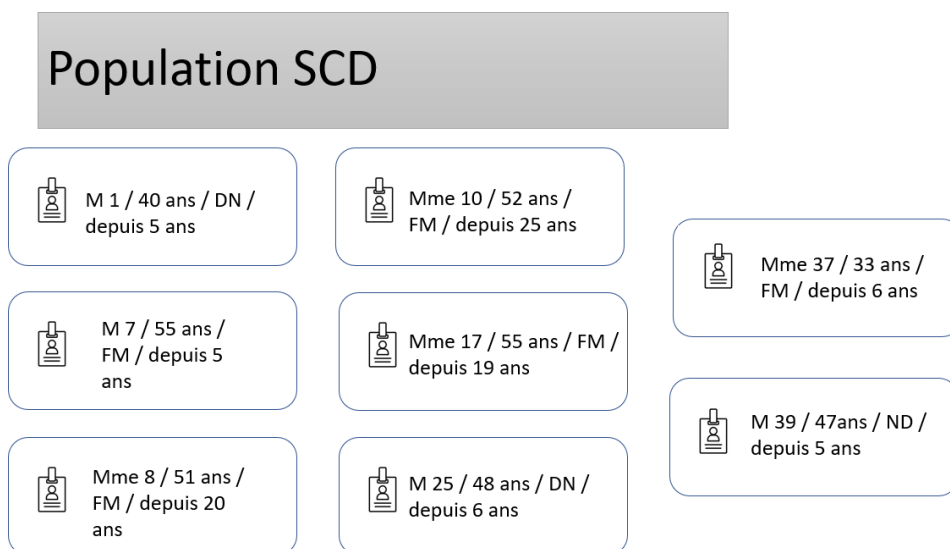


Figure 40 : Présentation schématisée de la population SCD

Les situations seront progressivement décrites dans la partie 4.2

2.2 Présentation des données « Douleur » sur la population CHROPAINDISS

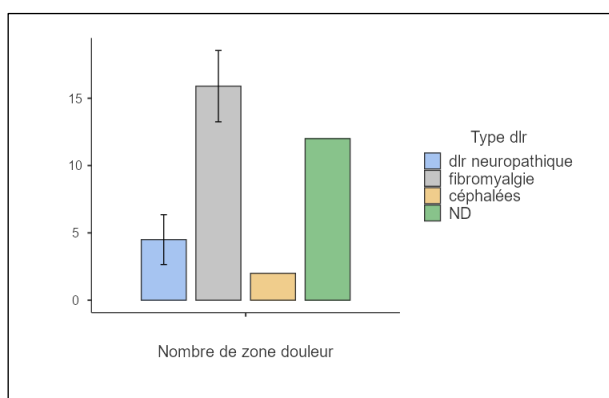
Le seul diagnostic de la douleur ne suffit pas pour percevoir la problématique douloureuse. L'évaluation de la douleur étant multifactorielle (cf partie 1) plusieurs dimensions ont ainsi été prises en compte : l'intensité douloureuse (EN) selon plusieurs situations, la description de la douleur (QDSA), le retentissement sur la vie quotidienne et l'HADS comme outils de dépistage de la dépression et anxiété (cf 4.3).

On retrouve 7 à 8 données manquantes, traduisant une difficulté toujours présente à une exhaustivité des relevés des données (absence de questionnaire douleur dans le dossier, oubli du patient, oubli du psychologue). Les analyses portent sur 15 ou 16 sujets (cf Tableau S12)

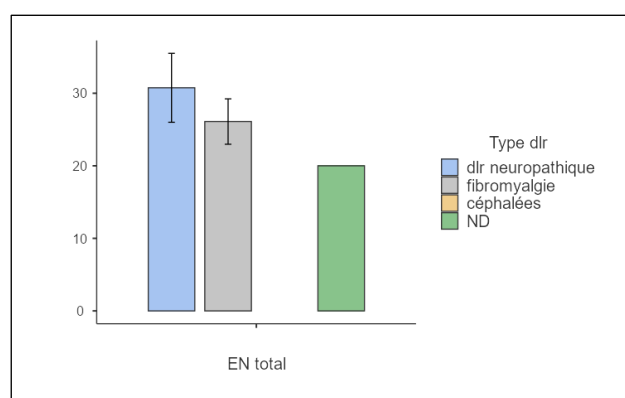
Tableau S12

	Nombr e de zone douleu r	EN ³⁹ total	QDSA Sensori el	QDSA Emotienn el	HADS dépressi on	HADS anxiét é	Retentisseme nt total
N	16	15	15	15	16	16	15
Missing	7	8	8	8	7	7	8
Mean	11.9	26. 9	32.5	26.0	8.44	9.88	31.2
Median	10.5	29. 0	28.0	25.0	9.00	9.50	29.0
Standar d deviatio n	8.75	9.5 1	21.6	11.8	3.03	4.30	11.8
Minimu m	1.00	5.0 0	7.00	8.00	3.00	4.00	10.0
Maximu m	35.0	38. 0	76.0	45.0	13.0	20.0	50.0

Logiquement on retrouve un nombre plus important de zones douloureuses auprès des patients présentant une FM (Grappe S13) mais peu de variation par rapport à l'intensité douloureuse totale (Grappe S14). La comparaison de l'intensité douloureuse est toujours une démarche délicate. Par ailleurs, sur le plan des céphalées, l'évaluation de l'EN³ est peu contributive sur le plan clinique donc non réalisée dans cette étude.



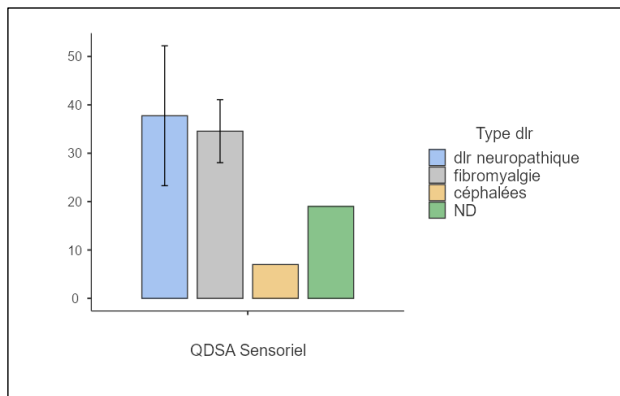
Grappe S13



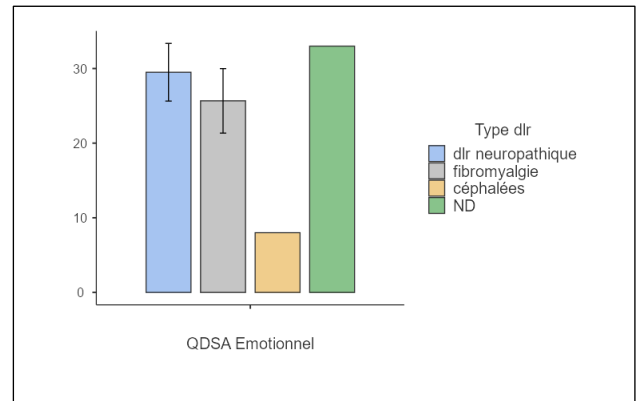
Grappe S14

Sur le plan du QDSA, on retrouve des scores sensoriels (Grappe S15) assez proche pour la FM et DN au contraire des Céphalées qui sont très faibles, souvent limités à battement ou serrement (caractéristique des céphalées). Sur le score émotionnel (Grappe S16), on retrouve une prédominance des DN et de la FM, avec un score plus important encore pour les DN.

³⁹ EN = Evaluation Numérique de l'intensité de la douleur



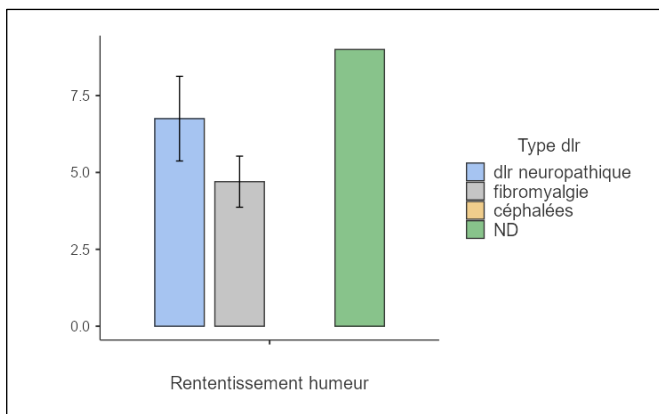
Graphe S15



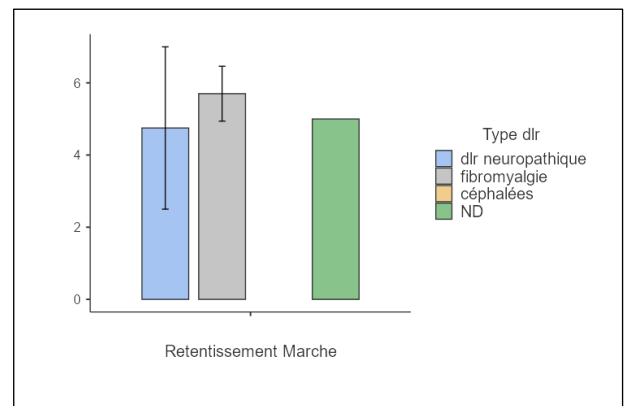
Graphe S16

Le retentissement est évalué sur plusieurs items : l'humeur, la marche, le travail habituel, la relation avec les autres, le sommeil et le gout de vivre. Cette dimension n'est pas évaluée dans les céphalées puisque le retentissement dans ce contexte est évalué par un autre questionnaire.

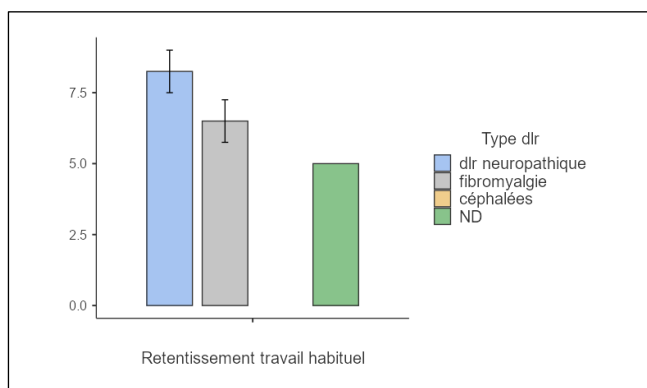
Le retentissement est à un niveau important pour quasi tous les items auprès de la population DN (sauf marche). Elle est même plus importante que pour la FM sur l'humeur (Graphe S17), le travail habituel (Graphe S18), les relations avec les autres (Graphe S19) et le gout de vivre (Graphe S20).



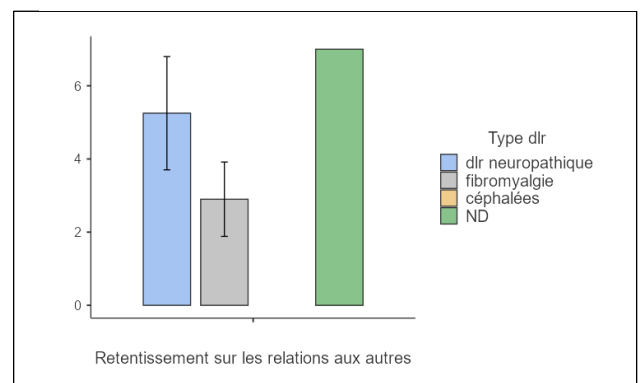
Graphe S17



Graphe S18

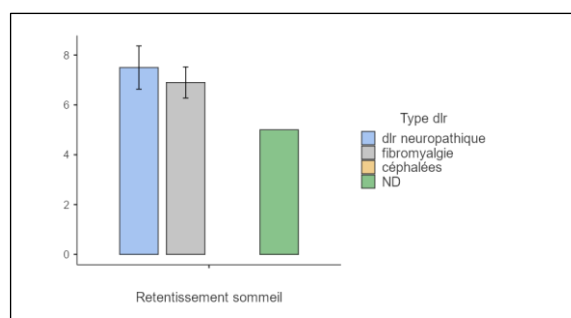


Graphe S19

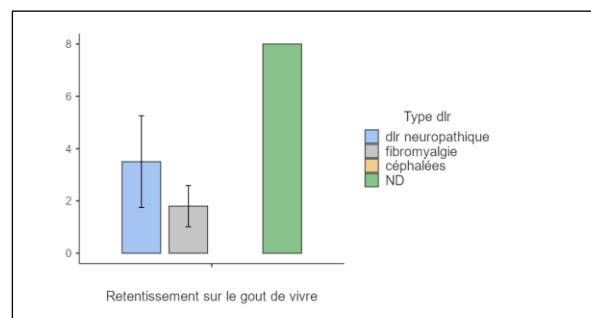


Graphe S20

Le sommeil est perturbé pour les deux groupes d'une manière importante (Graphe S21). Le retentissement sur le gout de vivre est plus limité (une seule réponse pour ND) (Graphe S22).

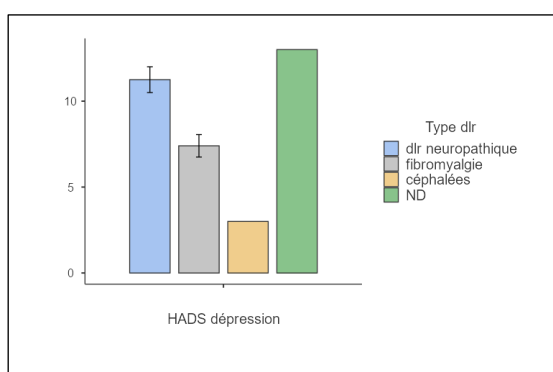


Graphe S21

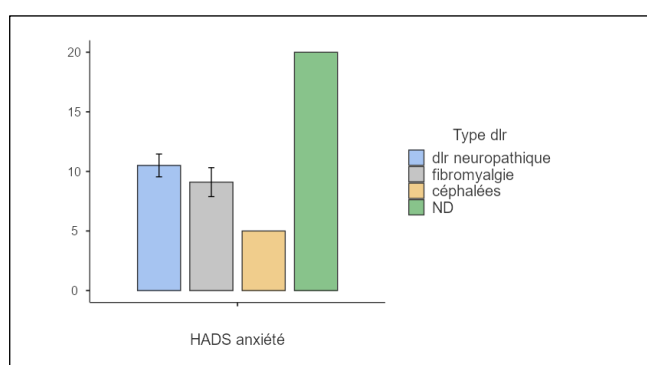


Graphe S22

Sur le plan du dépistage de l'anxiété et la dépression par l'HADS, on retrouve des scores plus importants pour la population DN sur les deux dimensions (Graphe S23 et S24).



Graphe S23



Graphe S24

On retrouve une variation de la présentation Douleur en fonction des pathologies avec un retentissement plus important des douleurs neuropathiques sauf pour la marche (fibromyalgie). Les deux situations « non déterminées » se démarque par des scores de QDSA émotionnel important, un retentissement sur l'humeur, les relations avec les autres et le gout de vivre majeure et HADS plus marqué.

2.3 Présentation des données « Défense contre la douleur »

Directement en lien avec les théories sur l'adaptation face à la douleur issue des théories cognitives et comportementales de la douleur (cf partie 1 /2.2.3) nous présentons ici les différentes stratégies ainsi que les croyances ou représentation face à la douleur.

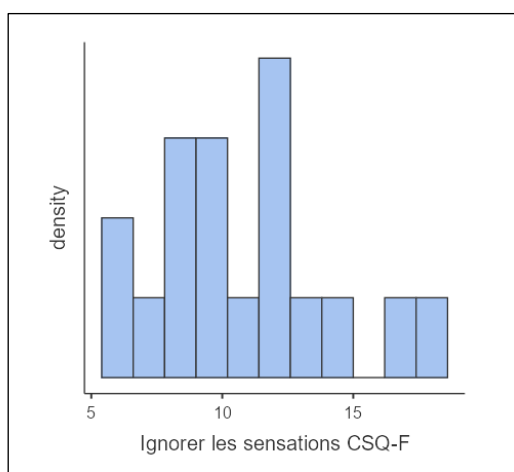
L'analyse porte sur 18 sujets (Tableau S25).

Tableau S25

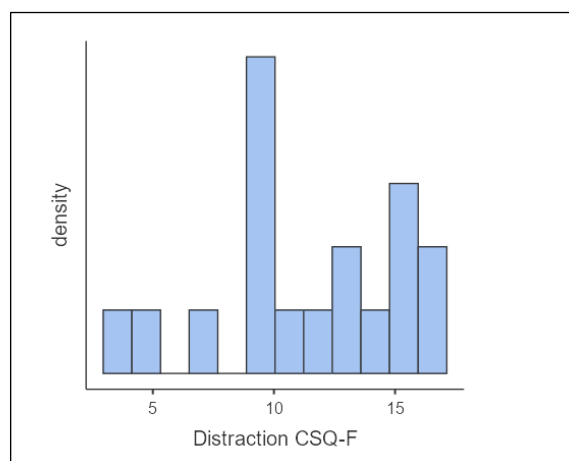
	CSQ-F					PCS	PASS 20	TAMPA
	Ignorer les sensations	Distraction	Réinterprétation	Prière	Dramatisation	Total	Total	Kinésiophobie
N	18	18	18	18	18	18	18	18
Missing	5	5	5	5	5	5	5	5
Mean	10.9	11.4	5.28	4.06	9.50	24.4	45.0	42.1
Median	10.5	11.5	5.00	3.00	8.50	20.5	48.5	42.5
Standard deviation	3.43	3.73	1.18	2.41	2.94	13.1	18.6	7.55
Minimum	6.00	4	3	3	6	5.00	16.0	26.0
Maximum	18.0	17	7	12	14	46.0	72.0	59.0

Ignorer les sensations et la distraction sont les principales défenses utilisées. La prière-espoir est très peu utilisée en moyenne auprès de la population. La réinterprétation l'est à un niveau un peu plus important. L'ensemble est cohérent avec les études de Dany et col (2009).

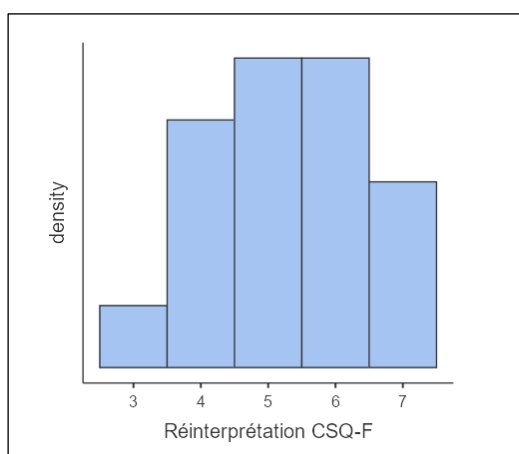
Les graphes S26, 27, 28 et 29 montrent la répartition des scores dans la population étudiée.



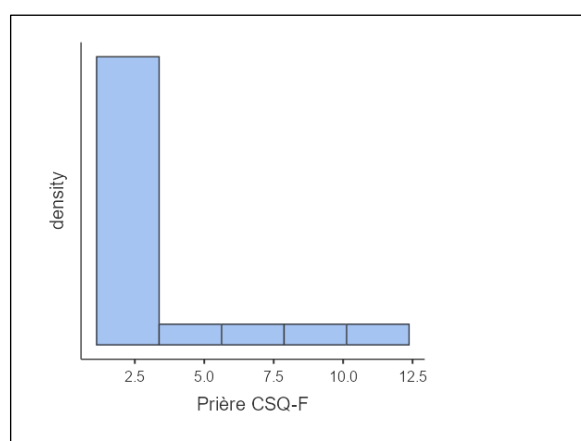
Graphe S26



Graphe S27

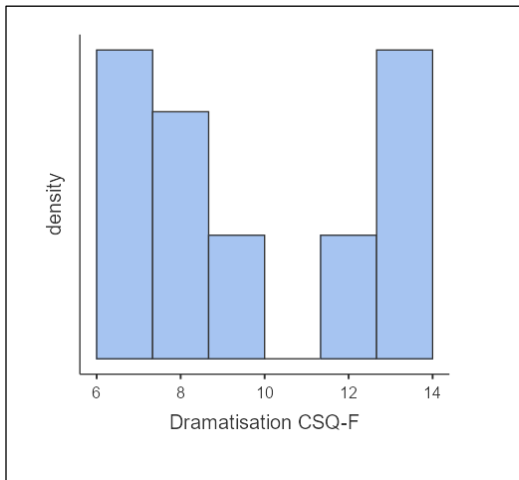


Graphe S26

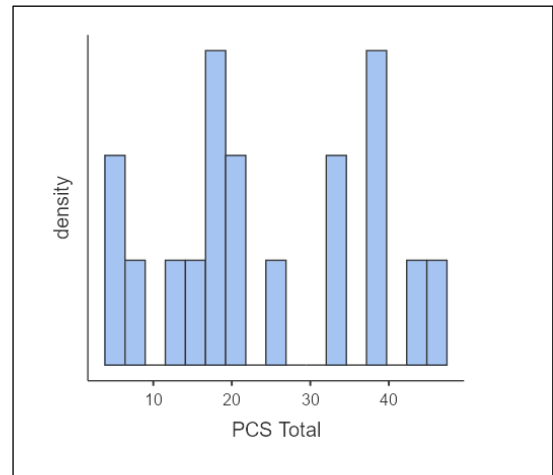


Graphe S27

Le biais de catastrophisme est de 24.4 en moyenne pour notre population, soit en dessous du seuil clinique défini. Le graphe S28 et S29 montre la répartition de scores dans notre population.



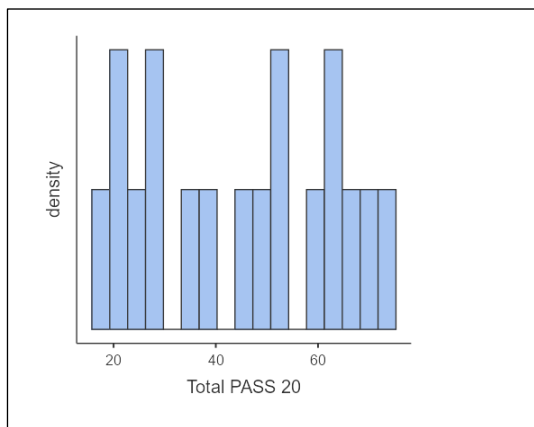
Graphe S28



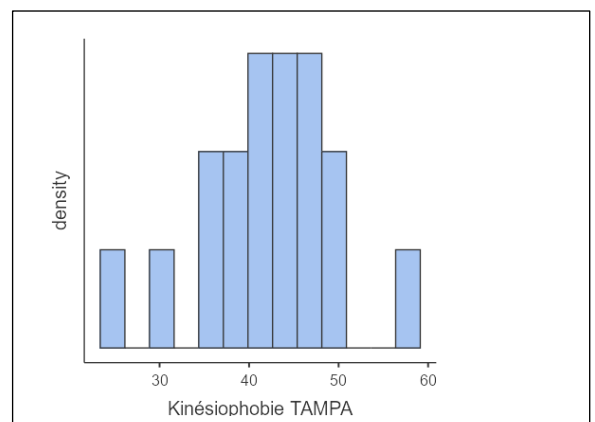
Graphe S29

L'anticipation anxieuse se retrouve à un niveau important avec une moyenne de 45, alors que le score seuil est de 35 (Graphe S30). Cela confirme la nécessité de poursuivre les études de validité de cet outil.

De même la kinésiophobie est élevée avec un score moyen de 42.1, alors que le score seuil est de 40 (Graphe S31). Cela est un peu surprenant mais nous n'avons pas à notre connaissance d'étude comparative auprès de la population douloureuse chronique en SDC.

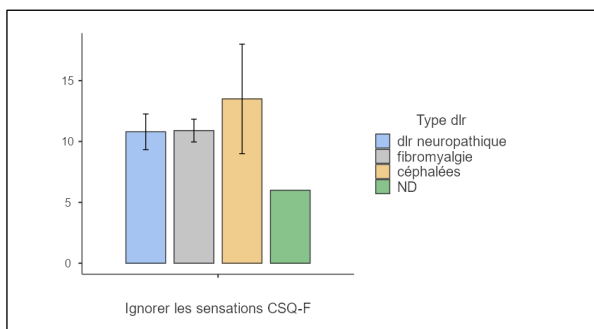


Graphe S30

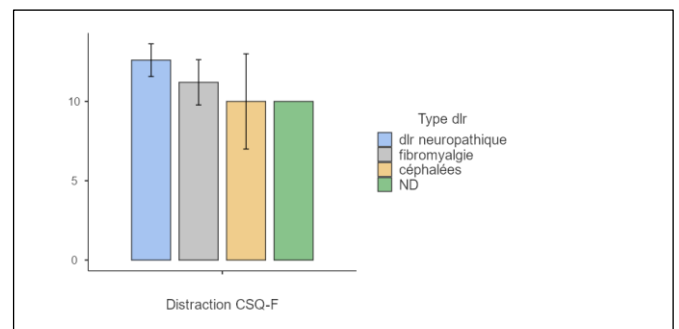


Graphe S31

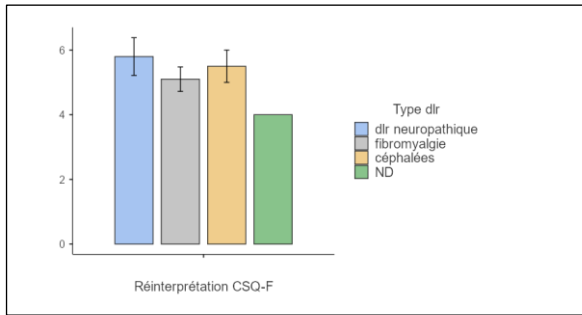
Quand on croise avec le type de douleur, on remarque que la population C, au contraire des deux autres, utilise préférentiellement le fait d'ignorer les sensations. On retrouve peu de différences pour les autres stratégies (graphe S32, S33, S34, S35).



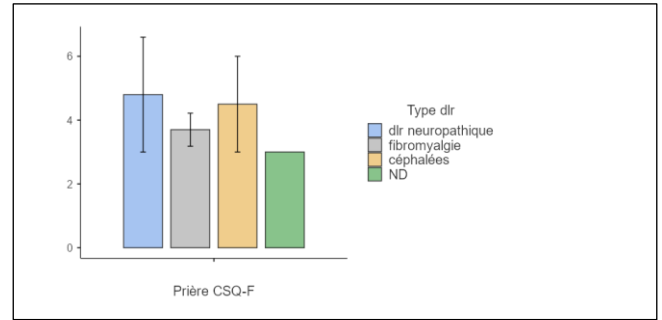
Graphe S32



Graphe S33

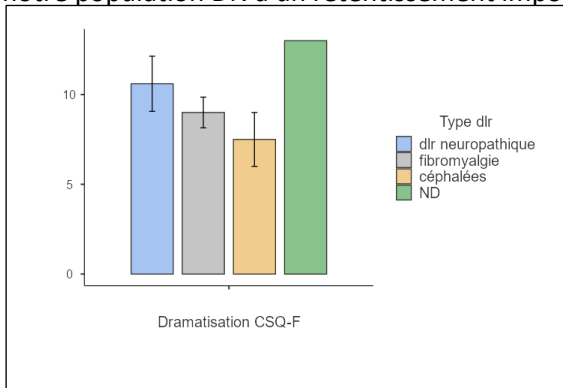


Graphe S34

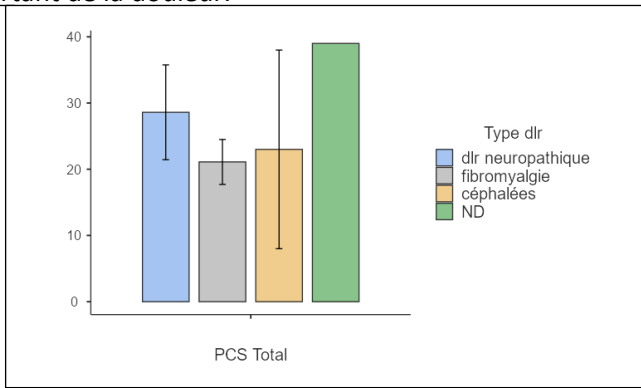


Graphe S35

Sur le plan du biais de catastrophisme, on retrouve une prédominance auprès de la population DN (Graphe S36 et S37). Cela est peut-être à mettre en regard du fait que nous avons déjà relevé que notre population DN a un retentissement important de la douleur.

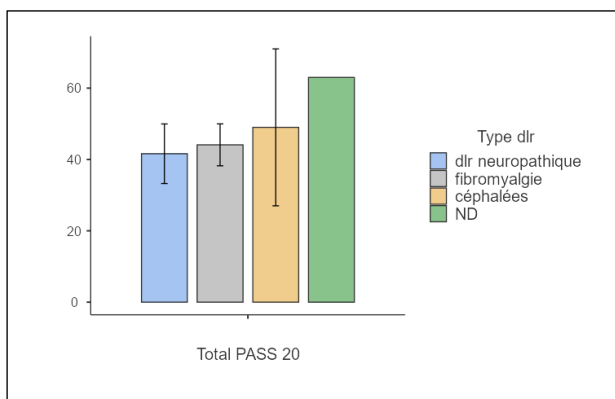


Graphe S36

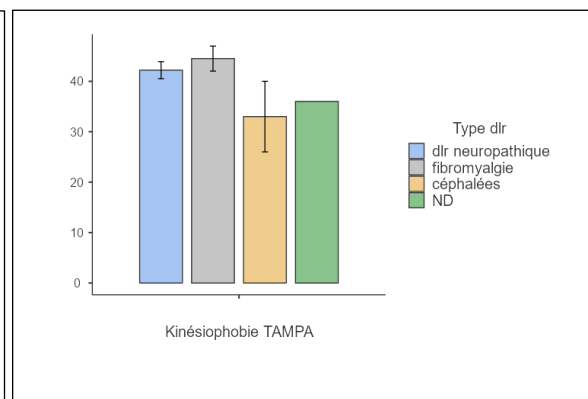


Graphe S37

Sur le plan de l'anticipation anxieuse et de la kinésiophobie, on peut remarquer une différence. En effet, l'anticipation anxieuse face à la douleur est majoritaire auprès de la population présentant des Céphalées alors que la kinésiophobie ne s'y retrouve pas à un niveau important. En revanche, pour la fibromyalgie, cette dimension est importante, traduisant la nécessité de travailler l'activité physique d'une manière spécifique auprès de cette population. A noter que pour la population DN, on retrouve un score élevé également (graphe S38 et S39).



Graphe S38



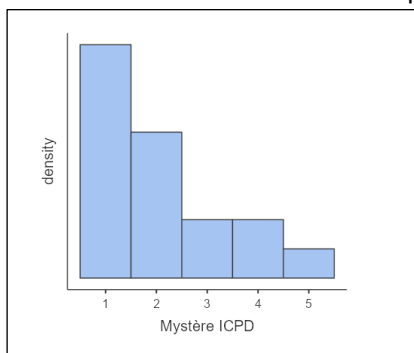
Graphe S39

Sur le plan des croyances en jeu, nous rappelons que la lecture se fait par niveau de 1 à 5. Plus le niveau est élevé, plus la croyance est forte sauf pour la pérennité (Graphe S40).

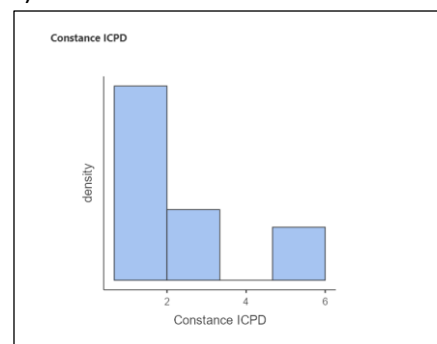
Tableau S40

ICPD	Mystère	Constance	Culpabilité	Pérennité
N	18	18	18	18
Missing	5	5	5	5
Mean	2.06	1.22	2.39	3.89
Median	2.00	1.00	2.00	4.00
Standard deviation	1.26	0.647	1.54	1.32
Minimum	1.00	0.00	1.00	1.00
Maximum	5.00	2.00	5.00	5.00

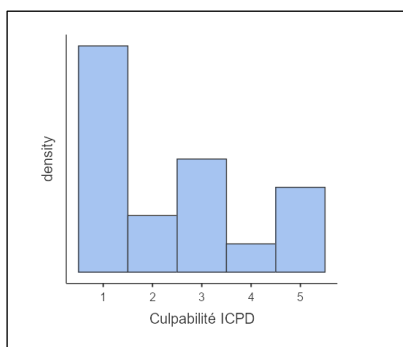
La population générale a peu de dimension de mystère, traduisant une compréhension supposée de leur problématique (graphe S41). Les douleurs sont plutôt variables (constance faible – graphe S42) et considérées comme pérenne (pérennité forte – graphe S44). La culpabilité est quant à elle à des niveaux très variables dans notre population (graphe S45).



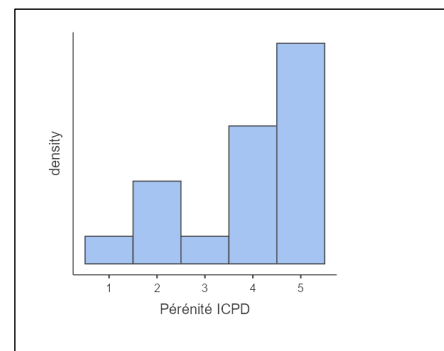
Graphe S41



Graphe S42

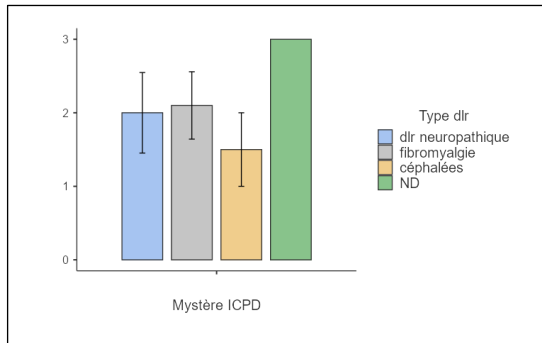


Graphe S43

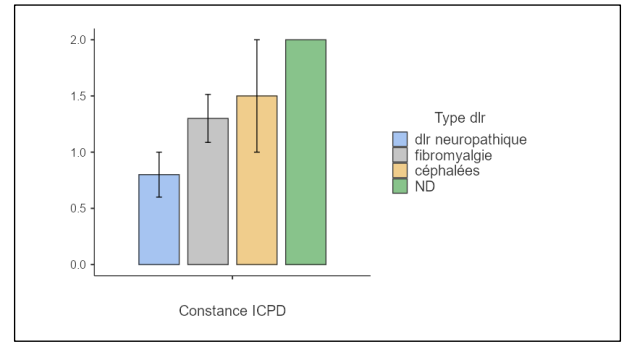


Graphe S44

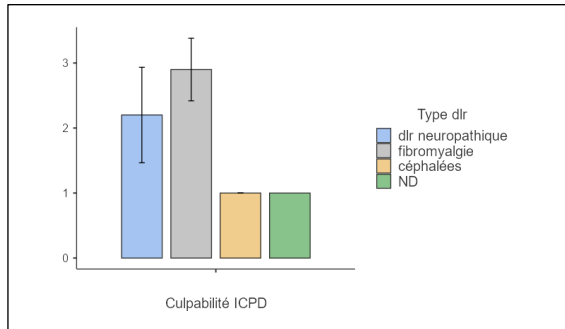
Quand on croise avec le type de douleur, la culpabilité face à la douleur est plus marquée dans le cadre de la fibromyalgie (Graphe S47).



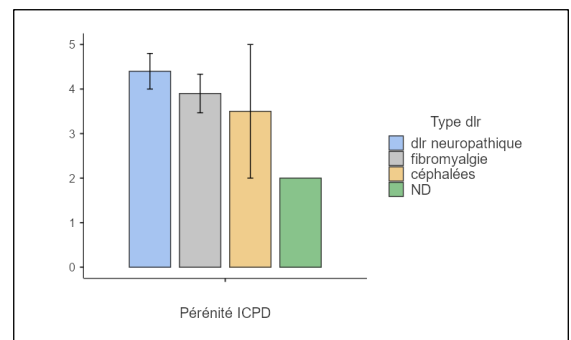
Graphe S45



Graphe S46



Graphe S47



Graphe S48

Nous retrouvons une variabilité des biais cognitif en fonction du type de douleur et une place importante de la kinésiophobie dans notre population. La culpabilité face à la douleur est plus marquée auprès des patients fibromyalgique. On retrouve peu de mystère dans notre population traduisant une bonne compréhension supposée de la douleur.

2.4 Présentation des données de la problématique traumatique et dissociative

Dans cette partie, nous allons présenter la problématique traumatique et dissociative, mise en évidence par la psychométrie, pour la population totale. Nous présenterons les données psychopathologiques plus larges (anxiété état et trait, l'anxiété généralisée, le fonctionnement phobique et la dépression) ensuite.

Les données suivantes portent sur 18 sujets.

2.4.1 Confrontation au trauma

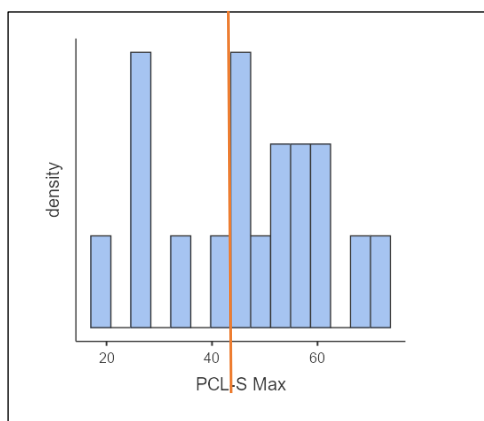
Tableau S49

	Durée trauma	Nb de PCL-S positif	PCL-S Max
N	17	18	18
Missing	6	5	5
Mean	18.9	0.889	46.8
Median	15.0	1.00	49.0
Standard deviation	14.2	0.832	15.3
Minimum	1.00	0.00	20.0

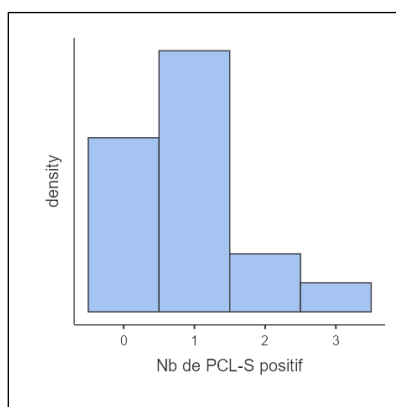
Tableau S49

	Durée trauma	Nb de PCL-S positif	PCL-S Max
Maximum	47.0	3.00	73.0

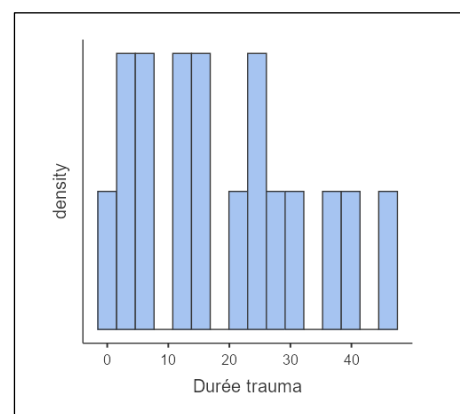
Nous retrouvons 12 sujets avec un score de PCL-S supérieur ou égal au score seuil, soit 66% de notre population. Le score moyen de la population est de 46.8 avec une tendance centrale autour d'un événement traumatique. La durée du trauma est quant à elle très variable avec une valeur moyenne de 18.9 années (tableau S49). Ci-joint la répartition pour le score du PCL-S (graphe S50), le nombre positif (graphe S51) et la durée (graphe S52).



Graphe S50



Graphe S51

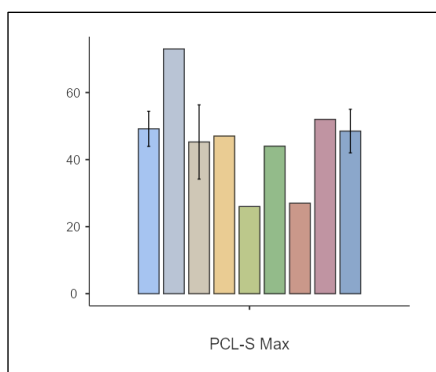


Graphe S52

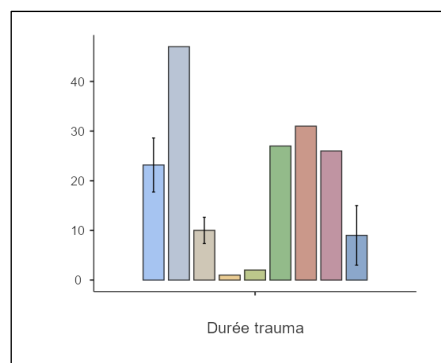
Les types d'évènements traumatiques portent pour une majorité (33.3%) sur la mort d'un proche ou d'un risque de mort ainsi que sur des événements somatiques ou chirurgie (22.2%) (tableau S53).

Tableau S53 : Frequencies of type d'évènement traumatique

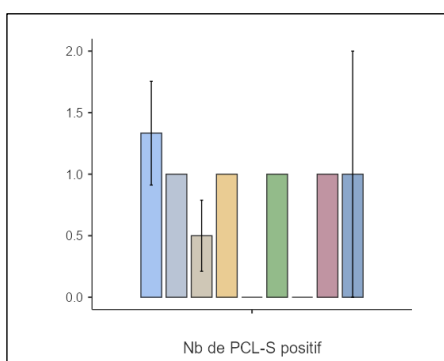
Levels	Counts	% of Total	Cumulative %
Mort ou risque de mort d'un proche	6	33.3 %	33.3 %
Alcoolisme d'un proche	1	5.6 %	38.9 %
Chirurgie ou événement somatique	4	22.2 %	61.1 %
Conflit	1	5.6 %	66.7 %
Peur de tout perdre	1	5.6 %	72.2 %
AVP	1	5.6 %	77.8 %
Agression	1	5.6 %	83.3 %
« Les cicatrices du passé »	1	5.6 %	88.9 %
Séparation ou divorce	2	11.1 %	100.0 %



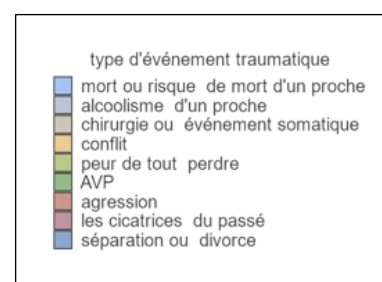
Graphe S54



Graphe S55



Graphe S56



Légende graphe type d'événement

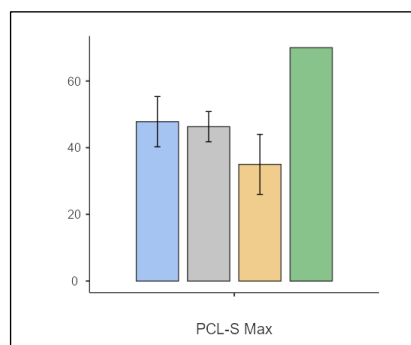
En fonction du type de douleur, le score moyen de PCL-S est plus élevé auprès de la population DN, suivi de peu par la population FM. On retrouve cette même tendance sur le nombre de PCL-S positif. Quant à la durée du trauma, on retrouve peu de différence (tableau S57 et graphe S58 à S61).

Tableau S57 : Descriptives

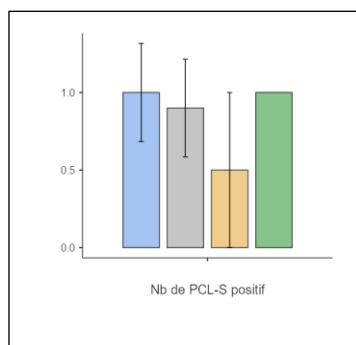
	Type dlr	CL-S Max	Durée trauma	DES total	QJ-20 Total	Nb de PCL-S positif
N	dlr neuropathique	5	4	5	5	5
	fibromyalgie	10	10	10	10	10
	céphalées	2	2	2	2	2
	ND	1	1	1	1	1
Mean	dlr neuropathique	47.8	23.0	19.4	33.8	1.00
	fibromyalgie	46.3	19.5	25.9	34.9	0.900
	céphalées	35.0	14.5	17.3	27.0	0.500
	ND	70.0	5.00	16.1	17.0	1.00
Minimum	dlr neuropathique	20.0	13.0	3.93	28.0	0.00
	fibromyalgie	26.0	1.00	7.14	26.0	0.00
	céphalées	26.0	2.00	16.8	27.0	0.00
	ND	70.0	5.00	16.1	17.0	1.00
Maximum	dlr neuropathique	60.0	39.0	38.2	43.0	2.00

Tableau S57 : Descriptives

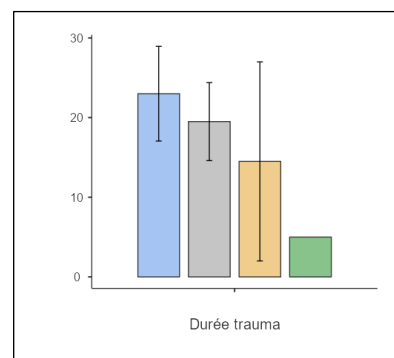
Type dlr	CL-S Max	Durée trauma	DES total	SDQ-20 Total	Nb de PCL-S positif
fibromyalgie	73.0	47.0	40.7	46.0	3.00
céphalées	44.0	27.0	17.9	27.0	1.00
ND	70.0	5.00	16.1	17.0	1.00



Graphe S58



Graphe S60



Graphe S61

Type dlr
 dlr neuropathique
 fibromyalgie
 céphalées
 ND

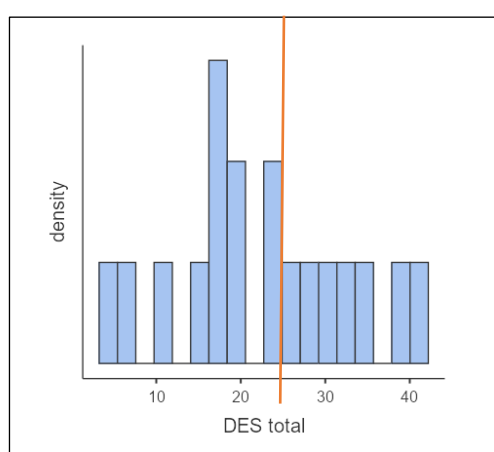
Légende type de douleur

2.4.2 Statistiques descriptives DES et SDQ-20

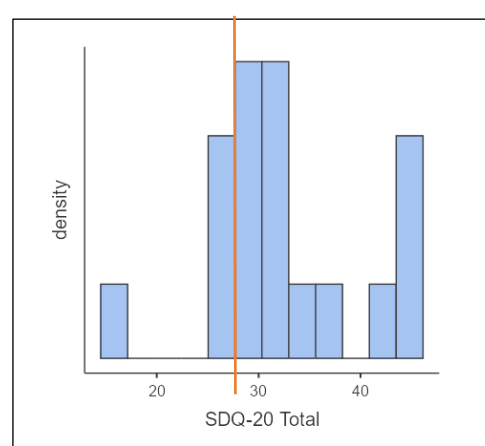
Les analyses suivantes portent sur 18 sujets. On retrouve un score moyen de la DES de 22.6 et de la SDQ-20 de 32.7 (graphe S : Le trait rouge symbolise le score seuil). Notre population a donc un score moyen de la SDQ-20 au-delà du score seuil de ce questionnaire (tableau S62 et graphe S63 et S64)

Tableau S62

	SDQ-20 Total	DES total
N	18	18
Missing	5	5
Mean	32.7	22.6
Median	31.0	21.6
Standard deviation	7.66	10.2
Minimum	17.0	3.93
Maximum	46.0	40.7

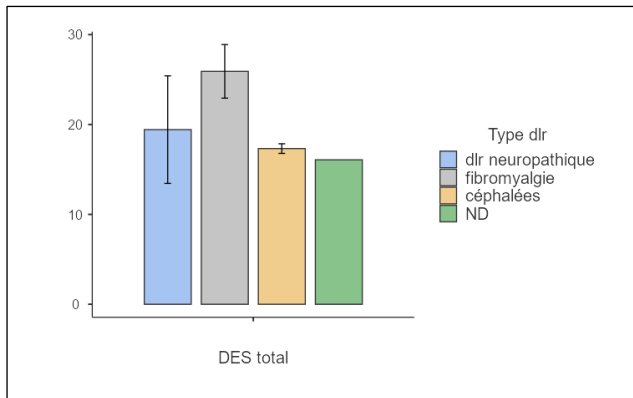


Graphe S63

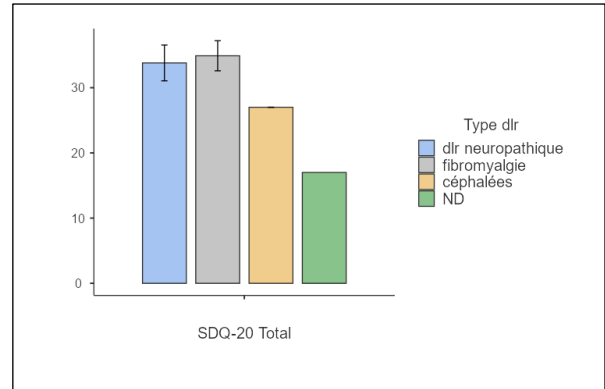


Graphe S64

Lorsqu'on croise avec le type de douleur, on observe que la DES total est plus élevée auprès des patients fibromyalgiques (graphe S65), tout comme le SDQ-20 (graphe S66). Le score SDQ-20 reste élevé pour la population DN. Ici les données ND ne portent que sur un seul sujet. Par ailleurs après vérification le SDQ-20 n'a pas été rempli en entier par ce sujet dont le diagnostic n'a pas été déterminé.

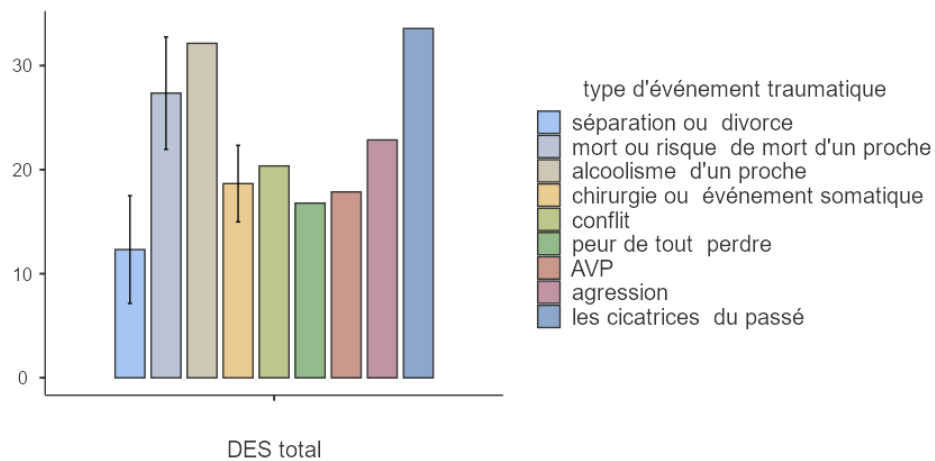


Grappe S65



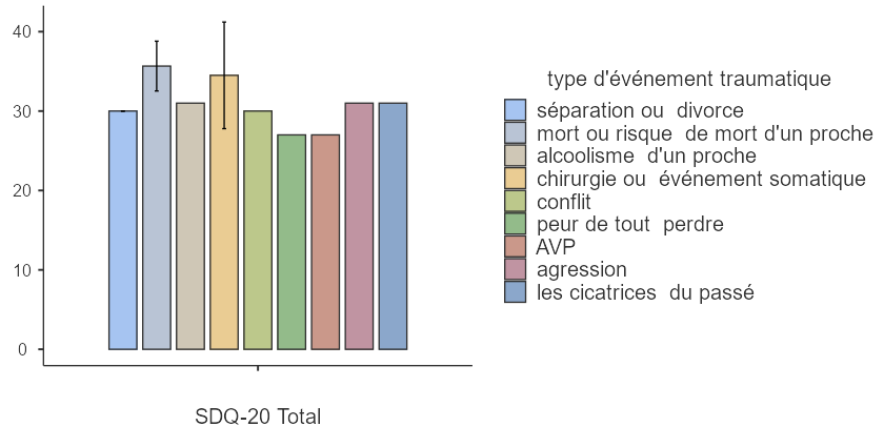
Grappe S66

Nous avons croisé avec le type d'événement traumatique (graphe S67 et S68) mais les réponses étant souvent autour d'un seul sujet, la validité de la démarche est trop limitée. Cela sera intéressant de le faire sur une population plus large.



Grappe S67

On retrouve la même remarque pour la SDQ-20 sauf pour l'événement chirurgie ou événement somatique qui a un score important dans notre population (graphe S68).



Graphe S68

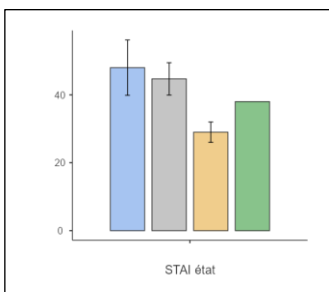
2.4.3 Psychométrie de la psychopathologie

Sur le plan psychopathologique, la population totale présente un score moyen à un niveau modéré pour la dépression et l'anxiété état ou trait. Le score moyen de la FSSIII est dans la population contrôle (tableau S69).

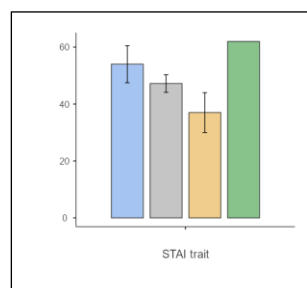
Tableau S69 : Descriptives

	Dépression	Fct phobique	QIA tot	STAI B	STAI A
N	18	18	18	18	18
Missing	5	5	5	5	5
Mean	10.9	145	49.8	48.8	43.5
Median	10.0	135	52.5	47.5	41.5
Standard deviation	6.39	37.1	17.6	11.9	15.3
Minimum	3	100	19	30	25
Maximum	26	214	76	69	75

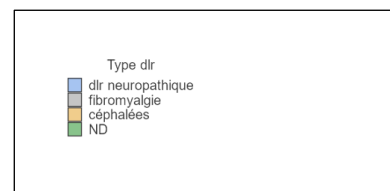
On peut noter le QIA et la FSSIII sont plus élevés dans la population fibromyalgique alors que la STAY et la BDI sont plus élevés pour la population douleur neuropathique (graphe S70 à S74).



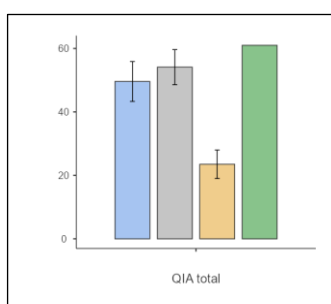
Graphe S70



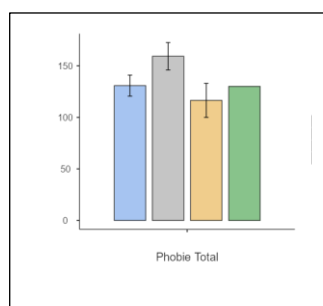
Graphe S71



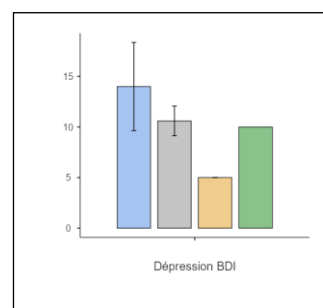
Légende type de douleur



Graphe S72



Graphe S73



Graphe S74

Enfin, on retrouve des données statistiques intéressantes, qui aux vues de la taille de l'échantillon reste trop faible pour avoir une valeur statistique mais la variation observée notamment selon le type de douleur confirme la pertinence de prendre en compte cette donnée dans l'analyse des problématiques. Les scores pour les problématiques traumatiques et dissociatives sont élevés dans notre population.

3. Analyse statistique

Les données brutes sont en Annexe 6. Les analyses statistiques ont été réalisées avec JAMOVI avec une analyse de corrélation que nous mettons en Annexe 7.

3.1 Analyse statistique sur le type de douleur

Nous avons tenté de réaliser des analyses statistiques en termes de différences sur le type de douleur. Pour plus de facilités, nous avons réalisé cette analyse statistique sur les données issues de DN et FM. Mais la distribution des données n'est actuellement pas compatible avec la poursuite des analyses statistiques classiques. Nous vous présentons ici un exemple pour les données « Douleurs » avec des p trop variable et pour certains réfutant l'hypothèse de répartition normale des données (tableau S75).

Concernant la distribution des données, le test Shapiro permet de définir le rejet de l'hypothèse d'homogénéité des données ; or dans le cadre de notre échantillon nous retrouvons une trop grande variabilité de ce test pour pouvoir avancer sur les analyses statistiques.

Tableau S75 : Normality Test (Shapiro-Wilk)

	W	p
Durée des dlrs	0.948	0.432
Nombre de zone douleur	0.880	0.058
En à l'instant	0.914	0.208
EN Maximum	0.819	0.009
EN Minimum	0.930	0.309
EN lors des mouvement	0.934	0.387
EN la nuit	0.820	0.009
EN total	0.904	0.131
QDSA Sensoriel	0.936	0.402
QDSA Emotionnel	0.942	0.479
HADS dépression	0.917	0.197
HADS anxiété	0.967	0.837

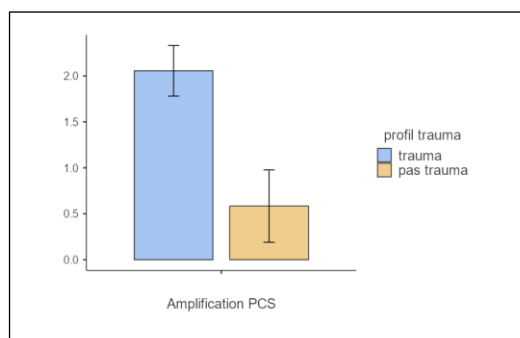
Note. A low p-value suggests a violation of the assumption of normality

Nous avons tenté de réaliser des analyses non paramétriques qui ne répondent pas aux mêmes contraintes en termes de répartition normale ou non, sur des faibles effectifs et/ou sur des données non numériques (Chanquoy, 2005). Nous avons réalisé ces analyses en comparant un groupe douleur FM et un autre DN ainsi qu'un groupe trauma et un non-trauma (en se basant sur les réponses au PCL-S). Seuls une tendance significative au niveau du catastrophisme entre le groupe trauma et non trauma

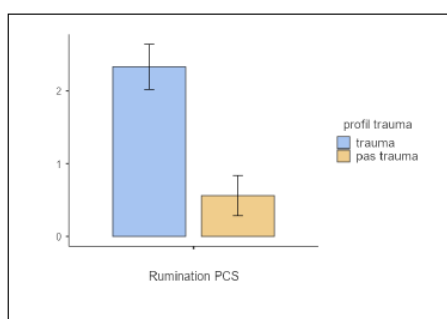
avec une significativité à $p = 0.12$ et $p = .017$ pour respectivement la rumination et l'amplification (tableau S76 graphe S77 + S78).

Tableau S76 : Kruskal-Wallis

	χ^2	df	p
Ignorer les sensations CSQ-F	0.13534	1	0.713
Distraction CSQ-F	0.09287	1	0.761
Réinterprétation CSQ-F	0.09735	1	0.755
Prière CSQ-F	0.28481	1	0.594
Dramatisation CSQ-F	4.64015	1	0.031
PCS Total	5.31664	1	0.021
Impuissance PCS	4.03932	1	0.044
Amplification PCS	5.66692	1	0.017
Rumination PCS	6.24443	1	0.012
Total PASS 20	0.82842	1	0.363
Mystère ICPD	0.03846	1	0.845
Constance ICPD	1.60714	1	0.205
Culpabilité ICPD	0.00408	1	0.949
Pérennité ICPD	0.93284	1	0.334
Kinésiophobie TAMPA	0.18148	1	0.670



Graphe S77



Graphe S78

Ces résultats restent préliminaires et ne nous permettent pas d'assurer une différence significative entre nos différents groupes (trauma vs non-trauma et FM vs DN).

3.2 Analyse des corrélations

Ces analyses ont été faites sur l'échantillon total. À noter que notre échantillon reste de taille tout à fait modeste et de ce fait les attentes sur le plan statistique le sont tout autant. Vous trouverez en Annexe 7 les données sous format Excel avec le code couleur suivant : orange $p < .05$, rouge $p < .01$, bleu $p < .001$.

Sur le plan psychométrique, on retrouve une cohérence avec une corrélation positive au niveau :

- du PCS et de ces 3 facteurs ($p < .001$),
- de la DES avec la dépersonnalisation et la fragmentation ($p < .001$) et l'absorption ($p < .01$)
- de la SDQ- 20 avec la négligence et la réactivité ($p < .001$) et la vigilance ($p < .01$).
- du CSQF dramatisation et PCS et ces 3 facteurs $p < .001$ ce qui est logiquement attendu puisque ces questionnaires sont censés évaluer le même biais cognitif (catastrophisme).

Ces données nous permettent de supposer une cohérence sur le plan psychométrique des outils utilisés.

On retrouve aussi une corrélation entre le SDQ 5 et le SDQ 20 à $p < .01$. Comme habituellement retrouvé, la corrélation entre STAI A et B est présente ($p < .001$).

Sur le plan des douleurs, on retrouve une corrélation entre la HADS dépression et le retentissement sur la vie quotidienne totale à $p < .01$.

Sur le plan de la triade cognitivo-comportementale, on ne retrouve pas de corrélation significative entre les 3 facteurs. On retrouve quelques tendances mais non significatives. Par ailleurs, la corrélation entre PASS 20 et PCS se retrouve à une valeur de $p < .001$. On relève également une corrélation positive entre le nombre de zones de douleur et la stratégie de prière espoir ($p < .01$). La triade cognitivo-comportementale, en tant que telle, ne se confirme pas dans notre échantillon.

Sur la dimension traumatique, une corrélation entre le facteur de répétition-reviviscence du PCL-S et la rumination du PCS ($p < .01$) ainsi qu'une corrélation entre la STAI B et le PCL-S maximum ($p < .001$) sont retrouvées.

On note une tendance (à $p < .01$) sur le fait que plus il y a de PCL-S remplis, plus il y aura de PCL-S positifs et plus le score maximum de PCL-S sera important, allant dans le sens de la répétition du trauma et donc de l'impact de la traumatisation.

Concernant la dimension dissociative, la corrélation entre le DES et du SDQ-20 est sur une tendance faible $p < .05$ ainsi qu'entre le SDQ-20 et la fragmentation de l'identité ($p < .05$).

L'ensemble de ces éléments nous permet d'être optimiste sur les démarches futures avec une certaine cohérence retrouvée sur le plan psychométrique pour la DES et SDQ-20. Concernant les liens entre les différentes problématiques, cela nécessitera bien évidemment de poursuivre les études sur des échantillons beaucoup plus larges.

4. Analyse qualitative

Afin d'assurer cette partie, nous vous proposons, après une revue générale de notre population, la présentation détaillée des 8 cas cliniques issus de l'étude CHRO-PAIN-DISS.

4.1 Présentation globale de la population.

Nous avons déjà remarqué que la population accueillie est représentative sur le plan de la douleur de la population pris en charge en SDC (cf 3.). Sur le plan des stratégies de défenses, on ne note pas de grandes disparités avec les travaux de Dany et col (2009). La triade cognitivo-comportementale ne se retrouve pas autant que nous le pensions initialement.

Ci-joint (tableau 19) un résumé succinct des problématiques des 23 patients inclus, avec des données issues du dossier :

- Hypothèse diagnostique à l'issue du bilan psychologique spécifique douleur (compte rendu psychologique)
- Diagnostic douleur (issu du courrier médical).

Tableau 19 : présentation synthétique de la population CHRO-PAIN-DISS				
	Sexe	age	Hypothèse diagnostique à l'issue du bilan ⁴⁰	Type de douleur
1*	M	40	Trauma précoce, pas de lien avec douleur mais fonctionnement hyperactif, sans antécédent psy, avec demande de prise en charge psychothérapeutique pour régulation émotion	Problématique de DN dans les suites d'opération du poignet suite à un accident du travail, en cours d'amélioration avec la prise en charge actuelle
4	F	41	Tableau anxieux, avec antécédents dépression importante, triade CC, contexte de trauma, suivie par un psychiatre - évitement ++	Fibromyalgie et céphalées chroniques mixtes (tension + migraine) évoluant depuis plusieurs années, contrariété ++ face à la crise mais peu de démarche préventive mise en place
5	F	55	Souffrance psychique au premier plan avec dépression jamais prise en charge par des psy évoluant depuis 20 ans, toujours sous anxiolytique, dans un contexte familial difficile mais présent (maladie, handicap, alcool), orientation vers le CMP pour évaluation traumatisme complexe / pas de passation	Fibromyalgie avec prédominance rachidienne évoluant depuis de nombreuses années et confrontation à des événements médicaux (opération compliquée d'une éventration + douleur séquellaire) + céphalées et arthrose développée des mains
7*	M	55	Traumatisme complexe supposée avec impact sur la régulation émotionnelle, les troubles du sommeil et l'hyperréactivité, avec antécédents de pec en CMP pour des épisodes dépressifs / pas de triade CC ⁴¹ hormis une kinésiophobie et anticipation anxieuse / non dispo pour une pec rééducation à cause de la distance / orientation CMP pour prise en charge psychotrauma conseillé	Douleurs diffuse à prédominance rachidienne et irradiation dans la jambe droite évoluant depuis de nombreuses et apportant une limitation difficile à accepter + problématique de céphalées - migraine non prise en charge
8*	F	51	Problématique de confrontation à des trauma suite à la mort de son père dans son adolescence, hyperactivité ++ et fonctionnement phobique jamais remis en cause, aucun antécédent psy, conclusion pour une problématique canalisée par des défenses actuellement efficaces qui pourront tenir avec l'intégration d'éléments ergothérapeutique et de fractionnement activité, pas de triade CC mais une kinésiophobie à entendre	Douleur sur plusieurs zones du corps avec une douleur ++ dans les suites d'une chute il y a 2 ans (d'allure neuropathique mais dont la lésion n'est pas confirmée) et des cervicalgies évoluant depuis 20 ans, problématique un peu améliorée par le TENS et la duloxétine + pec centre de rééducation
10*	F	52	Problématique de confrontation à des angoisses majeures (séparation, mort) et prise en charge auprès d'un psychiatre en libéral depuis plusieurs années dans le cadre d'un by-pass, troubles du sommeil faisant évoquer une problématique dissociative et hypothèse traumatisme complexe, confrontation à une opération d'un méningiome qui a changé son rapport à l'angoisse, kinésiophobie et anticipation anxieuse	Douleur non expliquée, très localisée apparue dans les suites de la maternité et évoluant en fonction du poids associée à une fatigabilité ++ et un fonctionnement persévérant (travail, ménage, etc...) + problématique de migraine jamais traitée
17*	F	55	Confrontation à des trauma (violence, agression) avec stabilisation depuis quelques années, pas de prise en charge psy, troubles du sommeil en cours de bilan, diabète, pas de triade CC, problématique trauma stabilisée selon psychométrie et pas de demande de prise en charge	Douleur évoluant depuis de nombreuses années sur plusieurs zones du corps et variables ++ en lien avec une problématique d'arthrose connue et opérée + douleur plus diffuse depuis un an principalement sur les membres inférieurs dans les suites d'un accident du travail avec entorse ++ / amélioration récente de la problématique douloureuse par la limitation des activités et le TENS et duloxétine + Activité physique adaptée
18	M	35	Pas d'antécédent psy, identification du stress comme élément potentiellement déclencheur de céphalées, pas de triade CC, un antécédent d'accident de la voie publique dans l'enfance sans symptomatologie, problématique de sommeil peut-être en lien avec les écrans (addiction ?) - verrouillage ?	Céphalées chroniques évoluant depuis presque une dizaine d'années / description céphalées de tension + crise migraine associé à une problématique de sommeil + fatigue ++ jamais bilantée
19	M	53	Syndrome anxiodépressif en cours de prise en charge par un anti-dépresseur qui agit sur les douleurs et l'humeur, actuellement en congé parental de son deuxième enfant, 2ème union, carrefour de vie sur le plan pro avec surmenage ++, pas de passation car logorrhéique	Problématique de migraine chronique évoluant depuis l'adolescence avec mise en évidence d'une apnée du sommeil sévère, récemment appareillée / amélioration de la problématique chronique, difficulté à mettre en place des démarches préventives

⁴⁰ Situation clinique détaillée

⁴¹ CC =cognitivo-comportementale

20	F	68	Prise en charge d'un TSPT par EMDR lors du séjour en centre de rééducation dans les suites directes de l'accident car déstabilisation ++ et hyperréactivité au bruit ++, épuisement des défenses et anticipation anxieuse de la douleur ++ / hypothèse d'un TSPT à l'accident de la voie publique et aux crises céphalalgiques suite au trauma crânien vécues dans les suites directes de l'accident toujours présent et problématique anxieuse en lien avec des événements de vie de proche, anticipation anxieuse de la douleur, pas de triade CC	Problématique de céphalées chroniques déstabilisées dans les suites d'un AVP il y a 7 ans, avec une amélioration récente par traitement de crise et traitement de fond
22	F	57	Souffrance psychique centrée sur les événements somatiques qui s'accroissent et réactive une angoisse ++ associée à des difficultés sociales (ne peut plus exercer son emploi sans relai administratif) / problématique de kinésiophobie et évitement ++ (repli sur son domicile, limitation des déplacements, etc...), parcours trauma présent ayant donné lieu à des déstabilisations (et lien reconnue par la patiente sur le début des douleurs et la cumulation de plusieurs décès) mais besoin d'accompagnement sur la phase somatique en cours et la réactivation de l'activité pour limiter le déconditionnement et la dépression, kinésiophobie	Douleurs diffuses et variées évoluant depuis une 20aine d'années + opération épaule compliquée sur le plan des douleurs il y a presque 10 ans + découverte récente d'une maladie hémato + en cours de bilan pour un nodule pulmonaire
23	F	49	Problématique de trauma en lien avec le décès de sa mère, il y a plus de 20 ans, avec pec psychothérapeutique mais une charge émotionnelle toujours très importante pouvant avoir un impact négatif sur la problématique de souffrance actuelle et la douleur, présence de la triade CC mais kinésiophobie et anticipation anxieuse	Douleurs dans les membres inférieurs dans les suites d'opérations du rachis, évoluant depuis 4 ans, associées à des lombagos réguliers évoluant depuis une année
25*	M	48	Dépression depuis environ 1 an apparue dans les suites du confinement liée à la COVID avec cumulation d'événement traumatique autour de la mort ou la santé depuis son enfance / Traumatisme répété / triade CC	Douleurs neuropathiques dans les suites d'une atteinte médullaire en lien avec des complications infectieuses d'une opération d'hernie discale en urgence il y a 5 ans / paraplégie séquellaire
27	F	38	Problématique complexe avec un trauma à l'âge adulte qui a donné lieu à une décompensation sur le plan dépressif avec hospitalisation longue en milieu psy et suivi depuis en CMP, il y a 5 ans, possible souffrance dans l'enfance évoquée à demi-mot pouvant laisser supposer une problématique de trauma complexe car réactivation émotionnelle ++	Problématique douloureuse évoluant depuis la petite enfance dans un contexte rhumato sans diagnostic franc ou la problématique douloureuse va au-delà de la problématique rhumatismale / douleur sur l'ensemble du corps et fatigue ++
28	M	58	Décompensation psychiatrique suite à un événement professionnel décrit comme une mise au placard ayant provoqué une problématique traitée par anti-psychotique, discours avec des aller-retour entre les différents traumas tout au long de sa vie avec peu de cohérence temporelle dans la présentation / trauma complexe ? / hospitalisation et suivi CMP en cours / déstabilisation émotionnelle +++ à la première rencontre avec beaucoup de pleurs et mise en place ICV avec une régulation ++ lors du deuxième entretien à 6 mois	Apparition d'une problématique de douleur d'allure neuropathique sans lésion ni pathologie identifiée amenant les médecins à ne pas se prononcer sur la nature de la douleur
29	F	41	Problématique traumatique suite à la perte de son 1er enfant, avec pec psy à visée de soutien et une réactivité émotionnelle et une déstabilisation franche sur le plan anxio-dépressif dès le début du bilan / orientation CMP non réalisée par la patiente mais accord pour mise en place EMDR avec délai ++ / souffrance réactionnelle ++ en lien avec les conséquences de la douleur notamment sur le plan professionnel / kinésiophobie	Douleur neuropathique dans un contexte de dos multi-opérés
32	F	57	Situation douloureuse nettement améliorée qui a permis à la patiente de reprendre son activité professionnelle et de poursuivre jusqu'à son projet de retraite ce qui était son objectif, peu de propositions psychocorporelles, pas d'antécédent psy	Problématique initiale de céphalées dans les suites d'une brèche médullaire qui a été nettement améliorée par le sevrage médicamenteux réalisé juste avant le bilan / mise en évidence d'une problématique des sciatiques dans un contexte rachidien et rhumato connu mais peu pris en charge sur le plan des douleurs, mise en place du TENS avec une nette amélioration et une stabilisation de la problématique ++
33	F	33	absence de compte rendu	Problématique de douleur neuro évoluant depuis de nombreuses années sur hémicorps sans étiologie claire + céphalées importantes dans les suites d'une opération d'un neurinome bénin
36	F	46	Problématique de trauma complexe dans un contexte de parcours de vie difficile dont une opération du cerveau à l'âge de 3 ans dont elle n'avait pas connaissance, un parcours scolaire toujours difficile et une vie adulte faite d'incompréhension et de rejet, réaction émotionnelle à l'évocation du passé qui entraîne un refus de la part de la patiente, réorientation CMP, triade cc	Problématique douloureuse évoluant depuis de nombreuses années avec répercussions professionnelles et personnelles importantes

37*	F	33	Problématique de trauma complexe avec violences dans l'enfance, agression, séparation pendant sa grossesse et opération en urgence avec suite compliquée ++, orientation vers CMP mais situation délicate ++ et peu de ressources, kinésiophobie présente	multiples problématiques douloureuses : endométriose, hernie discale opérée, problématique rhumatismale et maladie de Lyme amenant des douleurs sur l'ensemble du corps pouvant être par moment particulièrement intense et une résistance aux différents pec
39*	M	47	TSPT à la problématique cardiologique, triade cc	Douleur diffuse, très variable en termes d'intensité et de localisation dans un contexte d'hyperactivité émotionnelle importante
40	F	42	Antécédent de dépression au début de l'âge adulte dans les suites de décès de proche, souffrance psychique réactionnelle ++ face à la situation sur le versant anxio-dépressif en cours de pec psychothérapeutique	Douleur et fatigue chronique dans les suites de la COVID en mars 2020
41	F	44	Dépression dans les suites de déboires sentimentaux et décès de proche avec une tendance à l'addiction, stoppée à la fin de la dépression, fonctionnement obsessionnelle et peu de ressources, pas de triade cc	Douleur diffuse dans les suites d'une dépression depuis 2 ans / hypothèse d'un déconditionnement réactionnelle à la dépression et favorisant les douleurs avec une composante rachidienne dans un métier exposé

L'ensemble de ces situations confirme la présence importante de la souffrance psychique auprès de la population rencontrées ainsi qu'une population particulièrement exposée aux psychotraumatismes. Un biais de recrutement est à souligner, puisque les patients ont été orientés par le médecin, souvent devant des difficultés de prise en charge ou devant l'identification de signe en lien avec le trauma (lié au travail en collaboration sur cette thématique depuis plusieurs années). Mais on peut noter que la prédominance des problématiques traumatiques souvent complexe (près de la moitié de la population rencontrée), confirmant l'intérêt de l'évaluation de la traumatisation.

Afin de compléter cette analyse, étudions maintenant les situations cliniques détaillées.

4.2 Situations cliniques détaillées

Nous présentons ici 8 cas cliniques. Ils sont issus de 8 sujets de l'étude dont l'ensemble des données a pu être collecté: premier entretien enregistré, frise historique, psychométrie et fiche synthétique. Les entretiens ont été transcrit en utilisant le logiciel SONAL et sont accessibles en annexe 9.

Certains éléments ont été modifié pour garantir l'anonymat.

Chaque situation clinique détaillée sera présentée comme suit :

- Une présentation brève de la situation et du contexte de la rencontre,
- Une analyse à partir du discours des éléments qui nous semblent saillants concernant la problématique douloureuse, traumatique ainsi que la dissociation,
- L'évaluation psychométrique associé à la présentation du profil psychométrique, avec une centration sur l'évaluation du trauma et de la dissociation,
- La présentation de la frise historique réalisée lors du 3^{ème} entretien
- La fiche synthétique de la situation clinique

Monsieur 1

Monsieur 1 est marié et père de 3 enfants. Il exerce ses fonctions de conducteur d'engin en CDI depuis de nombreuses années. Dans les suites d'un accident du travail et d'une blessure au poignet qui a été opérée, il développera un tableau clinique de douleur neuropathique qui justifiera la prise en charge à la SDC. Au moment de la rencontre avec le psychologue en vue de la détermination de

l'intérêt de techniques psycho-corporelles à visée antalgique, le projet thérapeutique avait déjà permis à Monsieur 1 d'avoir une douleur beaucoup plus contrôlable. Ce projet est constitué de l'utilisation du TENS, d'un patch de Qutenza® tous les 3 mois, du Versatis® au domicile si besoin et une session de thérapie miroir réalisée en libérale auprès d'une kinésithérapeute formée.

Le bilan psychologique se déroule dans de bonnes conditions avec un investissement positif de l'espace de parole et une description de la problématique dans une alliance.

La verbalisation dans l'entretien est fluide, cohérent et clair. On retrouve beaucoup de rires ou de soupirs traduisant une tentative de canalisation de l'émotion ressentie. On perçoit une certaine nervosité (mouvement sur le siège, discours rapide, description précise des événements en lien avec la douleur).

On retrouve une description claire d'une problématique neuropathique avec un retentissement décrit principalement sur l'humeur et l'activité professionnelle. Ces répercussions ne sont pas en continues mais par période souvent en lien avec la fatigue ou la météo (période hivernale). Les vibrations en lien avec son activité professionnelle sont également rapportées comme un facteur d'aggravation des douleurs.

Il doit recourir à des arrêts de travail quand la douleur devient insupportable. Le repos aide à régulariser la situation. L'utilisation des techniques précédemment citées aide également clairement à stabiliser la situation.

On ne retrouve pas d'antécédent sur le plan psychiatrique.

Les douleurs sont apparues dans un contexte d'accident de travail que Monsieur décrit avec quelques imprécisions et sans activation émotionnelle perçue.

Monsieur 1 : heu en gros j'avais eu une opération pour lever un conflit osseux dans le poignet et déjà à l'époque le médecin le chirurgien me disait que c'était vraiment une solution transitoire... que les douleurs seraient toujours là et qu'elles deviendront ... certainement crescendo avec le temps alors là ça fait 5 ans que j'ai été opéré pour la deuxième fois et... Effectivement les douleurs systématiquement c'est crescendo tous les ans à partir de début octobre jusqu'aux beaux jours quoi !

[...]

Monsieur 1 : oui en fait j'ai dû m'arrêter d'urgence je suis conducteur de train j'ai dû m'arrêter en urgence avec mon train aux alentours de XXX (il y a 6 ans) suite à une personne dans les voies et j'ai frappé... j'ai voulu frapper le champignon d'urgence par reflexe comme on a appris quoi, et sur la machine là par reflexe ce n'était pas le champignon d'urgence qui était là mais un autre levier ... et... et... j'ai frappé là quoi et ... du coup ils ont pas trop su me dire ce que j'avais tout de suite j'ai ressenti une violente douleur j'ai été aux urgences à XXX à l'arrivée de mon train ... non pas à l'arrivée de mon train j'ai continué ma journée et j'ai été aux urgences le soir ils voyaient rien donc ils ont conclu à une entorse quoi.

Psycho : d'accord. Mais vous avez eu très mal tout de suite ou c'est venu plus tard ?

Monsieur 1 : il y a fallu que je refrappe une 2e fois au bon endroit là j'ai vraiment ressenti une douleur mais le problème c'est que le train était arrêté à moitié à quai et il a fallu gérer la situation et avec l'adrénaline j'avais pas mal quoi les douleurs sont arrivées de vingtaine de minutes après quoi.

Psycho : il n'y a pas eu de blessés ni quoi ce soit après ça s'est bien résolu si je puis dire c'est ça ?

Monsieur 1 : C'est ça

Psycho : et donc une vingtaine de minutes après quand on a compris que tout allait bien c'est là que les douleurs ont été importantes

Monsieur 1 : Ouais

Psycho : et elles étaient comment les douleurs en termes de sensation ?

en termes de localisation ? **Monsieur 1** : un peu un peu comme une entorse quoi... un peu quand même vraiment un peu comme une entorse **Psycho** : c'est-à-dire ?

Monsieur 1 : ça a tendance à chauffer et quelques sueurs froides et vraiment des des ... avec le souvenir que j'ai aujourd'hui c'était déjà à l'époque des douleurs qui me lançaient et qui m'irradiaient un peu la zone ici quoi avec le temps c'est vrai que ça se propage dans les doigts mais c'est vraiment là et sur le côté.

Psycho : d'accord. Donc du coup vous repartez quand même enfin d'une certaine manière.

Monsieur 1 : oui je me sentais aller pour finir ma journée donc j'ai fini ma journée et je devais dormir à je suis conducteur à XXX donc je devais dormir sur XXX et finalement bah je suis allé aux urgences à XXX et on est venu me chercher le soir même pour rentrer à la maison et arrêt du travail après.

Il s'en suit tout une description du parcours fait d'aller-retour entre des avis médicaux, des tentatives d'amélioration souvent soldés par des échecs et des injonctions administratives en lien avec la médecine du travail où l'enjeu se trouvait autour de la capacité ou non à reprendre son travail au poste antérieur. Puis vient une deuxième opération :

Monsieur 1 : il y a une deuxième opération et là il a gratté.

Psycho : d'accord... OK et ça a changé quelque chose ?

Monsieur 1 : ça a changé tout (rires) à partir de là ça a tout changé j'ai pu reprendre le travail au bout de dix mois d'arrêt, soit toute la période à la suite de la première opération donc la 2ème opération a eu lieu 6 mois après .. euh j'étais sous Lamaline, j'étais sous Tramadol puis j'ai été sous Lamaline j'ai encore été sous Lamaline je n'avais plus de douleur mais mais j'avais tous les syndromes de la morphine qui étaient là. J'ai eu ensuite la codéine. Avec tout ça, je pouvais pas reprendre le travail... Et à la suite de la 2ème opération, Bah ouais, j'avais plus cette douleur permanente qui était là. De temps en temps, ça revenait. C'est assez léger, c'était gérable... La première année, ouais ça a été très gérable. Ça a recommencé à venir doucement tous les hivers, tous les hivers, jusqu'à l'année dernière, ou ... ouais octobre 2019, où il a fallu que je me remette en arrêt parce que j'en pouvais plus.

Psycho : octobre XXX (il y a deux ans) ?

Monsieur 1 : oui... Le dossier avait été fermé. Il a fallu que je me batte pour faire réouvrir le dossier en accident du travail. ... J'ai eu je me suis remis 2 mois d'arrêt ... avec beaucoup beaucoup de kiné. Ce qui m'a permis d'enlever un peu les tensions qui avait un peu dans le bras, dans le poignet, on a pensé au départ que c'était vraiment ça qui gênait quoi. J'ai eu beaucoup de kiné pendant 6 mois... euh... J'ai refait un arthroscanner pour justifier de la situation à la caisse. On avait fait un EMG aussi pour vérifier qu'il n'y avait pas de soucis au niveau des nerfs. ... et ... Du coup, ils ont accepté de rouvrir (rires) Par contre, octobre XXX (il y a un an) ça a été, ça a été horrible, ça a commencé à revenir,

mais assez violemment. Je travaillais encore, j'étais pas en arrêt. Mon médecin m'a represcrit de la kiné. Là j'ai eu une kiné remplaçante qui elle, m'a orienté vers un centre antidouleur. C'est grâce à elle que je suis, que j'ai pu avoir un rendez-vous ici en fait... C'est juste que pendant toute la période-là, personne me l'a dit.

Le diagnostic des douleurs est clair et ne donne pas lieu à des questionnements pour Monsieur 1.

Psycho : et donc vous là vous allez rencontrer l'interne ? et qu'est-ce que ce qu'il a dit l'interne ?

Monsieur 1 : il m'a fait remplir tout son questionnaire et il a dit qu'oui, effectivement, on est clairement dans de la douleur neuropathique.

Psycho : d'accord.

Monsieur 1 : en plus des douleurs mécaniques que je peux avoir,... parce que c'est vrai que depuis le temps l'arthrose c'est mise là j'ai plusieurs points.... Oui à ce niveau là j'ai des petits points sur mon poignet et ... Et avec la situation que j'avais au boulot où le covid n'était pas forcément gérer correctement, tout le stress, la fatigue, systématiquement les douleurs étaient là, là, là, toujours là sans partir... c'était pesant, très pesant...

Sur le plan des antécédents, Monsieur 1 rapporte un nombre important de soucis de santé allant du jeune âge à l'âge adulte avec une forme de répétition dans l'identification des soucis à l'âge adulte.

Psycho : hum hum. Avant tout ça, vous aviez eu des problèmes de santé ? **Monsieur 1** : ouais (rires) ouais quand même pas mal (rires)

Psycho : vous voulez bien m'expliquer un petit peu ?

Monsieur 1 : euh... euh... tout petit, tout petite j'ai fait oui tout petit petit j'ai eu une fracture du col du fémur à 2 ans.

Psycho : sur une chute ?

Monsieur 1 : apparemment j'ai shooté dans un ballon à l'école et je suis tombé... J'ai eu une salmonellose avec 7 jours d'hôpital ... à 7 ans, j'ai eu une varicelle à 14 ans avec 10 jours d'hôpital... En XXX (il y a 19 ans), plutôt XXX (il y a 18 ans) j'ai fait une cholécystite aigüe. On m'a opéré de la vésicule.

Psycho : donc elle est retirée ?

Monsieur 1 : ouais.

Psycho : à quel âge vous m'avez dit ?

Monsieur 1 : en XXX (il y a 18 ans) j'avais 22... (silence) XXX (il y a 12 ans) j'ai eu une péritonite ! ... J'avais été pris en urgence et en plus le dossier avait traîné... j'avais des sensations dans le ventre qui n'étaient pas normales. Le premier médecin a conclu une appendicite, alors j'ai dû faire une échographie et à partir de là, ça a été n'importe quoi.

Psycho : ça a été le combat.

Monsieur 1 : ils ont rien vu et ils ont rendu un certificat type d'une femme enceinte. Donc je me retrouve à des ovaires avec une vésicule que je n'avais plus quoi... À partir de

là ça a été nimp. Ils m'ont envoyé voir un chirurgien, je suis allé au CHU, il a conclu à autre chose : une occlusion intestinale à la place d'une appendicite et il m'a donné de la pâte laxative pour aller aux toilettes. Le lendemain j'en pouvais plus, j'ai été aux urgences à XXX et ils m'ont opéré le lendemain.

Psycho : ouï, ... Donc vous avez un petit vécu avec les hôpitaux et un petit ... antécédent, quoi, on va dire quand même, avec quelques petits loupés et quelques difficultés.

Monsieur 1 : ouais.

Psycho : et puis dans l'enfance, bah c'était dans les années 80, vous avez des souvenirs encore de cette époque-là ou pas ? Ça a été difficile selon... dans vos souvenirs ? ou globalement ça a été cette prise en charge là, dans l'enfance ?

Monsieur 1 : ça remonte à loin, ça remonte à très loin (rires). Là je ne pourrais pas forcément vous dire sur la prise en charge parce qu'avec les souvenirs que j'ai sont minimes, ils sont minimes... **Psycho** : d'accord.

Monsieur 1 : je vois encore à 2 ans avoir un masque au bloc avec la jambe en l'air... (silence) quand j'ai fait la salmonellose je me rappelle de la perf où je ne voulais absolument pas être piqué, j'ai piqué, j'ai piqué une colère, j'imagine une aiguille comme ça (rires) n mais sinon c'est les seuls souvenirs que j'ai à peu près.

Sur le plan familial, Monsieur 1 ne relève pas de soucis particuliers mis à part l'hyperactivité diagnostiquée de son fils, lui faisant parler de son propre rapport à l'activité.

Monsieur 1 : j'ai pas été déclaré hyperactif quand j'étais jeune mais il faut toujours que je sois actif je peux pas rester en place pendant 2h quoi.

Psycho : c'est quelque chose qui est euh... difficile d'une certaine manière, donc dans un sens, ça vous pèse d'être aussi actif que ça ?

Où la famille trouve que c'est difficile de vous suivre ?

Monsieur 1 : ouï ma femme, enfin ma femme on est pas encore marié. **Psycho** : ouï ?

Monsieur 1 : ma femme elle trouve, il y a des moments où elle aimerait bien être posé, c'est compliqué pour elle. Quand elle a envie d'être tranquille et que j'ai toujours envie de faire quelque chose. Ouais c'est compliqué. Après, quand je suis vraiment fatigué... bon je me pose. Mais elle aimerait bien qu'on reste un peu plus casanier quoi (rires) si je peux utiliser ce terme (rires).

Psycho : parce que du coup vous, qu'est-ce que vous aimez bien faire ?

Monsieur 1 : moi j'aime sortir. J'aime sortir euh... Pas forcément marcher, je... avec la maison c'est vrai que j'avais levé le pied sur le vélo et là je me suis un peu plus remis au vélo avec des copains, c'est vrai qu'on sort pas mal en vélo ces derniers temps, bon vous allez me dire pas quand il moche... J'aime bien sortir, j'aime bien travailler à la maison, ... j'aime bien faire beaucoup de jeux de sociétés aussi. J'ai beaucoup joué à l'ordinateur aussi quand j'étais jeune... (silence). Et elle elle s'oppose, j'aurais envie de faire un jeu de société par exemple et elle n'en aura pas envie, du coup ça arrive que je vais la damner jusqu'à ce qu'elle accepte quoi (rires) et ouais, c'est vrai que les deux gamins sont pareils. Vis-à-vis de ça, ils sont pareils. On a eu des soucis à l'école avec le grand à cause de ça car il n'est pas actif, il trouvera quelque chose pour s'occuper qui sera pas attrait

avec l'école et il trouvera quelque chose pour s'occuper. C'est vrai que CP CE1 ça a été compliqué.

Sur le plan du parcours de vie Monsieur 1 verbalise plusieurs moments difficiles, avec d'abord les confrontations au milieu médical dès son plus jeune âge à une époque où la prise en charge de la douleur des enfants était très limitée, mais aussi sur une période de sa vie d'adulte lors d'un divorce d'une première union.

Psycho : hum... vous êtes déjà passé par des périodes de dépression ou de difficultés de vie majeures ?

Monsieur 1 : difficultés oui, j'ai divorcé en XXX (il y a 13 ans) (silence) ouais et la situation a été compliquée j'ai géré seul mais la situation a été compliquée... compliquée...

Psycho : ... avec des enfants issus de cette union ?

Monsieur 1 : non, on avait rien. On a passé 10 ans ensemble ouais ...et c'était compliqué (rires).

Psycho : oui dans un sens

Monsieur 1 : On cherchait à avoir des enfants et on n'y arrivait pas.

Psycho : D'accord

Monsieur 1 : on n'y arrivait pas ... Et puis on n'était pas dans le même milieu non plus

Psycho : d'accord. C'était une période de vie qui a été difficile à ce moment-là si je comprends bien pour vous ?

Monsieur 1 : ouais.

Psycho : d'accord.

Monsieur 1 : je suis pas quelqu'un d'ouvert à parler alors (rires)

Psycho : vous parlez déjà pas mal hein. Après c'étaient des périodes difficiles, des fois on est amené à faire des choix qui sont compliqués et qui, ... et qui des fois ça fait partie de la vie....

Monsieur 1 : un peu comme avec ma main en fait, j'ai l'impression que mon cerveau, a tout mis de côté.

Psycho : ouais.

Monsieur 1 : c'est vrai qu'il y a des moments où ça ressort mais...

Psycho : bah c'est un peu une disposition du cerveau, c'est à dire que dans un sens, c'est un des avantages de nos défenses, c'est que mettre de côté c'est bien pratique pour pouvoir se concentrer sur le présent et avancer. C'est une stratégie quand, enfin face à des événements désagréables, difficiles, dont les événements douloureux, douloureux au sens d'une atteinte du corps ou douloureux au sens affectif du terme, c'est une stratégie que l'on va très souvent mettre en place. Mais c'est vrai qu'il y a un coût, il y a un coût, ça peut revenir et ça revient souvent au moment où on s'y attend pas, ou alors ça nous tombe dessus, on comprend pas toujours pourquoi ça revient là, ou alors des fois c'est derrière et ça nous met une sorte d'état de tension ... et ça interfère voilà sur plusieurs choses de la vie quotidienne où on est amené des fois à être irritable, un peut être agressif sans trop savoir. Il peut y avoir voilà différents éléments comme ça ... qui peut, et on va parler d'une sorte d'état de tension qui va faire qu'on va rester un peu sur le qui-vive et qu'on peut être amené à être tendu, voilà. Ça vous parle visiblement si je vois bien.

Monsieur 1 : beaucoup. Oui, effectivement... C'est vrai que c'est un peu comme ça.

La fin de la formulation de ce passage (tour de parole 14 et 16) est intéressante avec un lien avec sa problématique douloureuse et la dissociation que l'on pourra supposer. Monsieur 1 fait référence à ce qu'il a décrit sur le vécu de la thérapie du miroir (décrit dans le passage en page 157) qui lui a permis de reconnecter sa main à son schéma corporel. Ainsi avant la réalisation de cette thérapie du miroir, la main n'était plus en lien avec le corps. Nous avons utilisé le terme de connecter alors pour illustrer le travail réalisé pendant la phase du traitement par miroir. Le lien entre la réaction de son cerveau face aux événements de vie et sa main (« un peu comme avec ma main en fait, j'ai l'impression que mon cerveau, a tout mis de côté [...] c'est vrai qu'il y a des moments où ça ressort mais... ») est faite par le patient pendant l'entretien.

Par ailleurs on apprendra par la suite plusieurs moments traumatiques notamment dans son enfance en lien avec une situation familiale compliquée et dans la confrontation à ses parents. Ainsi Monsieur 1 verbalise être en difficulté avec certaines réactions qu'il a quand il est énervé ou irritable. Cela le gêne car il craint de reproduire ce qu'il a vécu dans son enfance. Ces enfants sont également décrits comme très actifs. Ce n'est que vers la fin de l'entretien et avec beaucoup de précautions que Monsieur 1 parlera de son enfance. Cela donnera lieu à des verbalisations plus importantes dans les autres rencontres. L'orientation vers un travail de psychothérapie a été formulé assez rapidement.

Monsieur 1 : Mais après ouais bof mes parents ont divorcé, j'étais petit... (long soupir)
J'en parle ou pas ?

Psycho : c'est vous qui voyez.

Monsieur 1 : mes parents ont divorcé, j'avais 5 ans. 5 ans en fait et une séparation hyper douloureuse ... de ce que je me souviens pour eux, du peu que je me souviens, pour moi aussi, j'étais ballotté chez l'un, j'étais ballotté chez l'autre, j'étais ballotté chez ma grandmère, pour moi c'était infernal, c'était infernal.

Psycho : d'accord.

Monsieur 1 : c'était infernal ... en plus ma mère, malheureusement ma mère, ouais pfff. Des fois, aujourd'hui, je me dis qu'avec cette tension que j'ai, je réagis exactement comme elle, sans passer à l'acte parce que finalement c'est vrai qu'elle me frappait pas mal.

Psycho : d'accord. Oui ?

Monsieur 1 : bah en faire des crises derrière... je Je me souviens avoir eu la tête sous la douche parce que je piquais une crise parce que je m'en étais pris 2-3 dans la tête et puis voilà. **Psycho** : c'était plus possible de s'arrêter à ce moment-là et que... **Monsieur 1** : nan.

Psycho : d'accord.

Monsieur 1 : et par moment ouais j'ai l'impression ouais, de reproduire ce schéma. D'un autre côté, je reproduis les schémas de mon père où il était tout le temps en train de gueuler pour un rien et ouais quoi, ce que je fais aussi.... C'est ce que je fais aussi...

Détaillons maintenant le vécu de la thérapie du miroir qui a été particulièrement aidant pour permettre d'identifier un phénomène que nous rencontrons souvent dans les douleurs neuropathiques des extrémités (et souvent dans les SDRC). Il s'agit de modification du schéma corporel en lien avec les douleurs.

Monsieur 1 : elle m'a fait travailler donc sans miroir, avec des feuilles pour reconnaître main droite, main gauche donc c'était assez facile mais assez troublant, je voyais pas sur le coup l'intérêt de le faire.

Psycho : exactement.

Monsieur 1 : donc voilà, elle m'a quand même bien expliqué la chose et... Répéter, répéter, répéter toute la journée, c'est vrai que ça, c'est assez lassant, sans voir voir l'objectif derrière, c'est assez lassant mais... On arrive à la 2ème phase et c'est là que ça a été assez problématique pour moi parce qu'imaginer, sa main atteinte et faire un mouvement. J'aurais clairement imaginé ma main droite, mais la main gauche c'était impossible, je ne la voyais pas dans ma tête... Finalement on s'est rendu compte que mon cerveau avait complètement oublié le côté gauche... Et c'est là qu'en travaillant vraiment beaucoup, j'y suis vraiment arrivé qu'à la fin de la 2ème phase, à la fin des 15 jours, à voir vraiment ma main gauche et faire ses mouvements.

Psycho : vous reconnecter avec elle en fait.

Monsieur 1 : et là, par contre, dès qu'on a intégré le miroir, les douleurs ont réellement commencée à disparaître. Enfin disparaître un temps mais réellement disparaître et... Ça m'a comme vous dites reconnecter à ma gauche, c'est vrai que j'arrive beaucoup mieux à analyser ce qui se passe.

Psycho : d'où le fait aussi de gérer la douleur. Vous voulez intégrer plus comme étant une sensation qui vient de votre main alors que jusque-là les douleurs étaient une sensation d'un truc que vous saviez pas ce que c'était puisque vous étiez déconnecté avec la main gauche.

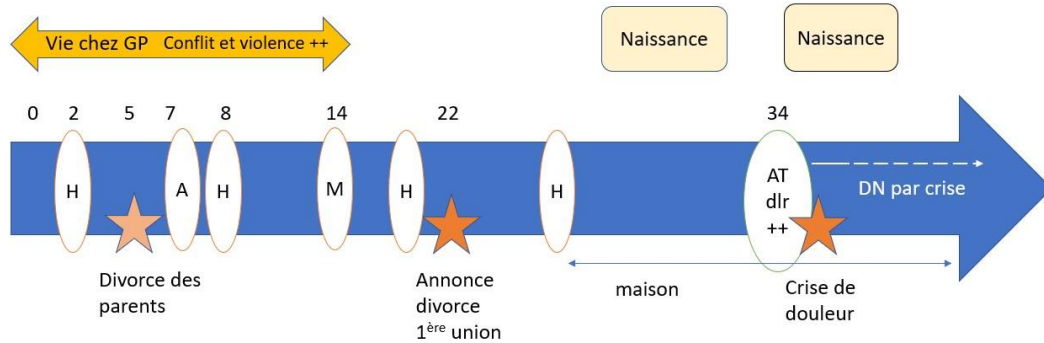
Monsieur 1 : et du coup m'a fait pendant 3 semaines ouais, on a déjà on a fait pendant 3 semaines parce que les 15 jours j'avais beaucoup de douleur qui étaient encore là, beaucoup de douleur qui étaient encore là et j'arrivais pas à bien à bien les atténuer ... on en a fait pendant 3 semaines et au bout de 3 semaines, elle m'a demandé de commencer à un peu un peu un peu lever le pied sur le sur le miroir pour voir comment ça se passait quoi... Et la douleur juste avec le TENS et un patch de versatis® va s'atténuer toute seule.

Psycho : c'est à dire que, en gros, la thérapie du miroir vous a permis que ce soit plus que les techniques que vous utilisez soient plus efficaces.

Monsieur 1 : oui.

A la fin du bilan, nous avons réalisé la frise suivante en collaboration avec Monsieur 1.

M 1 / 40 ans / DN / depuis 5 ans



H = hospitalisation
 A = accident
 M = Maladie

On retrouve une succession d'événements potentiellement traumatique, qui n'a pas de relation temporelle avec la survenue de la douleur. Les étoiles sont les 3 événements que Monsieur 1 a évalué dans le PCL-S.

L'évaluation psychométrique rapporte l'absence de biais cognitivo-comportementaux impactant la douleur chronique. Sur le plan de la psychométrie évaluation certaines dimensions psychopathologiques, on retrouve une problématique traumatique au premier plan associant :

- Deux événements traumatiques sur 3 évalués où la douleur est citée en tant que telle

Score Total PCL-S	36	47	55
Score "Répétition"	1	1,6	3,4
Score "Evitement"	2,833	3,333	4,167
Score "Hyper réactivité neurovégétative"	2,8	3,8	2,6
Événements	Divorce de mes parents	Crise de douleur aigue suite à mon accident du travail	L'instant où mon ex-femme m'a annoncée qu'elle me quittait

- Des scores de DES en dessous du score seuil
- Un score du SDQ-20 au-dessus mais proche du score seuil

Profil psychométrique

M 1 / 40 ans / DN /
depuis 5 ans

<p>STAI A 34 B 43</p> <p>QJA +/- nd - thématique : financiers, avenir pro du à ma pathologie, parfois sur la relation avec mes enfants (trop exigeant) avenir pro du aux réorganisations incessantes</p> <p>FSSIII score total: 137</p> <p>Animaux : 17 Sit Sociale: 45</p> <p>Atteintes corpo + maladies: 33</p> <p>Bruits : 7 Phobies clas: 24 Peurs diverses: 11</p> <p>PCL-S score total : 55 2/3 trauma</p> <p>Score facteurs : reviv : 3,4 évitement: 4,1 HNV: 2,6</p> <p>DES score total : 17,5</p> <p>Score facteur : Abs 23,33 Amn/id 13 Dérééal 21,81</p> <p>SDQ-20 Score total : 30</p> <p>Score facteur : negl senso 1,5 réac subj 1,14</p> <p>Tr modul 1,8</p> <p>BDI 5</p>	<p>CSQ-F</p> <p>Ignorer 11</p> <p>Distraction 10</p> <p>Réinterprétation 6</p> <p>Prière 3</p> <p>Dramatisation 6</p> <p>PCS score total :21</p> <p>Impuissance 1,83 Rumination 1</p> <p>Amplification 1,75</p> <p>PASS 20 28</p> <p>ICPD</p> <p>Continuité 1</p> <p>Pérennité 5</p> <p>Culpa 2</p> <p>Mystère 1</p> <p>TAMPA 36</p>
---	--

La psychométrie est en cohérence avec les éléments perçus dans l'entretien à savoir pas de trouble anxio-dépressif majeure (BDI, STAI) et en dehors d'un fonctionnement phobique (FSSIII). L'intensité et la fréquence d'une problématique psychotraumatique peut être en cohérence avec la présentation clinique d'agitation, d'évitement et de précautions dans l'investissement de l'entretien.

Au final, la situation de Monsieur 1 permet de supposer un impact négatif de l'hyperactivité, probablement en réaction à la souffrance psychique liée aux événements traumatiques. La problématique traumatique serait canalisée par cette hyperréactivité. La crainte de reproduire les mêmes comportements délétères auprès de ses enfants est à entendre, mais déjà le fait de le verbaliser est une étape importante traduisant les ressources que ce patient peut mettre en place. Les douleurs neuropathiques et notamment les crises intenses auxquels il a été confronté peuvent également avoir un impact sur la situation présente, avec une crainte de la réactivité des douleurs à l'automne et pendant la saison hivernale.

Fiche synthétique : Monsieur 1			
Données sociodémo	40 ans	Marié (2 ^{ème} union), 2 enfants	CDI temps plein
Antécédents		Personnel	Familiaux
	Somatique	Fracture jambe à l'âge de 2 ans, salmonellose dans l'enfance, varicelle à l'ado, ablation vésicule et péritonite il y 20 ans	Pas
	Psychologique	Pas d'événement sur le plan psychiatrique	
Histoire douleur			
Accident du travail, il y a 6 ans, procédure d'urgence provoquant une entorse du poignet (1 ^{er} diagno)	Douleur ++ dans les suites directes 2 gestes chir avec un effet positif mais reprise des douleurs par la suite et par périodes	Douleurs neuropathiques + douleur mécanique de l'articulation	Augmentation : lors des efforts, pratique professionnelle, saison Diminution : la prise en charge
Projet thérapeutique	TENS, Qutenza, Versatis, thérapie miroir		
Bilan psychologique spécifique douleur	Motif de la demande	Déroulement et qualité de l'entretien	Parcours de vie
	En vue de la mise en place auto-hypnose	Capacité d'élaboration et verbalisation Très actif et peu de temps de pause Première démarche psycho	Parcours de vie compliqué (divorce des parents, confrontation violence, divorce personnel)
Profil psychométrique	Douleur	Triade Cognitivocomportementale	Psychopathologie
	Concordant avec DN HAD 10 – 12 Retentissement : humeur ++, Travail Habituel ++, relation avec les autres +, sommeil +	Drama/catastrophisme – PASS 20 – TAMPA – Pas de triade	STAI A faible B faible QIA – FSS III – PCL-S 2 + /3 DES – SDQ-20 + BDI faible
Conclusion	Evolution positive de la problématique douloureuse	Pas de triade cognitivo-comportemental	Problématique psychotraumatique dès l'enfance / stabilisation de la problématique mais orientation vers psychothérapie pour régulation humeur et irritabilité

Madame 7

Madame 7, 56 ans, a été orientée dans le cadre du bilan psychologie spécifique douleur. Elle a exercé pendant de longues années en tant qu'aide-soignante en EPHAD. Elle est actuellement en invalidité 2^{ème} catégorie suite à des soucis de santé, dont la problématique douloureuse. Le diagnostic de fibromyalgie a été confirmé par le médecin de la consultation douleur.

L'investissement de l'espace de parole est positif avec des capacités de verbalisation.

D'emblée la demande de la patiente portait autour de l'identification de sa problématique, en lien notamment avec les répercussions sur le plan professionnel :

Madame 7 : oh ben au début, la première fois que j'ai vu Monsieur X, il m'a affirmé que j'avais bien un syndrome fibromyalgique

Psycho : ouais

Madame 7 : parce que bon, je me posais des questions et j'avais demandé à mon médecin de rencontrer un neurologue, enfin quelqu'un de spécialisé dans la douleur pour vraiment avoir un diagnostic parce que j'en avais marre car comme je suis dans le métier j'avais ... certaines choses qui me disaient que j'avais un syndrome fibromyalgique donc j'ai eu ce rdv la première fois de Mr X qui m'a bien confirmé que j'avais un syndrome fibromyalgique et qui a mis un traitement en place que je n'ai pas pris tout de suite _ *Psycho* : humm

Madame 7 : Parce que c'était 10 gt de Laroxyl et j'avais peur d'être ... accro à ces gouttes parce que je sais... voilà

Psycho : Humm

Madame 7 : donc au départ, j'avais pas pris et quand il m'a vue la deuxième fois il m'a dit pourquoi vous les avez pas pris ? Donc je lui ai expliqué et il m'a dit mais non c'est pas la même chose que le comprimé, c'est pas la psychiatrie, c'est des gouttes, c'est différent et là je les ai pris et c'est vrai que ça m'a fait du bien parce que je ne dormais plus quoi

Psycho : Humm

Madame 7 : et ça m'a au moins permis de dormir les nuits, à me reposer et à récupérer

Psycho : Humm

Madame 7 : entre temps, je retravaillais parce que faut savoir que j'ai été licencié pour inaptitude au poste de travail, ça va faire 6 ans

Psycho : 6 ans ?

Madame 7 : euh, attendez, XXX, 5, 5 ans, ça fera 5 ans le 6 septembre que j'ai été licencié pour inaptitude

Psycho : humm

Madame 7 : car suite à une hernie discale aux lombaires plus des problèmes de cervicale, j'étais en gériatrie, je travaillais 32 ans, on a pas voulu mettre à un poste plus aménagé

A noter que la problématique fibromyalgique évolue sur un terrain de migraines présentes depuis de nombreuses années et des douleurs en lien avec des atteintes corporelles diverses (en lien avec l'activité professionnelle et localisées principalement sur le dos).

La non-compréhension de son milieu professionnel et l'évolution de celui autour du résident et à l'encontre de ses valeurs sont très rapidement évoqués dans l'entretien et cités comme ayant été source de souffrance importante. La résolution sur le plan professionnel et administratif apporte une forme de stabilisation appréciable.

Par ailleurs, Madame 7 évoque rapidement dans la rencontre ses difficultés de sommeil, qu'elle relie à son caractère très anxieux et la confrontation à des événements de vie difficile. Plusieurs prises en charge notamment en CMP ont été mise en place avec un effet aidant perçu sur le moment mais sans modification de la problématique anxieuse. La situation reste délicate à l'heure actuelle avec une place d'aidante familiale par défaut (étant fille unique) et dans un contexte de relation mère-fille difficile.

Par ailleurs, Madame 7 verbalise avoir un caractère fort, tenace et très active car « elle a été éduqué comme cela » pour reprendre ses termes et que sa mère est de fait comme elle et donc très « entreprenante ».

Enfin le lien entre les douleurs et la problématique anxieuse est clairement identifié par la patiente, surtout pour les céphalées :

Psycho : est-ce que vous faites un lien entre l'état de tension, de nervosité ou votre moral et la douleur ?

Madame 7 : Ah ben oui,

Psycho : oui ?

Madame 7 : Ah ben oui, c'est sur

Psycho : quel lien vous avez vu, comment vous avez observé ?

Madame 7 : ben que si je suis plus anxieuse et tout ça, j'ai des douleurs qui apparaissent plus, plus fortes

Psycho : D'accord, c'est quelles douleurs qui apparaissent plus ? Toutes ou plutôt certaines que d'autres

Madame 7 : Plutôt des maux de tête, des migraines du euh, des trapèzes qui sont bloquées, parce que j'ai tout le temps les trapèzes nouées donc euh ... c'est plutôt des douleurs, des maux de tête

Psycho : Et les maux de têtes c'est quelque chose que vous aviez ...

Madame 7 : Ah oui, j'ai eu ça depuis, pouah, quand j'ai commencé à travailler j'en avais déjà, j'ai été soignée par dihydroergotamine avec ça en intraveineuse

Psycho : ah oui ça fait longtemps que j'en avais pas entendu parler

Madame 7 : je faisais des crises et le docteur venait me faire des intra veineuses, avec ...

Psycho : Il y a un diagnostic qui a été posé ?

Madame 7 : Des migraines

Psycho : c'est-à-dire ça durait combien de temps, c'était comment ?

Madame 7 : ah ben c'était pfff, tant que j'avais pas la pique ça durait par exemple, si ça me prenait le matin, tant que j'avais pas la pique j'avais mal, quand j'avais la pique ça passait dans une ou deux heures ça me gâchait la moitié de ma journée puis après c'est partie (silence) et maintenant les maux de tête ça revient mais ça vient de là en fait, de mes cervicale parce que je sens j'ai mal ici et ça remonte là et ça revient là en casque et des fois j'ai même la névralgie sur le côté. Ça vient jusque dans l'oreille donc des fois je vais voir mon ostéopathe, il y a des fois il m'a dit c'est parce que j'ai un, une

usure des cervicales, j'ai une discopathie donc par moment si il y a certains gestes, je dois un petit peu trop ... et j'ai de l'arthrose j'ai des bec de perroquet aussi donc ça doit un peu jouer sur la compression du nerf.

Plusieurs références à un parcours traumatique est évoqué mais Madame 7 reste très discrète, identifiant un point traumatique mais ne le décrivant pas et restant très évasive sur le dernier trauma lié à la révélation d'un secret sur son père par sa mère, il y a 3 ans. On apprendra dans la suite du bilan que Madame 7 faisait référence à son parcours d'enfance dans un contexte d'alcoolisme de son père.

Par ailleurs quand on demande à Madame 7 ce qui la gêne le plus, elle parlera du présent, tentant de fermer la porte du passé :

Psycho : [...] Maintenant ce travail-là est un travail qui est à construire en fonction de ce type d'anxiété aussi et de ce type de problématique qui j'ai envie de dire est présent, mais j'entends bien il y a des choses du présent qui vous gêne et il y a des choses du passé qui sont compliqué. Vous y repensez peut-être beaucoup au passé ?

Madame 7 : (silence, prend une respiration)

Psycho : ça vous revient souvent en tête ou c'est plutôt les choses du présent qui sont difficiles ?

Madame 7 : Ouais c'est le présent

Psycho : c'est le présent d'accord.

Madame 7 : Moi mon passé je crois que j'ai... j'ai fait un trait depuis décembre XX (il y a 6 mois-moment de la révélation du secret) j'ai réussi à faire mon trait.

Psycho : D'accord

Madame 7 : Ça m'a pris 6 à 7 mois mais c'est un trait, j'ai tiré un trait définitivement sur mon père en fait, (silence) c'est plus le présent ...

Cependant les signes de souffrance restent présents et sont principalement centrés sur l'alimentation. On perçoit à demi-mot une problématique des conduites alimentaires, dans un contexte d'antécédent d'obésité, qui pourraient donner lieu à une évaluation plus spécifique. Le traitement actuel par Laroxyl© est à prendre en compte.

Madame 7 : la concentration ? Je vais dire depuis que j'ai arrêté de travailler quand même, ça fait euh 5 ans. (Silence) La concentration, par moment j'avais même du mal de déglutir, je faisais des fausses routes à répétition, j'arrivais plus à avaler. Mais faut savoir aussi que j'ai fait un régime alimentaire, je faisais 100 kg et j'ai perdu 35 kg

Psycho : c'était quand ça ?

Madame 7 : Oh il y a ... ça fait 7 ans à peu près. J'ai été suivi par un médecin nutritionniste, j'ai pas fait ça toute seule, euh j'étais suivie par un médecin nutritionniste qui m'a rééquilibré mes repas, euh et donc euh voilà, j'ai et maintenant manger... le manger j'ai plus envie de manger, j'ai plus d'envie, il y a plus rien qui me tente, j'ai pas faim ou alors j'ai plus du tout envie de me faire à manger, il y a plus rien qui me ...

Psycho : plutôt en ce moment c'est ça ?

Madame 7 : oui, là ça fait euh, ça va faire que ... ben faut dire que j'avais perdu 35 kg, j'ai arrêté de travailler j'ai repris des kilos en arrêtant de travailler bien sûr, et après je me suis dit je ne veux plus retourner, parce que j'en ai bavé pour en arriver là, c'est psychologique aussi, j'ai pas été opérée, rien du tout j'ai fait ça à la mentalité et parce que moi... les autres à la maison ils mangeaient normalement et moi pfff, ben c'était pas évident mais j'ai quand même réussie, donc psychologiquement j'ai quand même réussie à m'y faire, je me suis restreint à certains trucs, et quand j'ai vu que j'avais repris du poids j'ai dit ah non il faut pas que je reprenne parce que j'ai pas envie de retourner dans ... parce que maintenant je peux m'habillée comme j'ai envie, enfin, voilà la vie est différente et puis les douleurs, ça m'a quand même soulager, donc euh j'ai fait ça aussi pour ça, pour le dos et quand j'ai réappris ce que ma mère m'a dit, j'ai reperdu 13 kg en 3, 4 mois (silence) donc euh là ça a été assez rapide les kilos là je les ai perdu assez vite parce que je mangeais pratiquement pas quoi.

Psycho : humm oui vous étiez sous le choc de l'annonce et de ce que ça a impliqué

Madame 7 : voilà, ça a impliqué ça plutôt et donc là maintenant, je ne mange plus j'ai plus d'envie de manger, il n'y a plus rien qui me... avant elle me disait il faut vous faire une viande à midi, une viande le soir, il faut mettre tels légumes tel machin, maintenant je ne cherche même plus à pfff, il y a que le petit déjeuner qui me plaît, le reste j'ai plus envie de manger _

Psycho : vous manger quand même un peu ?

Madame 7 : je mange mais pff des cochonneries

Psycho : d'accord

Madame 7 : enfin des cochonneries équilibrées

Psycho : d'accord

Madame 7 : mais bon au niveau du poids ça reste stable

Psycho : Là aussi avec le Laroxyl quand vous étiez à 25 c'était pas un peu mieux pour manger ?

Madame 7 : peut être

Psycho : parce qu'il souvent sur ça aussi.

Madame 7 : (rire) oui c'est un antidépresseur

Psycho : oui mais à 25 mg on est loin de l'effet antidépresseur

Madame 7 : ouais

Psycho : maintenant il a, parce que c'est un très très ancien antidépresseur, c'est vrai qu'il a tendance à ouvrir l'appétit.

Madame 7 : ah !

Psycho : donc d'une certaine manière, euh oui dans la dépression comme il y a de la perte d'appétit ...

Madame 7 : donc c'est pour ça que j'avais repris deux kilos depuis que je le prenais et là que vu que je l'ai diminué j'ai reperdu 1 kg

Psycho : Oui c'est fort probable, alors j'ai envie de dire ...

Madame 7 : je sais que les antidépresseurs, enfin ce qui est antidépresseur fait grossir parce que ça ...

Psycho : alors pas tous, mais notamment le Laroxyl et ses copains, parce qu'ils font partis de ces vieux antidépresseurs avec plus d'effet secondaires mais qui avait l'avantage de pouvoir cibler justement différentes dimensions

Madame F : ah le problème c'est que moi aussi, je ne veux plus

Psycho : oui oui

Madame F : donc c'est ça aussi qui... c'est peut-être ça aussi psychologiquement qui me bloque pour manger, parce que je me dit si tu prends ça tu vas reprendre du poids, j'ai pas envie de retomber dans ... ça redevient pas une anorexie mais ça devient quelque chose de, d'une ...

Psycho : une préoccupation importante ?

Madame F : oui

Psycho : c'est pour ça qu'il faut réfléchir, alors en même temps j'ai envie de dire si vous reprenez un petit peu alors que vous avez perdu beaucoup à un moment donné ... enfin beaucoup, je veux dire euh vous décrivez quand même une perte de poids importante, 13 kg en 3, 4 mois qui n'était pas volontaire

Madame F : hmmm

Psycho : qui était dans les suites de l'annonce sous le choc émotionnel, euh d'une certaine manière c'est aussi quelque chose à entendre comme quelque chose qui était difficile à ce moment-là et il ne serait pas déconnant que vous repreniez un petit peu si vous alliez un peu mieux

Madame F : ben j'en ai repris 2.

Psycho : voilà et donc il faut surveiller, c'est-à-dire que si vous reprenez du Laroxyl et que vous voyez que le poids monte et qu'il n'arrête pas de monter, à ce moment moment-là oui, c'est une raison d'arrêter. Si maintenant il monte et puis qu'il reste à un certain plateau, et que la montée est assez raisonnable

Madame F : j'ai repris 2 kg,

Psycho : et que c'est acceptable pour vous, à ce moment-là on reste avec ça et le bénéfice que vous en tirerez sera meilleure

Madame F : hmmm

Psycho : donc réfléchissez quand même et c'est dans ce sens-là que vous pouvez tout à fait contacter M. X par mail il y a pas de soucis

Parmi les ressources utilisées, le recours à l'activité physique reste important et investi sur un mode qui semble adapté puisque profitable. La seconde ressource est la capacité à investir des moments d'apaisement :

Madame F : [...] faut savoir que ma mère elle est comme moi, on est des gens très combatif de l'extérieure, on a pas une minute, Monsieur X m'a dit vous allez vous calmer j'avais pas une minute hein, j'ai l'impression que si je suis inactive, je suis, je suis pas bien quoi, on va me dire Ouais ... parce que ma mère m'a éduquée comme ça quand j'étais petite il fallait que quand je parte à l'école, que j'ai balayée la cuisine, que j'ai fait la vaisselle du petit déjeuner, que le lit soit fait, vous voyez j'avais un plan bien ... et elle m'a éduquée à ne jamais rester sans rien faire, donc je suis quelqu'un qui a beaucoup de mal à accepter le fait de ne rien faire. Là en ce moment c'est la cata je m'ennuie, je m'ennuie. Alors il me dit faite les choses mais jour après jours, mais pfff, je m'ennuie

Psycho : vous arrivez à faire les choses jours après jour ou c'est difficile, vous êtes obligé de faire quand même ?

Madame F : je, je commence à faire jour après jour, mais ça me coute énormément

Psycho : ouais, d'accord

Madame F : ça me coute énormément

Psycho : du coup ça rajoute de l'irritabilité, de la tension, de l'énervement

Madame F : oui et puis il suffit que quelqu'un comme mon mari qui est en retraite et qui lui par contre à la retraite, alors lui c'est procrastination, alors lui ça ne vas plus, je ne supporte pas de voir quelqu'un à côté de moi qui ne fait rien ça m'énerve encore plus. Et ça ce me monte en pression, c'est la catastrophe quoi. C'est pfff, (silence) pour les gens en hyperactivité comme ça c'est difficile de gérer, pour les gens inactifs on comprend pas qu'il y a des gens qui sont comme ça sans rien faire, de passer toute une après-midi devant la télévision, moi je ne peux pas, faut que je m'occupe l'esprit, faut que je sorte, faut que j'aïlle me promener faut que ..., faut savoir que je fais de la marche, j'ai trouvé ça pour me vider un peu l'esprit mais bon même en marchant je cogite encore (rire)

Psycho : Vous faites combien de marche, comment ça se passe ?

Madame F : une heure

Psycho : tous les jours ?

Madame F : Ouais

Psycho : Comment vous vous sentez après ?

Madame F : Ah ben après je me sens quand même mieux, je me sens euh bien fatiguée donc là je me repose après.

Psycho : Hmmm

Madame F : Après je me dis ben je me repose puisqu'à par exemple 16 h je prends un petit café, je me dit ben la maintenant je vais faire quelque chose. Et puis bon maintenant j'ai acheté aussi un jacuzzi donc ce qui fait que maintenant je me fais ma petite séance de jacuzzi d'une demi-heure pour me détendre et puis quand je suis dans le jacuzzi généralement je mets mon casque audio et là généralement je fais ma relaxation. C'est le seul moment que je me suis trouvé moi-même toute seule tranquille pour pouvoir ... _

Psycho : Vous pouvez l'utiliser en hiver ou c'est uniquement à l'extérieur ?

Madame F : Et ben pour l'instant c'est extérieur, c'est pas recouvert, c'est sur une terrasse qui est pas couverte, je suis en train de faire des démarches pour pouvoir faire poser quelque chose pour fermer. Parce que je voudrais bien qu'il soit tout le temps en place que je puisse l'utiliser aussi bien l'hiver que l'été.

A noter enfin que nous n'avons pas relevé de signe en faveur de symptômes dissociatifs et seul le trauma de la révélation du secret concernant son père est cité dans cette première rencontre comme traumatique. L'événement choisi lors de la passation psychométrique porte sur l'alcoolisme de son père, vécu tout le long de son enfance.

score Total PCL-S	73
Score "Répétition"	4.8
score "Evitement"	4
score "Hyperréactivité neurovégétative"	5
Événement	Vivre l'alcoolisme de mon père

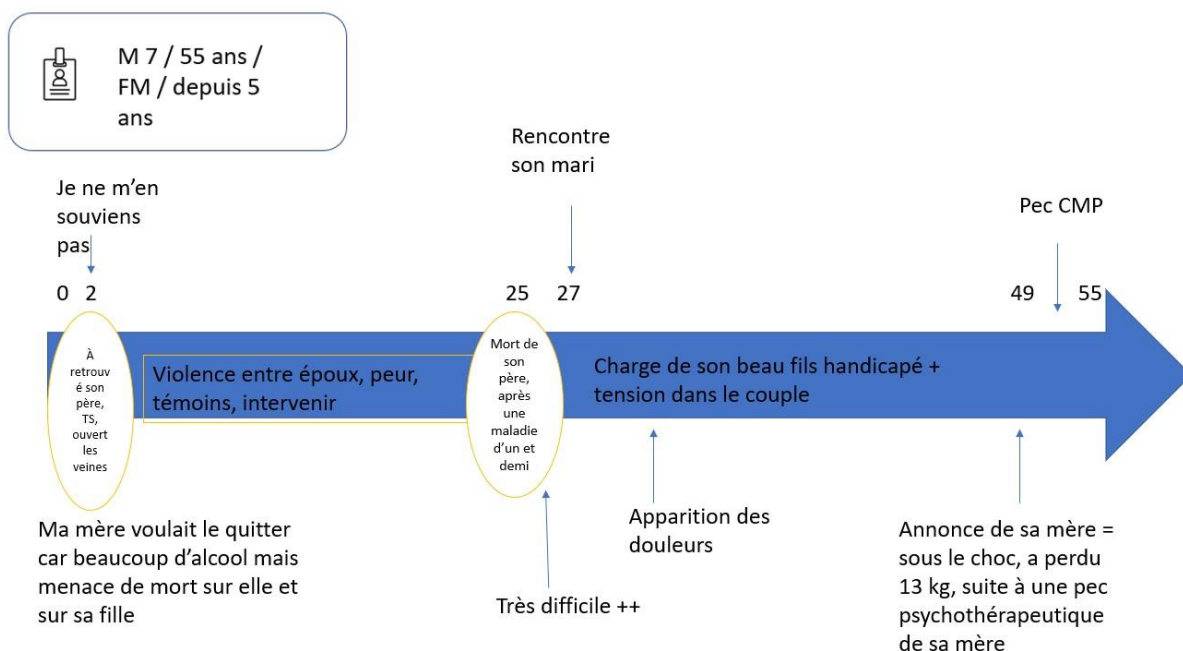
Du côté de la psychométrie, on retrouve des signes en faveur de la problématique traumatique avec un impact dissociatif. Les scores SDQ-20 et surtout de la DES sont élevés. Les reviviscences le sont également d'une manière importante et peut-être réactivées par la charge mentale en lien avec l'aide qu'elle doit apporter à sa mère devenue âgée (PCL-S). On note aussi des affects dépressifs importants à la BDI. Sur le plan des stratégies de gestion de la douleur, seule la kinésiophobie est élevée.

M 7 / 55 ans / FM / depuis 5 ans

Profil psychométrique

<p>STAI A 75 B 68</p> <p>QIA +/- nd - thématique : famille, moi-même, amis</p> <p>FSSIII score total: 200</p> <p>Animaux : 26 Sit Sociale: 78</p> <p>Atteintes corpo + maladies: 27</p> <p>Bruits : 16 Phobies clas: 39 Peurs diverses: 14</p> <p>PCL-S score total: 73 vivre l'alcoolisme de mon père 1/1 trauma</p> <p>Score facteurs: reviv : 4,8 évitement: 4 HNV: 2,4</p> <p>DES score total : 44,64</p> <p>Score facteur: Abs 63,33 Amn/id 37 Dérééal 43,64</p> <p>SDQ-20 Score total : 31</p> <p>Score facteur: <u>negl senso</u> 1,875 réac subj 2,714</p> <p>Tr modul 1,8</p> <p>BDI 16</p>	<p>CSQ-F</p> <p>Ignorer 11</p> <p>Distracted 10</p> <p>Réinterprétation 6</p> <p>Prière 3</p> <p>Dramatisation 6</p> <p>PCS score total : 16</p> <p>Impuissance 1,17 Rumination 2,00</p> <p>Amplification 0,75</p> <p>PASS 20 = 50</p> <p>ICPD</p> <p>Constance 1</p> <p>Pérennité 1</p> <p>Conscience 5</p> <p>Mystère 1</p> <p>TAMPA 42</p>
---	--

A la fin du bilan nous avons réalisé la frise suivante, traduisant une enfance confrontant Madame 7 très tôt à la souffrance de ses parents et, par interprétation, à un milieu en difficulté et pouvant favoriser le tableau anxieux.



Fiche synthétique : Madame 7			
Données sociodémo	56 ans	Mariée, 2 enfants	Invalidité 2 ^{ème} C – aidesoignante
Antécédents		Personnel	Familiaux
	Somatique	Non précisé	Non précisé
	Psychologique	Pec CMP	
Histoire douleur			
	Problématique rachidienne en lien avec l'activité professionnelle + Céphalées dont migraine	Évoluant depuis de nombreuses années dès le début de l'activité pro	Problématique douloureuse devenue ingérable depuis une chute en 2019
Projet thérapeutique	Laroxyl, évaluation IRR faite mais pas de projet possible, APA, TENS non efficace		
Bilan psychologique spécifique douleur	Motif de la demande	Déroulement et qualité de l'entretien	Parcours de vie
	Evaluation en vue de compléter la prise en charge actuelle	Capacité de verbalisation Difficulté dans le rapport au temps Recours à l'activité pour faire face au parcours de vie	Décès de son père pendant son ado + alcoolisme
Profil psychométrique	Douleur	Triade Cognitivocomportementale	Psychopathologie
	Zone du corps bien délimité (7) Entre 1 et 8 HAD 9 – 15 Retentissement sommeil +	Drama/catastrophisme – PASSS 20 +/- TAMPA + Possible kinésiophobie	STAI A élevé B élevé QIA + FSSIII + PCL-S 1 positif/1 DES + SDQ-20 + BDI élevé
Conclusion	Stabilisation de la problématique par le ttt + activité physique	Pas de triade mais possible kinésiophobie	Souffrance psychique incluant une humeur dépressive, un fonctionnement phobique et une problématique de trauma complexe sans demande de pec

Madame 8

Madame 8, 51 ans, était initialement orientée vers la consultation douleur pour une problématique douloureuse apparue dans les suites d'une chute à son domicile il y a 2 ans. En parallèle une problématique de cervicale est présente depuis une vingtaine d'années. Cela a par ailleurs donné lieu à un reclassement professionnel puisque Madame a dû exercer une profession particulièrement physique pendant une bonne dizaine d'années. Cette étape a été réalisée d'une manière personnelle par la patiente et lui a permis d'aboutir à l'investissement d'une situation professionnelle dans une fonction publique, qui lui convient.

La patiente est mariée et mère de deux enfants.

Un diagnostic de fibromyalgie a été posé. Elle se présente à la consultation auprès du psychologue après avoir rencontré uniquement l'interne et sans avoir de médecin référence ce qui a amené une consultation reprenant beaucoup d'éléments plus généraux sur les douleurs.

Sur le plan de la santé, on retrouve toutefois une problématique de tumeur bénigne dans la hanche ainsi qu'un SDRC dans les suites d'une opération orthopédique du pied.

Sur le plan clinique on retrouve donc 2 problématiques douloureuses avec des sensations à tonalité neuropathique décrites sur le côté droit en lien avec la chute. La problématique de cervicalgie est plutôt décrite comme étant en arrière-plan mais reste présente. Cette dernière a été peu prise en charge et donnait lieu à des arrêts de travail régulier :

Psychologue : sur ces deux dernières années ou même avant ?

Madame 8 : plus sur ces deux dernières années à cause de la chute là

Psychologue : d'accord

Madame 8 : avant j'avais de temps en temps des arrêts de travail dus aux cervicales parce que j'ai des problèmes aussi au niveau cervical, un peu partout mais là c'était plus récurrent ces dernières années

Psychologue : avec le télétravail vous arrivez à mieux tenir ?

Madame 8 : ben je tiens et du coup je n'ai pas d'arrêt de travail depuis euh une année plus d'une année ... et puis cela me permet d'avoir une activité pérenne au niveau du travail avec les collègues

Concernant le début des douleurs, Madame 8 est claire dans la description :

Madame 8 : parce qu'il y a peu près deux ans j'ai vraiment été bloquée comme j'ai fait une mauvaise chute en fait sur le côté qui m'a qui a déclenché tout j'avais déjà des douleurs avant et cette chute là à déclencher ... j'ai l'impression que cela a été le summum quoi et depuis je n'arrive pas à m'en sortir ... comme si mon corps avait atteint le seuil de douleur et que la jauge était pleine et je n'arrive pas à redescendre dans le vert

Psychologue : hum d'accord

Madame 8 : c'est l'image que j'ai ... et... alors vraiment il y a deux j'étais vraiment mal je n'arrivais presque plus à marcher et puis là après d'est revenu petit à petit j'ai été en arrêt de travail j'ai j'ai repris doucement je je fais du kiné et puis là j'essaye de rester un maximum active donc j'ai repris le travail avec du mi-temps thérapeutique pendant un an alors ça ça m'a beaucoup aidé ...

La problématique cervicale quant à elle est décrite comme ayant été en lien avec l'activité professionnelle, très intense à l'époque :

Psychologue: et ces douleurs-là elles sont apparues dans quel contexte ? ... vous m'avez dit il y a 20 ans à peu près

Madame 8: euh...

Psychologue: qu'est ce qui comme elles sont apparues, tout d'un coup il y a eu quelque

Madame 8 : au fur et à mesure bon c'est vrai que l'on a acheté une maison on a fait toute la rénovation beaucoup d'activités physiques j'ai travaillé douze ans chez YYY surgelé donc chambre froide à porter beaucoup beaucoup de charges j'étais très jeune j'étais musclée aussi mais je pense que cela n'a pas ça venait de là en fait ça a commencé là petit à petit c'est là où j'ai été bloqué des torticolis des minerves 2-3 fois par an pendant 2-3 semaines et puis après ça a été en évolution et de mon médecin généraliste bon j'avais une trentaine d'année m'a dit bon écoutez changez de métier parce que je pense que j'ai un terrain aussi favorable à ce genre de chose et j'ai un grand cou donc problème de cervical donc j'avais un terrain favorable à ce genre de chose et de là bon j'ai passé des concours et puis je suis rentrée dans l'administration (rire) parce que je me suis rendue compte qu'un travail statique pour moi c'était beaucoup mieux moins douloureux que le métier que je faisais .. je faisais aussi de la caisse donc beaucoup debout vider les congélateurs les charger voilà

Psychologue: vous avez travaillé combien de temps dans ... dans cette filière-là ?

Madame 8 : une douzaine d'années... pas facile j'essaye de ... c'est qu'avec l'anti-dépresseur j'ai un peu de de perte de mémoire (rire) et des problèmes de concentration c'est vrai que j'aimerais bien diminuer ou arrêter carrément ce serait top

Au moment de la première rencontre la mise en place de Duloxétine© a apporté un meilleur sommeil, une diminution des crises douloureuses la nuit et donc un effet positif. La mise en place d'une prise en charge au centre de rééducation a permis à la patiente de prendre conscience de certaines difficultés en lien avec certaines douleurs. L'ergothérapie est d'ailleurs tout à fait intéressante ainsi que les exercices d'étirement et de renforcement. Elle a intégré des éléments de fractionnement d'activité et œuvre à mettre en place une démarche d'activité physique adaptée et progressive. Enfin la reprise de l'activité incluant le télétravail est une aide appréciable, limitant les déplacements longs que Madame 8 devait régulièrement faire.

La neurostimulation de transcutanée est utilisée régulièrement notamment au travail et apporte là aussi une aide appréciable.

Psychologue: au niveau des douleurs à l'heure actuelle est-ce que vous pouvez me décrire un petit peu où elles sont et comment elles fonctionnent si je puis dire, elles sont là d'une manière euh

Madame 8: elles sont permanentes

Psychologue: ouais

Madame 8 : et euh c'est plus récurrent au niveau de... des reins ici vous voyez plutôt le bas du dos à droite et la hanche là en fait où je suis tombée ma vilaine chute ... parce qu'en fait je descendais les escaliers ... on a un palier sur le côté gauche et je voulais aller sur la gauche pour gagner du temps plutôt que descendre tous les escaliers pour gagner 3/4 de secondes n'est-ce pas (rire) j'ai voulu tourner il me restait 2 marches à descendre et j'ai fait un vol plané et je suis atterrie sur le côté droit sur le carrelage ... franchement j'ai cru que je m'étais cassée la hanche (rire)

Psychologue: vous avez eu très mal sur le coup ?

Madame 8: ah ouais ça a été le souffle coupé je n'arrivais plus à respirer ça a été assez intense et puis après vous savez on se relève euh une fois c'est chaud on a moins mal on se débrouille et puis

Psychologue: il n'y a pas eu d'examen ni de ?

Madame 8: si si j'ai j'ai eu une scintigraphie si j'ai eu des examens par rapport à cela

Psychologue: par la suite ou dans les suites directes ?

Madame 8: par la suite car je n'ai pas consulté tout de suite ... donc ils se sont rendus compte qu'il y a eu des calcifications qui s'étaient mis en place au niveau de la hanche donc j'ai eu des infiltrations et qui ont elles sont parties et après il y a eu toutes les douleurs qui se sont qui se sont accentuées et puis qui sont jamais parties en fait ben j'ai fait de l'ostéopathie euh j'ai fait de la kiné j'ai toujours l'impression qu'il y a quelque chose de coincé là-dedans un nerf de coincé là-dedans ça descend ensuite dans le genou et dans la cheville droite ça fait comme des coup de jus en fait (silence)

Psychologue: et donc cette douleur-là n'était pas là avant ?

Madame 8: non

Psychologue: c'est celle-là qui est là depuis la chute et qui reste en permanence

Madame 8: oui

Psychologue : elle est également présente la nuit ?

Madame 8: plus maintenant j'arrive à des fois elle me réveille mais cela ne m'empêche pas de me rendormir cela ne me pose plus de nuits blanches

Sur le plan de l'expression émotionnel, on retrouve une lourdeur en lien avec les douleurs et un rapport de lutte aux douleurs qui a pu être récemment modifié apportant une forme d'apaisement.

Madame 8 : non non je suis à 1 de 60 le matin, non je suis à 60 le matin C'est vrai que l'on me l'avait proposé il y a longtemps mais je refusai parce que les anti-dépresseur je refusai à chaque fois et puis à un moment je me suis dit il faut que j'essaye parce que

Psychologue : ça aide autant sur les douleurs que sur le moral ou cela agit plus sur l'un que sur l'autre

Madame 8 : eh ben je dirai autant les deux ça agit ça a diminué les douleurs et moi moralement euh je suis plus sereine... parce qu'à un moment j'étais toujours euh j'étais dans la lutte je luttais tout le temps en fait j'en devenais presque agressive **Psychologue :** hum hum

Madame 8 : et là cela m'a permis de me poser peut-être plus sereine

[...]

Psychologue: est-ce que dans cette période cela a été compliqué justement sur le plan du moral ... ou peut-être de l'angoisse ? **Madame 8:** oh oui pfff oui oui

Psychologue: ça s'est manifesté comment ?

Madame 8: ben je vous dis bon déjà je n'arrivais plus beaucoup à dormir donc beaucoup de fatigue je me suis rendue compte que je devenais agressive avec tout le monde et sans ... ce n'était pas intentionnel hein mais je veux dire c'est grâce à mon mari et mes enfants qui me disaient oh là tu as une façon de parler agressive même les collègues euh... je ne supportais plus rien en fait nan j'étais ouais je pense que j'étais un peu déprimée parce que je ... ouais j'avais du mal à ... je n'étais pas comme d'habitude j'ai du mal un peu à l'exprimer mais cela n'allait pas ça n'allait pas et j'étais toujours comme je vous dis dans

la lutte je luttais pour ne pas montrer que cela n'allait pas et je luttais pour tout en fait j'étais dans ... du coup j'étais dans un engrenage comment dire

Psychologue: état de tension

Madame 8: était de tension oui d'énerverment ... parce que je me disais qu'il fallait que je tiennes le choc donc du coup j'étais ... ça n'allait pas et c'est vrai que mon médecin généraliste ben j'étais allé pour des cachets contre la douleur parce que j'étais vraiment ce n'était plus possible et là elle m'a dit c'est là où on avait commencé la morphine en fait on l'avait commencé avant mais je ne la prenais pas en fait parce que la morphine euh j'étais un peu fatiguée

Psychologue: on vous avait prescrit de la morphine pour les cervical ou pour

Madame 8: non non pour les autres douleurs... et donc elle m'avait demandé si je prenais le traitement de la morphine et j'ai dit que non mais j'ai craqué dans le cabinet j'ai pleuré j'étais la première surprise d'ailleurs et elle m'a dit bon écoutez là vous avez un grand week-end de 4 jours elle me dit vous stopper les machines vous vous posez vous prenez la morphine et... c'était un ordre quoi donc c'est là où je me suis rendue compte que ça n'allait pas ... donc effectivement j'ai suivi le ... diagnostic qu'elle avait posé et puis en fait cela allait mieux parce que je l'ai dit à mon mari aussi j'ai dormi j'ai dormi pendant 4 jours et puis cela a été mieux et c'est reparti mais j'arrivais pas à stopper la machine

Psychologue: hum hum

Madame 8: c'est de là je me suis dit il faut faire quelque chose je ne peux pas rester comme ça

Psychologue: il n'y avait rien de productif en fait

Madame 8: exactement c'est tout le contraire

Madame 8 exprime à plusieurs reprises l'impact sur le moral de la situation des douleurs et de la vie. Elle a également été exposée à des douleurs intenses par des calcifications dans les épaules au moment du reclassement professionnel.

Par ailleurs, au fur et à mesure de l'entretien, on apprend que Madame 8 a été confrontée à des situations délicates dès l'enfance et au fur et à mesure (maladie mentale ou trouble du comportement de proches), notamment avec le décès de son père lorsqu'elle avait 15 ans mais aussi et surtout l'alcoolisme de sa mère qu'elle nommerai « alcoolémie » à plusieurs reprises :

Psychologue : d'accord ... est-ce que vous repensez encore à ces moments-là ? est-ce que c'est quelque qui vous gêne encore par moment ? ou

Madame 8 : ça arrive que non j'ai j'ai réussi à l'assimiler à le comprendre à comprendre aussi les maladies parce que c'était plus l'alcoolémie qui me posait soucis hein je lui en voulais avec l'âge j'ai compris que c'était une maladie donc j'ai ... non avec ça va maintenant je suis en paix avec ça mais cela a été tout un cheminement cela ne s'est pas fait du jour au lendemain **Psychologue :** parce que c'est un un un problème de santé qu'elle a eu pendant longtemps ?

Madame 8 : pendant long ben en fait cela s'est empiré avec le décès de mon père donc

Psychologue : c'était déjà donc le cas avant

Madame 8 : je pense que cela était un petit peu avant mais je pense que cela là a été vite euh ... et puis de mauvaises connaissances c'est tout un milieu hein donc cela n'a pas aidé ça n'a pas favorisé ...

Psychologue : il y a d'autres enfants dans la famille

Madame 8 : oui on est 4 j'ai deux frères et une sœur

Psychologue : d'accord ... et vous avez quelle place dans famille ?

Madame 8 : alors je suis la petite dernière moi

Psychologue : et vos frères et sœurs ont des problèmes de santé ? ou ils s'en sortent bien

Madame 8 : ben mon frère aîné non ça va euh mon deuxième frère a un petit retard mental bon il travaille au CAT de YYY bon ça va parce que ça y est maintenant il est bien intégré ça se passe bien c'est plus quand il était jeune que c'était compliqué mais maintenant ça va et ma sœur elle, elle est schizophrène **Psychologue** : hum hum

Madame 8 : donc elle a un traitement maintenant c'est pareil il y a quelques années cela a été très très difficile ... tentative de suicide agressivité et là maintenant il y a un traitement mis en place une injection toutes les deux semaines qui stabilise très très bien et qu'elle accepte bien de faire parce que à un moment on avait des petits soucis à ce qu'elle ait son traitement donc là maintenant franchement cela fait une quinzaine d'années que ça roule c'est ... c'est stabilisé

Psychologue : d'accord ... je comprends vous avez quand même été exposé à des souffrances quand même enfin des moments qui ont pu être compliqué

Madame 8 : oui des moments un peu compliqués oui c'est vrai je vous dis heureusement que j'ai ma famille qui est au top donc on a toujours réussi à gérer ça

La stabilité trouvée dans son couple et sa famille ainsi construite sont clairement des ressources identifiées comme aidantes pour faire face.

On ne retrouve pas de signe, dans le premier entretien, en faveur de symptômes dissociatifs. L'entretien est par ailleurs posé, avec peu de manifestation non verbale (soupir, rire, etc...). Madame 8 ne décrit pas de problématique d'hyperactivité même si cela n'a pas été exploré spécifiquement.

L'évaluation psychométrique qui a été réalisée ne retrouve pas de biais cognitivo-comportementaux, ni de problématique traumatique active :

score Total PCL-S	26	24
Score "Répétition"	1,4	1,6
score "Evitement "	2,33333	1,8333
score "Hyperréactivité neurovégétative"	1	1
Evénement	Décès de mon père à mes 15 ans	Décès de ma mère à mes 33 ans

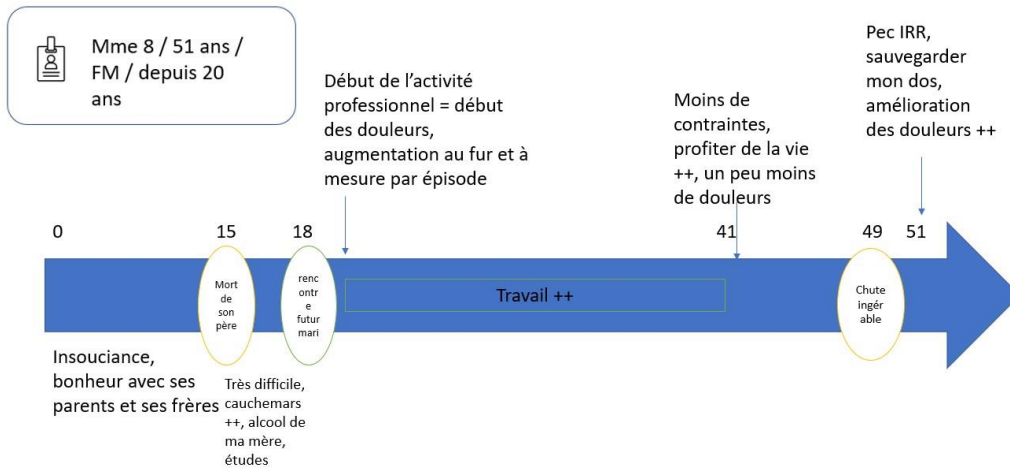
Sur le plan dissociatif, la psychométrie est cohérente avec la présentation clinique du premier entretien, à savoir l'absence de celle-ci.

Profil psychométrique

Mme 8 / 51 ans / FM / depuis 20 ans

<p>STAI A 25 B 31</p> <p>QIA NON- <u>thématique</u> : l'avenir de mes filles</p> <p>FSSIII <u>score total</u>: 179</p> <p>Animaux : 19 Sit Sociale: 58</p> <p>Atteintes corpo + maladies: 30</p> <p>Bruits : 15 Phobies clas: 41 Peurs diverses: 16</p> <p>PCL-5 <u>score total</u> : 26 <small>échelle de son père lorsqu'elle avait 17 ans</small> <u>0/2 trauma</u></p> <p>Score facteurs : reviv : 1,4 évitement: 2,33 HNV: 1</p> <p>DES <u>score total</u> : 23,57</p> <p>Score facteur : Abs 50 Amn/id : 8 <u>Déréal</u> : 23,45</p> <p>SDQ-20 <u>Score total</u> : 26</p> <p>Score facteur : <u>negl senso</u> 1,25 réac subj 1</p> <p>Tr modul 1,8</p> <p>BDI 5</p>	<p>CSQ-F</p> <p>Ignorer 10</p> <p>Distraction 16</p> <p>Réinterprétation 5</p> <p>Prière 3</p> <p>Dramatisation 6</p> <p>PCS <u>score total</u> : 6</p> <p>Impuissance 0,50 Ruminaton 0,25</p> <p>Amplification 0,67</p> <p>PASS 20 = 40</p> <p>ICPD</p> <p>Constance 2</p> <p>Pérennité 2</p> <p>Culpa 4</p> <p>Mystère 1</p> <p>TAMPA 36</p>
---	--

A l'issue du bilan nous avons réalisé la frise suivante :



Fiche synthétique : Madame 8			
Données sociodémo	56 ans	Mariée, 2 enfants	Travail Temps plein après une 1er reclassement professionnel
Antécédents		Personnel	Familiaux
	Somatique	Cervicalgie depuis 20 ans, tumeur bénigne localisé à la hanche, SDRC suite opération pied	Alcool, Cancer, Tentative de suicide
	Psychologique	Prise en charge CMP	
Histoire douleur			
	Chute au domicile il y a 2 avec une douleur précise depuis sur une zone définie Confrontée depuis une 20aines d'années à une cervicalgie		
Projet thérapeutique	Duloxétine, pec rééducation centre, APA, TENS		
Bilan psychologique spécifique douleur	Motif de la demande	Déroulement et qualité de l'entretien	Parcours de vie
	Evaluation psychologique en vue de compléter la prise en charge actuelle	Investissement positif espace de parole	Décès de son père suite longue maladie, dans l'ado, confrontation à une TS de proche, violences, alcool dans l'enfance confrontation à des événements de vie amenant à un investissement ++ de l'activité
Profil psychométrique	Douleur	Triade Cognitivocomportementale	Psychopathologie
	Une dizaine de zone bien délimitée Entre 3 et 7 HAD 19 – 9 Retentissement : travail habituel +, sommeil +, humeur et capacité à marcher +/-	Drama/Catastrophisme – PASS 20 – TAMPA + Kinésiophobie supposé	STAI A faible B Faible QIA - FSS III – PCL-S - 0 positif/2 DES - SDQ-20 – BDI faible
Conclusion	Intégration du fractionnement de l'activité et adaptation de celle-ci aide ++	Pas de triade mais possible kinésiophobie	Souffrance psychique modérée avec un fonctionnement phobique. Pas de syndrome anxiodépressif – problématique traumatique canalisée

Madame 10

Madame 10, 52 ans, est orientée vers un bilan psychologique spécifique douleur dans un contexte de situation complexe. En effet, le diagnostic de fibromyalgie a été posé. Un suivi auprès d'un psychiatre est présent depuis de nombreuses années dans les suites d'un by-pass. L'orientation vers le psychologue est dans l'objectif de définir les pistes de prise en charge sur le plan non-médicamenteux.

Madame 10, mère d'une jeune femme autonome, exerce dans le milieu médico-social et vit seule. Elle présente une problématique de sommeil particulière en se levant systématiquement la nuit pour manger. La prise de poids, malgré le by-pass, reste source de souffrance et est rapporté à ce comportement alimentaire nocturne. Madame 10 parlera d'addiction.

Psychologue: vous me parliez tout à l'heure d'addiction

Madame_10: oui

Psychologue: euh à quel type d'addiction vous faites allusion ?

Madame_10: ... la nourriture moi c'est la nourriture la nourriture parce que moi je ne fume pas ou quasiment peu et même si je fume moi je peux m'arrêter 6 mois ça ne me dérange pas et moi cela ne va être que la nourriture ça va être un remplissage ...

Psychologue: vous avez déjà consommé tout ce qui est autour de l'alcool, du cannabis, des produits de substances comme héroïne, cocaïne et tout cela

Madame_10: nan ... non

Assez rapidement, Madame 10 parle de sa prise en charge positive avec un psychiatre en libéral. Elle se décrit comme nettement plus stabilisée que cela n'avait été le cas auparavant, sans préciser spécifiquement.

L'entretien donne lieu à une multitude de signes pouvant peut-être faire évoquer des éléments dissociatifs mais qui se traduisent cliniquement par une tendance à ne pas finir ses phrases, voir à couper et passer à une autre idée (souvent avec un lien avec ce qui a été dit) et une difficulté de repérage dans le temps majeur ainsi qu'une difficulté à repérer les espaces de vie ou de temps dans sa présentation. Son histoire est assez difficile à appréhender, Madame 10 restant au final très discrète sur son parcours et vécu.

On peut relever que Madame 10 se questionne sur le diagnostic des douleurs.

Psychologue: alors est-ce qu'il y a un diagnostic sur les douleurs ?

Madame_10: alors c'est à dire ...

Psychologue: est-ce qu'on a un diagnostic sur vos douleurs, est-ce qu'on arrive à vous expliquer

Madame_10: il m'a dit alors le Pr X moi je ne savais pas ce que c'était il dit que c'est de la fibromyalgie

Psychologue: d'accord

Madame_10: est-ce que c'est ça je n'en suis pas sûre ? je ne sais pas

Psychologue: quand vous lisez ce que c'est que la fibromyalgie ou les témoignages parce qu'en général on

Madame_10: oui j'ai

Psychologue: vous vous reconnaissez ou vous trouvez que c'est très différent

Madame_10: (silence) sur certains points je me reconnais mais pas tout

Psychologue: oui lesquels dites moi

Madame_10: ah ben je ne sais plus ouais je ne sais plus

Psychologue: d'accord donc ça vous parlez mais pas en entièreté

Madame_10: pas en entièreté ouais

Psychologue: d'accord

D'autant plus que pour la patiente, le nœud de la problématique se trouve au niveau des troubles du sommeil :

Madame 10 : [...] et effectivement je me lève toujours la nuit je suis toujours quelqu'un de stressé il y a des choses qu'on enlève pas et mes douleurs qui sont chroniques c'est horrible parce qu'en fait ça c'est quelque chose je suis épuisée

Il faut toutefois noter que le parcours de la patiente est assez complexe. Outre le by-pass qui a été investi volontairement par la patiente, une opération d'une tumeur bénigne a été réalisée en urgence. Ces éléments étaient cités dans le courrier mais peu décrit dans le courrier médical.

Psychologue: sur le plan professionnel quel est votre parcours actuellement ?

Madame_10: ben écoutez j'ai été vendeuse pendant plus de 20 ans, 23 ans et j'étais au bout j'en pouvais plus en fait parce que mon opération de la tête est arrivée tellement là j'ai eu très peur par contre et j'ai basculé enfin ça a été compliqué très très compliqué parce quand cela a été détectée alors on m'a opéré dans la nuit enfin ça a été

Psychologue: une opération en urgence ?

Patiente_10: ouais j'ai pensé à ma fille enfin ça a été enfin... on m'a dit c'est on ne sait pas ce que cela va donner enfin ... là j'ai eu très peur là j'ai basculé par contre même après il y a eu comme je ne sais pas cela a été compliqué

Psychologue: sur le plan professionnel ce n'était plus possible de maintenir

Patiente_10: non j'ai été en arrêt pendant 3 ans et du coup ben je me revoyais pas de reprendre là où j'étais alors je me suis fait licenciée ... mon by-pass est arrivé et là tout c'est éclairci j'ai fait une formation dans un métier que j'aime et que j'adore encore aujourd'hui... euh je suis monitrice d'atelier je travaille avec des personnes en situation d'handicap dans un CAT euh j'aime bien mon travail c'est l'entourage qui me plaît beaucoup moins

A l'issue du premier entretien, nous aurons peu d'élément sur l'histoire et le parcours de Madame 10. Sur le plan des signes en faveur d'une problématique dissociative, on retrouve des difficultés d'inscription dans le temps.

Psychologue : du coup j'ai oublié de vous demander vous m'avez dit que les douleurs sont apparues dans l'adolescence

Madame_10 : euh plutôt euh plus tard

Psychologue : ah bon plutôt à la naissance de votre fille ?

Madame_10: oui après la naissance de ma fille

Psychologue: et les douleurs ailleurs sont apparues plutôt quand ? vers quel moment ? avant le by-pass après ?

Madame_10: silence

Psychologue: elles sont venues toutes en même temps ?

Madame_10: non elles ne sont pas venues toutes en même temps,,, non non les mains les bras les épaules c'est venus il y a un peu près euh allez 5 6 ans allez 5 ans pas plus

Psychologue: par rapport aux opérations que vous décrivez notamment le tablier, mais aussi le dos ... est-ce que les douleurs étaient déjà là avant ou elles étaient là elles sont apparues après

Madame_10: après je dirai

Psychologue: ok combien de temps après ?

Madame_10: (silence) je ne sais pas mais ... je ne sais pas

Psychologue: vous aviez déjà repris du poids à ce moment-là ou vous aviez bien perdu

Madame_10: j'avais bien perdu ... en fait je trouve que depuis que j'ai repris j'ai plus mal c'est bizarre

Psychologue: non ce n'est pas bizarre, ça peut se comprendre

Madame_10: j'ai plus mal depuis que j'ai repris du poids ...

Psychologue: ouais

La description du comportement d'alimentation nocturne est assez spécifique, impliquant des épisodes d'alimentation nocturne automatique, sans remise en cause du comportement, des troubles du sommeil majeur associé à une fatigue intense et des difficultés à supporter les vêtements ou les draps la nuit.

Patiente_10: mais je vois toujours me relevé pour manger ça a commencé par un yaourt je ne sors pas tout du placard je ne mange pas des quantités faramineuses mais je mange

Psychologue: d'accord

Patiente_10: ça doit forcément calmer des angoisses alors que je n'en ai pas quand je me lève c'est étonnant mais bon c'est comme ça c'est je je disais au Dr W j'ai l'impression d'être comme dire quelqu'un qui ne sent pas vanille⁴² comme on appelle ça on fait de la ...

Psychologue: vous avez encore l'impression d'être endormie comme du somnambulisme

Patiente_10: j'ai l'impression d'être un somnambule je ne suis pas endormie je le sais mais c'est tellement en fait je ne me pose pas de question je me lève je vais dans le frigo

Psychologue: c'est automatique

Patiente_10: voilà il n'y a pas de non arrêtes non allez regarde la télé non non il n'y a pas de ça

Psychologue: il n'y a pas de discussion de ce comportement là

Patiente_10: non non

Psychologue: c'est automatique vous y allez

Patiente_10: oui

Psychologue: et c'est dans le frigo nécessairement ou ça peut changer

Patiente_10: quand je suis dans le frigo ça peut être des gâteaux ça peut être voilà

Psychologue: ok

⁴² Peut-être mal compris dans la retranscription

Patiente_10: ce n'est pas forcément oui c'est des gâteaux ... enfin des choses pas bonnes... enfin ce ne sont pas dans des quantités extraordinaires

Psychologue: enfin ça veut dire que ce réveil-là se fait qu'est-ce qui vous réveille selon vous

Patiente_10: je ne sais pas toutes les nuits je me réveille alors là je dois aller voir, le Dr L m'a orienté vers ...

Psychologue: oui un spécialiste du sommeil c'est ça ? c'est judicieux ... vous aviez déjà fait un bilan

Patiente_10: d'apnée du sommeil oui mais pas du sommeil enfin

Psychologue: plus global ?

Patiente_10: nan

Psychologue: l'apnée du sommeil avait été évalué où ?
[...]

Patiente_10: c'est il y a longtemps c'est avant mon by-pass donc c'était en 2009 2010 avant mon by-pass alors depuis je porte une j'ai été appareillée euh mais l'appareil je dors sur le ventre alors je il ne reste pas sur ma tête c'est très compliqué et comme l'apnée ben comme à l'époque hyper-sévère là je me suis orientée depuis quelques années vers une gouttière d'avancée mandibulaire ... c'est pas trop mal ... ben, ce qui est étonnant c'est que maintenant je sais que la nuit je serre les dents

Psychologue: hum hum bien-sûr

Patiente_10: alors je ne sais pas pourquoi et ... parce qu'en fait le matin j'ai mal toute la mâchoire .. et même ma mandibule je sens euh

Psychologue: il y a peut-être une usure des dents

Patiente_10: elle est râpeuse

Psychologue: la gouttière vous protège un peu quand même

Patiente_10: ouais ... mais elle est râpeuse dessus ...

Psychologue: ok euh ... et cette idée de somnambulisme quand vous avez fait le bilan du sommeil à D à l'époque vous l'aviez évoqué ou pas ?

Patiente_10: non

Psychologue: non ? on s'était basé sur

Patiente_10: ben vous savez quand on se lève toutes les nuits que vous habitez avec c'est quelque chose que qui est devenu presque normal

Psychologue: quand c'est devenu là très automatique oui ?

Patiente_10: vous voyez on on aujourd'hui je dors très mal mais pour moi je dors normal je ne sais pas comment vous dire

Psychologue: c'est devenu votre normalité

Patiente_10: voilà

Psychologue: d'accord vous avez remarqué d'autres choses la nuit qui vous qui peuvent être gênant pour vous ou qui peuvent être problématique pour les autres peut-être aussi c'est peut-être aussi les autres qui des fois vous le disent

Patiente_10: non parce que je vis seule

Psychologue: d'accord

Patiente_10: par contre cela me convient bien ... euh parce que là-dessus on avait pas mal bossé dessus sur les traits abandonniques on va dire entre guillemets euh voilà aujourd'hui j'ai l'impression que c'est réglé

Psychologue: hum hum

Patiente_10: j'ai l'impression

Psychologue: oui sur le vécu là ok

Patiente_10 : c'est pour ça je me sens mieux sur la globalité

Psychologue: ok

Patiente_10: et effectivement je me lève toujours la nuit je suis toujours quelqu'un de stressé il y a des choses qu'on enlève pas et mes douleurs qui sont chroniques c'est horrible parce qu'en fait ça c'est quelque chose je suis épuisée

Psychologue: oui oui bien sûr

Patiente_10: physiquement alors mentalement des fois c'est un peu dur je trouve parce que voilà mais physiquement c'est très très difficile quand je suis rentrée avant hier j'ai dormi de 4h30 à 6h30 parce que j'en pouvais plus

Psychologue: oui vous devez du coup dormir dans la journée pour tenir c'est ça ?

Patiente_10: ben oui et là je sais que cet après midi je vais dormir en fait vous voyez je suis rentrée avant que je me fasse opérer je dormais tous les après-midi dès que je pouvais dès que je rentrais par contre euh une fois opérée tout cela est parti quand même c'est bizarre et là je suis à nouveau dans ce schéma là

Psychologue: oui il y a eu un moment où c'est parti

Patiente_10: oui

Psychologue: d'accord

Patiente_10: je ne me levais plus la nuit, je n'allais plus dans mon frigo quand j'ai été opéré de mon by-pass

Psychologue: d'accord

Patiente_10: je pense que les hormones ont dû jouer je pense qu'il y a quelque chose qui a dû être dans la tête qui a dû être bousculé je ne sais pas

Psychologue: tout cela avait disparu c'est ça

Patiente_10 : et après mon by-pass quand j'ai repris j'étais très en colère après moi et très en colère même après après les médecins après tout le système parce que je me disais même si ils m'ont dit que c'était pas magique pour moi c'était magique mais en fait euh il n'y a que moi qui gère quoi (long silence)

Psychologue: vous dormez les pieds à l'air ?

Patiente_10: oh ben alors là je dors complètement nue parce qu'en fait tout mon corps en fait j'ai l'impression que tout mon corps est chaud

Psychologue: d'accord

Patiente_10: voilà et ça c'est ... (silence)

Psychologue: ouais d'accord

Psychologue: d'accord

Patiente_10: je suis plus angoissée maintenant parce que je me dis j'ai 52 ans et quand je me vois déjà j'ai l'impression être dans un corps d'une femme qui a déjà ... et ça ça me stresse ça me alors que voilà enfin je veux dire ben j'ai peur de réduire ma

capacité de vie et de ne plus être là pour ma fille, vous voyez il y a un espèce de ... comment je vais faire si je suis plus là si pour ma fille voilà c'est c'est ça va être ma grosse voilà

Psychologue: oui c'est la grosse peur c'est une thématique j'ai envie de dire de préoccupation assez classique qui revient très régulièrement c'est ça ? ou qui est déclenchée par des situations précises ou ?

Patiente_10: je ne dis pas que c'est très régulièrement mais enfin du fait que je me vois ben ça me fait peur c'est ça en fait et à chaque fois vous voyez le matin je me lève oh là là j'ai mal partout mais avec tout cela hier je me dis comment je vais faire ma fille aura un enfant comment tu vas faire comment tu vas lui garder son gamin comment tu vas faire et j'essaye de cacher de dire que tout va bien et .. d'abord elle n'a pas à absorber mes conneries hein entre guillemets donc vous voyez j'essaye de mais c'est compliqué

Le rapport à l'activité de Madame 10 une forme d'hyperactivité, en lien avec une maniaquerie sur le ménage. La régulation, modération et régularité sont des concepts difficiles à intégrer pour la patiente, probablement à l'opposé de son fonctionnement habituel.

Patiente_10: ben ça... quand je fais du ménage je suis maniaque ... Je fais du ménage je suis à fond je suis trempée je suis mieux après

Psychologue: hum hum

Patiente_10: alors au début c'est dur je suis là alors oh là là si je fais mes carreaux alors j'ai du mal mais je suis presque mieux après je ne sais pas comment vous dire

Psychologue: hum hum alors c'est peut-être aussi vous vous sentez peut-être mieux parce que vous avez répondu en fait à cette nécessité de le faire. Si vous me dites que vous êtes assez maniaque c'est que vous avez besoin de le faire

Patiente_10: oui

Psychologue: donc vous êtes peut-être satisfaite d'avoir réussi à le faire d'une certaine manière

Patiente_10: oui

Psychologue: mais vous avez quand même l'impression que physiquement il y a quelque chose de l'ordre il y a quelque chose est appréciable après un effort physique comme ça

Patiente_10: oui c'est ça c'est ça

Psychologue: alors c'est vrai qu'il y a ce côté défouloir il y a ce côté alors clairement le ménage c'est du sport physiquement ça fait partie des activités avec le jardinage pour lequel on dépense le plus d'énergie en plus avec parfois des positions qui ne sont pas toujours les plus appropriées

Patiente_10: oui du tout

Psychologue: parce que ça c'est aussi très compliqué par rapport à cela euh... maintenant quand on parle nous d'activité physique à visée thérapeutique on est plutôt sur ce que l'on appelle une activité physique adaptée qui est peut-être du coup moins défouloir

Patiente_10: ah oui

Psychologue: mais qui est plus intéressante pour votre corps et pour ce que l'activité physique peut générer

Patiente_10: ah ça j'ai encore du mal à l'assimiler

Psychologue: hum hum

Patiente_10: complètement ... parce que moi je l'associe à dépense dépense ça c'est bien vous voyez ça j'avoue que j'ai encore du mal avec ça et peut-être qu'avec le CUMSAPA de toute façon les heures ne correspondaient pas du tout et la première séance j'ai dit oh là mais je ne sais pas ce que je fais là

Psychologue: ah ben je pense bien que vous avez presque cru que vous n'aviez rien fait

Patiente_10: ouais

Psychologue: oui mais c'est justement comme cela qu'on y va dans cette augmentation de performance ce n'est pas le fait de réussir à le faire parce que mécaniquement votre corps il peut le faire

Patiente_10: oui

Psychologue: puisqu'il vous suit d'une certaine manière

Patiente_10: bien sûr

Psychologue: sauf que vous êtes obligée de prendre dans vos ressources et de tirer si je puis dire sur le corps ou la corde pour pouvoir réussir à faire l'activité et ça on sait que cela va générer ensuite des douleurs ... alors que si on fait l'activité physique dans notre zone de confort mais que l'on fait cette activité physique même si elle est moindre et ça c'est frustrant mais qu'on le fait régulièrement

Patiente_10: c'est ça

Psychologue: on reste dans cette zone de confort et là le corps peut à nouveau progresser et ça permet d'avoir moins de douleurs et ça permet de retrouver une capacité parce que quand on le fait une activité mais c'est souvent une activité qu'on va faire on shoot parce qu'on a tiré de dessus on y arrive ok sauf que le corps après on est plus fatiguée on a plus de douleur et donc du coup

Patiente_10: ben sur le coup je suis bien mais je déguste après

Psychologue: exactement et du coup là on fait quasiment plus rien

Patiente_10: oui

Psychologue: parce qu'on est obligé, parce qu'on en peut plus à ce moment-là que les douleurs sont trop importantes donc en fait on fonctionne comme ça

Patiente_10: c'est exactement ça

Psychologue: alors pour l'activité physique l'idée c'est de pouvoir plutôt en forme d'escalier de progresser avec des niveaux comme cela

Patiente_10: d'accord

Psychologue: pour à termes retrouver une certaine capacité mais une capacité qui va se maintenir dans le temps et c'est là toute la différence c'est tout l'enjeu du bénéfice de l'activité physique

Patiente_10: d'accord

Psychologue: mais j'entends bien vous me décrivez une personnalité assez entière

Patiente_10: oui

Psychologue: assez tout ou rien

Patiente_10: oui

Psychologue: si j'ai bien compris ?

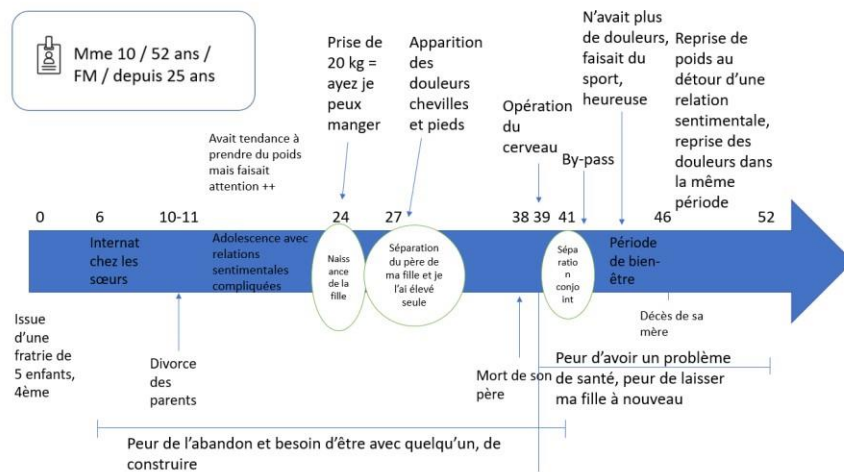
Patiente_10: oui je fonctionne comme ça

Psychologue: donc forcément vu la façon dont vous faites l'activité physique ben c'est pareil quoi

Patiente_10: c'est ça

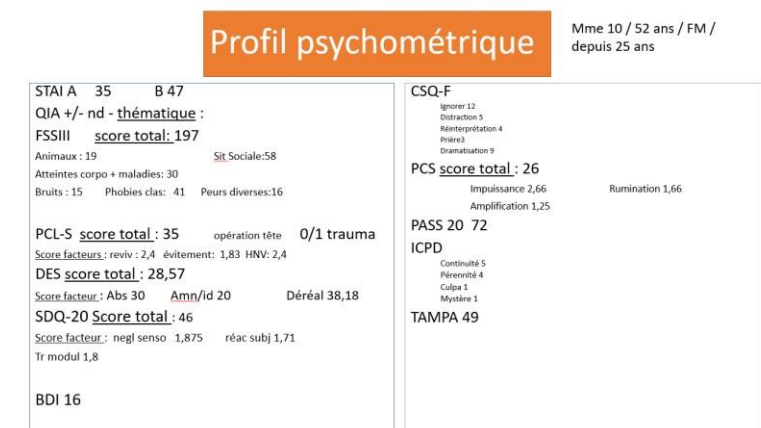
Psychologue: d'autant plus d'être confrontée à des douleurs nous amènes souvent à développer ce type de comportement parce qu'on est souvent tellement frustrée de ne pas pouvoir faire que l'on attend le moment où ça va mieux mais dès que ça baisse on y va mais ça va ramener des douleurs... et là on est dans un engrenage assez classique à la fois dans la douleur chronique mais aussi et principalement dans la fibromyalgie. C'est quelque chose que l'on retrouve énormément comme étant un facteur d'engrenage autour de la fibromyalgie

A l'issue des 3 rendez-vous, nous avons réalisé la frise suivante. L'événement « Opération du cerveau », choisie comme cible du PCL-S par la patiente, est décrit comme un événement charnière qui a modifié l'angoisse passant de la peur de l'abandon à la peur d'avoir un souci de santé et de laisser sa fille.



Sur le plan psychométrique, on retrouve une anticipation anxieuse et une kinésiophobie importante, en dehors d'un catastrophisme. On retrouve des signes de fonctionnement phobique (FSSIII) et des signes de souffrance morale importante (BDI élevée).

La problématique traumatique n'est pas retrouvée dans la psychométrie mais on retrouve une problématique dissociative tant sur la DES que la SDQ-20.



Fiche synthétique : Madame 10			
Données sociodémo	52 ans	1 enfant autonome	CDI, temps plein, encadrant en ESAT
Antécédents		Personnel	Familiaux
	Somatique	By-pass / Opération du cerveau pour neurinome bénin	
	Psychologique	Angoisse majeure (abandon, mort) pris en charge par psychothérapie actuellement / pas antécédent psychiatrique / conduite alimentaire nocturne	
Histoire douleur			
	Problématique de douleur sur plusieurs zones du corps évoluant depuis de nombreuses années	Amélioration nette dans les suites d'un by-pass en 2011 puis reprise des douleurs au moment de la reprise de poids 3 ans plus tard	Fracture du coude récente, déroulement pec habituel, persistance douleur modérée ensuite
Projet thérapeutique	Duloxétine, pec rééducation centre, APA, TENS		
Bilan psychologique spécifique douleur	Motif de la demande	Déroulement et qualité de l'entretien	Parcours de vie
	Evaluation psychologique en vue de compléter la prise en charge actuelle	Capacité d'élaboration et de verbalisation	Très évasive sur le parcours de vie
Profil psychométrique	Douleur	Triade Cognitivocomportementale	Psychopathologie
	12 zones douloureuse Entre 3 et 8 HAD 7 -14 Retentissement Marcher ++, Sommeil +, travail habituel +, humeur +/-	Drama/Catastrophisme – PASS 20 + TAMPA + 2 biais sur les 3 de la triade	STAI A faible B modéré QIA + FSS III + PCL-S - 0 positif/1 DES + SDQ-20 + BDI élevé
Conclusion	Maintien prise en charge psychothérapeutique à visée de stabilisation / contre-indication hypnose et relaxation en dehors psychothérapie / orientation vers APA	Ignorer les sensations douloureuses ++, Anticipation anxieuse et kinésiophobie / Pas de triade	Problématique dépressive associée à un fonctionnement phobique / Problématique dissociative supposée, envahissement angoisse

Madame 17

Madame 17 est orientée vers le psychologue par l'interne (rencontré une fois juste avant la fin de son intervention au sein de notre consultation). Suite à des difficultés de programmation, aucune nouvelle consultation médicale n'avait eu lieu. La tonalité de l'entretien inclut cette donnée afin d'assurer une partie de la prise en charge et refaire du lien avec la partie médicale de la prise en charge.

Madame 17, 55 ans, est confrontée à une problématique douloureuse évoluant depuis de nombreuses années, mise sur le compte d'une arthrose développée précocement (vers l'âge de 40 ans), suivie par un rhumatologue. Plusieurs opérations ont eu lieu dans ce contexte, sans séquelle douloureuse. Cependant depuis 1 an, les douleurs ont changé et sont devenues de plus en plus invalidantes et envahissantes. Le diagnostic de fibromyalgie a été porté par le rhumatologue et une orientation vers la consultation douleur décidée.

L'investissement de l'espace de parole est positif avec une capacité d'élaboration et une verbalisation retrouvée. On observe un discours plutôt posé, avec peu de marques d'émotions, malgré l'évocation de situations particulièrement difficiles avec un dévoilement progressif de son parcours de vie et d'événements traumatiques. L'utilisation du rire ou de l'humour est assez régulièrement présente, notamment sur des situations délicates. Madame 17 utilise souvent un bruit avec sa bouche (nommé inspiration douleur, bruit que l'on peut faire quand on se fait mal) et qui est utilisé à la fois dans la description de la douleur mais aussi dans la description de la situation de vie ou de la souffrance.

A noter que c'est une première démarche réalisée auprès d'un psychologue en tant que tel. Il y avait déjà eu une première rencontre avec un psychiatre sans donner suite peu (il y a plusieurs années). Madame 17 est clairement peu demandeuse en termes de prise en charge psychothérapeutique.

Concernant les douleurs, Madame 17 décrit brièvement les raisons supposées de la problématique douloureuse à laquelle elle est confrontée à la fois sur la problématique d'arthrose et sur les douleurs dans les suites de l'accident du travail.

Madame 17: les douleurs j'en ai depuis très très longtemps et on a toujours mis ça sur le compte de l'arthrose j'ai de l'arthrose généralisée enfin dégénérative de la polyarthrose dégénérative voilà

Psychologue: depuis très longtemps c'est à dire parce que là vous avez 55 ans ... vers quel âge ?

Madame 17: ben le premier pied j'ai été opérée en 2003 donc c'est (rire) ça fait 17 ans quoi

[...]

Madame 17: oui oui en fait c'est venue progressivement en fait je n'y faisais pas vraiment attention disons que j'ai eu un accident du travail il y a ... ben en janvier XXX euh XXX (il y a un an et demi) pardon

Psychologue: qu'est-ce qui vous êtes arrivé ?

Madame 17: ben je suis agent de sécurité donc j'ai couru après un voleur qui s'est débattu forcément donc je l'ai retenu dans la rue... bon déjà je me refais une entorse et après ça toutes les douleurs ont commencé à se réveiller de partout ... et je pense que c'est vraiment l'élément pour cela a été l'élément déclencheur ... car c'est à partir de là que les douleurs ouais ont changé enfin qu'il y avait le plus par rapport à l'arthrose ... où vraiment c'était dur dur tout le temps dur de se mouvoir voilà (rire)

Psychologue: oui à partir de là il y a eu un impact important vous dites sur le mouvement c'est ça sur votre capacité à pouvoir bouger à faire les choses alors qu'avant vous n'aviez pas ça vous n'étiez pas aussi ennuyé

Madame 17: ah non pas à ce point non

Psychologue: pas à ce point ... comment c'était la première fois que vous deviez intervenir de cet ordre-là ? sur votre travail ? ou est-ce que vous aviez déjà eu des situations similaires ?

Madame 17: nan c'était la première fois où j'ai dû courir et le maintenir j'ai déjà eu des interventions où j'ai pris un coup de poing voilà mais euh de cet ordre-là nan c'était vraiment la première fois

Psychologue: d'accord vous étiez toute seule à ce moment-là ?

Madame 17: oui ma collègue m'ont rejoint après mais en attendant il fallait le tenir le bonhomme (rire)

[...]

Psychologue: vous avez eu beaucoup de douleur sur le moment ?

Madame 17: non

Psychologue: non

Madame 17: non parce qu'au départ de l'accident du travail on a déclaré que la cheville les douleurs sont apparues oui après

Psychologue: ouais combien de temps après ?

Madame 17: ah je dirai progressivement .. dans les 15 jours qui ont suivi quand même ..

Psychologue: d'accord

Madame 17: parce que je me suis pas arrêté tout de suite, j'avais mal à la cheville mais euh mais j'ai tellement l'habitude d'avoir des entorses euh je me suis pas arrêté tout de suite et j'ai été en arrêt que 15 jours après oui parce que ... (silence)

On retrouve des signes de souffrance psychique même si Madame 17 met beaucoup d'énergie à lutter contre la dépression :

Psychologue: hum sur le plan notamment du moral de j'ai envie de dire sur le plan psychique comment vous vivez les choses actuellement ?

Patiente_17: ... je m'efforce de bien les vivre, je m'efforce de positiver et de me dire moi ma maladie elle me fait souffrir mais elle ne me fera pas mourir ... et que si je regarde autour de moi il y a quand même pire donc je ne suis pas du genre à me plaindre j'ai mal oui ben j'ai mal voilà c'est tout c'est comme ça et je ne m'empêche pas de vivre ... ben je viens de me remettre à la marche nordique je me suis mise à la zumba adaptée hein (rire) et euh voilà

Madame 17 décrit des troubles du sommeil avec des nuits qualifiées d'agitées ou de fractionnées, par période. Au moment de la rencontre, la patiente est dans une période de perturbation. On note un antécédent rapporté de dépression dans un contexte de maladie somatique mais on l'apprendra par la suite dans un contexte de vie de couple très compliqué :

Patiente_17: j'ai fait une dép ben justement il y a quelques années euh dans les années 90 quand j'ai fait la pneumo et tout cela oui j'ai fait une dépression oui dans ses eaux là

Psychologue: d'accord ... qui a été traité à l'époque, avec une prise en charge auprès d'un médecin psychiatre peut-être

Patiente_17: oui oui j'ai été aux urgences parce que j'ai fait une bêtise voilà (inspiration douleur) et euh

Psychologue: une prise de médicament ?

Patiente_17: ouais hum hum mais en fait en discutant j'ai vu après une psychologue en fait elle m'a vu qu'une fois c'était plus un appel au secours une façon de dire Eh occupe-toi de moi voilà quoi (inspiration douleur) de dire il y en a ras le bol voilà

Psychologue: hum hum

Patiente_17: mais en fait je n'avais pas l'intention de ...

Sur le plan des antécédents, un diabète assez récent a été mis en évidence. La prise de poids, évoluant depuis deux ans environ, est également verbalisée comme étant source de souffrance. Son origine multifactorielle (diabète, traitement, arrêt activité, etc...) nécessite une réflexion supplémentaire.

Les autres signes de souffrance sont en lien avec la problématique traumatique. En effet, Madame 17 évoquera au fur et à mesure de l'entretien plusieurs événements traumatique, comme dévoilant progressivement son parcours :

- le suicide de son frère

Madame 17 : [...] j'ai un frère qui l'a fait il s'est pendu et je peux vous dire que la famille en a pris un coup et jamais je ne ferai cela à mes parents je (inspiration douleur) non quand on voit tout le mal que ça fait non (rire)

Psychologue: c'est il a fait ça quand votre frère ?

Madame 17: oh ça fait 15 ans

Psychologue: d'accord

Madame 17: mais c'est comme si c'était hier quoi

Psychologue: oui ça reste encore très douloureux et

Madame 17: c'est moi qui suit aller le reconnaître avec le corps c'est moi qui suit aller sur les lieux j'habitais la plus proche

Psychologue: d'accord

Madame 17: donc ouais ça reste ... et puis surtout cela a semé un gros désaccord dans la famille

Psychologue: oui pourquoi ?

Madame 17: parce que j'avais des sœurs qui étaient plus proches de lui et il fallait un coupable ... bon moi à l'époque-là je divorçais et en fait c'est moi qui accaparait les parents et pas vu que le petit frère il allait pas bien voilà donc c'est ma faute (rire)

Psychologue: d'accord c'est ce qui a été dit par les membres de la famille c'est ça ?

Madame 17: ben ouais

Psychologue: ok

Madame 17: et puis maintenant ben on commence à recoller les morceaux

Psychologue: d'accord

Madame 17: il a fallu que ben dernièrement là on s'est beaucoup vu parce que mes parents avaient décidé d'être placé en EPHAD et mon père est décédé là fin XX

Psychologue: d'accord

Madame 17: donc vidé la maison tout cela il a fallu qu'on se revoit et du coup cela nous a vachement rapproché ... et on arrive à en parler de cette époque (inspiration douleur) où X a mis fin à ses jours on arrive à en parler et euh .. ouï ça recolle on recolle les morceaux quoi

Psychologue: d'accord .. j'entends cela a dû être compliqué pour vous à la fois dans les suites directes et encore longtemps ces répercussions au niveau familial et

Madame 17: je me sentais toujours quand il y avait des réunions de famille je me sentais toujours de trop pas à ma place quoi eux ils étaient ben ils discutaient ils rigolaient et moi j'étais dans mon coin et je n'osai pas (inspiration douleur) j'avais toujours peur de la réaction de ... donc mouais ça a duré longtemps ...

Psychologue: d'accord vous avez quelle place dans la famille vous êtes dans fratrie il y a combien

Madame 17: je suis numéro 4 sur 6

Psychologue: d'accord et le frère qui est décédé

Madame 17: c'était le 5ème

Psychologue: le 5ème donc juste après

Madame 17: juste après moi (silence)

- dans ses relations de couple et la violence conjugale

Psychologue: vous vivez dans quelles situations vous m'avez parlé d'un divorce à un moment donné

Madame 17: offfff c'est compliqué ... (rire)

Psychologue: dites-moi un petit peu si vous en êtes d'accord

Madame 17: et ben quand j'étais jeune les garçons ce n'étaient pas mon truc quoi donc le premier qui est venu j'ai cru que c'était le bon voilà euh il était contre la pilule et comme moi à l'époque dans ma famille on en parlait pas euh ben je prenais pas la pilule voilà donc ce qui devait arriver arriva (rire)

Psychologue: c'est-à-dire que vous vous êtes mariés très tôt avec cette personne là

Madame 17: j'ai eu ma première fille j'avais 20 ans voilà

Psychologue: d'accord

Madame 17: je me suis mariée à

21

Psychologue: d'accord ...

Madame 17: après on a eu une deuxième fille deux ans après ... après en XX j'ai fait ma dépression et puis après euh ben ouï je vais changer machin gna gna gni gna et puis on a remis le troisième (rire)

Psychologue: il est arrivé quand le 3ème

Madame 17: en XX

Psychologue: d'accord

Madame 17: et puis en fait ça n'allait pas voilà .. il a commencé à faire des activités financièrement il dépensait beaucoup et moi je n'avais plus grand chose pour euh pour faire à manger aux enfants voilà ça n'allait plus ça n'allait plus ça s'est fini par ... plus ou moins violemment enfin violemment on va dire voilà

Psychologue: oui il a été violent

Madame 17: ouais ouais

Psychologue: d'accord

Madame 17: oui il m'a tapé dessus devant les enfants (toussotte) donc voilà donc j'ai on a divorcé la première fois ... non attendez la suite (rire) on s'est séparé en XX (un an après le 3ème) fin XX ... et en XX (deux après) on s'est retrouvé il avait juré qu'il avait changé gna gna et voilà et moi les deux pieds dedans on y retourne (rire) on est remarié en XX (un an après)

Psychologue: d'accord

Madame 17 : et en fait en arrivant je me suis aperçue que nan il n'avait pas changé il y avait une pile de courrier comme ça qui n'était pas ouverte il devait de l'argent partout c'était (inspiration douleur) enfin voilà ... donc rebelotte re déclit hein et puis j'ai connu quelqu'un d'autre et puis il était très gentil il était beaucoup plus âgé que moi il avait 19 ans de plus que moi donc euh ... on s'est relativement mis ensemble assez vite .. euh ... on a fait un enfant qui est en XX ... et une fois qu'on a été marié il a changé complètement **Psychologue:** d'accord

Madame 17: une jalousie maladive euh une emprise sur moi (inspiration douleur) il faut dire que j'étais j'étais complètement soumise je n'avais plus d'estime pour moi je n'étais rien je ne pouvais rien faire toute seule de toute façon il allait avec moi partout quand je dis partout c'est aussi bien chez le gynéco chez tout il allait avec moi partout chez le coiffeur c'était lui qui disait comment il fallait me coiffer (inspiration douleur) voilà quoi

Psychologue: hum hum

Madame 17: et lui il s'est montré à la fin très très violent ... ça ... (silence) et toujours devant le petit quoi (inspiration douleur)

Psychologue: d'accord

Madame 17: et euh c'est quand ma fille aînée a 17 ans m'a dit c'est fini j'en ai marre .. en fait j'étais complètement oui sous son emprise et du coup je négligeai mes enfants pour parce que je devais tout le temps avec lui donc mes enfants se plaignaient de je ne sois plus assez proche d'eux ... et je enfin je ne voyais ou j'en sais rien je ne sais pas exactement (inspiration douleur) et il a fallu que ce soit ma grande qui me dise c'est bon j'en ai marre je retourne chez le papa là il y a eu le déclit ...

Psychologue : d'accord

Madame 17: là je me suis dit si je fais rien je perds les autres ... et donc euh mais là la séparation a été très violente très compliquée ça a été enfin j'ai morflée

Psychologue : c'était en quelle année ?

Madame 17: en XXX

Psychologue: d'accord ouais ouais cela a été compliqué j'imagine ouais

- un viol lorsqu'elle était mineure et lorsqu'elle était en couple :

Psychologue: d'accord donc j'entends un parcours qui a quand même été compliqué avec des moments vous parlez quand même de moments qui ont été ...

Madame 17: ben disons que je pense euh bon à 17 ans il m'est arrivé quelque chose et je pense que cela a beaucoup joué

Psychologue: ouais

Madame 17: je me suis fait violée

Psychologue: d'accord

Madame 17: et ... j'en ai ja jamais parlé à personne et voilà maintenant mes filles le savent mais je pense cela a beaucoup joué après sur ma vie sur ma vie de femme sur ma vie de sentimentale je pense ça a beaucoup joué **Psychologue:** ah ben oui je comprends ... c'était un adulte une personne que vous connaissiez

Madame 17: ah pas du tout non bêtement à 17 ans je me promenais dans la rue au centre commercial il y a un gars qui était à une table il buvait un coup et puis il me dit salut ben je lui réponds salut ...

Psychologue: hum

Madame 17: allez viens on va faire un tour oui on va faire un tour ... (inspiration douleur) ben ce n'était pas un sujet qu'on abordait chez moi donc pfff j'ai suivi (rire) voilà

Psychologue: d'accord et du coup vous me disiez-vous n'en avez par parlé après du coup cela a été compliqué

Madame 17: ... oui quand même oui ça ... ça a été compliqué et c'est pour cela qu'après les mecs ce n'étaient pas mon truc ben voilà ouais quand j'ai rencontré mon premier mari ben c'était pff je pensais que c'était le bon et puis voilà et puis en fait on était jeune tous les deux et euh ... avec le recul ce n'était pas on n'était pas du fait pour être ensemble quoi (inspiration douleur) maintenant on le sait mais voilà on a un peu mûri (rire) mais oui je pense que cela a joué ... mon histoire de 17 ans des fois ça ressort encore pas souvent mais des fois ouais ça ressort

[...]

Madame 17: mon premier mari aussi ben il y a eu violences mais il y a eu aussi il y a eu aussi viol

Psychologue: oui avec des agressions sexuelles également

Madame 17: voilà ouais

Psychologue: d'accord

Madame 17: donc à force d'en remettre des couches (rire)

- et enfin un conflit de voisinage avec agression et sentiment d'insécurité :

Psychologue: qu'est-ce qui s'est passé avec votre voisin ?

Madame 17: ben j'ai un voisin qui a emménagé il y a bientôt un an et ... qui ... qui a cherché les ennuis à tout le monde dans la résidence et surtout il aime pas les femmes ...bête... et la dernière fois il m'a interpellé au balcon mon fils était avec moi (inspiration douleur) et ... il est monté dans un colère incroyable il a brandit sa chaise vers mon fils en disant wouais je vois dans les escaliers je te défonce la voilà

(inspiration douleur) et puis quand je lui ai dis eh on se calme là et j'avais mes deux petits enfants avec moi et là j'ai dit là ça suffit on se calme il a pris son élan depuis lui il est au premier étage donc depuis son balcon et il m'a craché dessus... il nous craché dessus avec les petits et tout de là je suis allée déposer plainte ... et une semaine après je rentrais il m'attendait sur le palier .. dans l'entrebâillement de sa porte il n'est pas sorti de chez lui et euh... grosse conne t'es qu'une grosse conne ... donc maintenant je sors ben déjà je guette quand il est là quand il n'est pas là je ne suis pas tranquille (inspiration douleur) quand je sors j'ai systématiquement mon téléphone en mode vidéo même si je ne vois pas au moins j'aurai le son (rire) mais je ne suis pas tranquille
Psychologue: ouais ouais

Madame 17: et je ne sais pas comment il va réagir quand il saura que si c'est que j'ai déposé plainte ... c'est ou il se calme ou il va monter en pression (sourir)

Psychologue: alors vous êtes dans une résidence en location ou

Madame 17: moi je suis en location je suis la seule locataire de la résidence tous les autres sont propriétaires

Psychologue: lui est propriétaire de son logement ?

Madame 17: ouais ... et oui (rire) ...

Psychologue: et vous êtes chez un locataire privé ?

Madame 17: oui

Psychologue: et depuis longtemps ?

Madame 17: depuis janvier XX (il y a deux ans)

Psychologue: d'accord et c'est un appartement qui vous plaît bien ?

Madame 17: ah oui .. bien situé franchement il est bien ... puis jusqu'à ce qu'il arrive on était bien j'avais même organisé un barbecue avec les voisins pour faire connaissance et puis là tous demandent à le refaire cette année mais vraiment il y a une bonne ambiance mais d'ailleurs tous m'ont dit si il te touche où n'importe quoi tu cris on arrive euh voilà je sais que j'ai le soutien de tous les autres mais je ne suis quand même pas tranquille

Psychologue: il y a un syndic de copropriété

Madame 17: oui oui ... j'ai prévenu ma propriétaire justement pour qu'elle prévienne le syndic

Psychologue: d'accord

Madame 17: donc voilà en ce moment ce n'est pas ... bon cela ne m'empêche pas de vivre à la zumba je m'éclate ... mais euh une fois que je rentre chez moi et tant que je n'ai pas passé ma porte je flippe quoi

Psychologue: hum hum

Madame 17: voilà

Psychologue: ok oui par rapport à ce que je disais tout à l'heure en termes de rapport au bien être de ressourcement tout cela ben du coup on est loin sur toute cette partie-là quand vous êtes chez vous cela peut aller
Madame 17: une fois que je suis rentrée c'est bon voilà

On peut observer des Symptômes de Dissociation par des reviviscences concernant le viol, puis de l'agression avec son voisin :

Psychologue: d'accord (silence)

Psychologue: ça ressort sous quelle forme qu'est-ce qui

Madame 17: je revois le ... je l'entends dire salut et moi répondre comme une idiote (inspiration) et voilà des des ... des petits bouts de phrases un peu son intonation et voilà ça ça des fois ça ressort pas souvent

Psychologue: mais c'est justement dans certaines situations que cela ressort

Madame 17: oui

Psychologue: c'est dans quelle type de situation ?

Madame 17: ben quand je n'ai pas le moral (rire) ...

[...]

Psychologue: mais en même vous me dites vous m'en parlez en lien avec le sommeil avec un sommeil hachuré vous pensez qu'il y a un lien ?

Madame 17: ... ben je revois les images je le revois ... je revois la scène quoi vraiment une furie même mon fils ben qui n'est plus un bébé je veux dire il a XX il a eu peur

mais aussi et surtout un détachement important tant sur le plan psychique que sur le plan corporel. Ainsi en parlant de son accident du travail, « donc tout le corps a dû a du souffrir tout simplement (inspiration douleur) et euh (soupir) voilà je euh.... » et lorsqu'on l'interroge sur son ressenti actuellement :

Psychologue: mais justement d'en parler comme ça maintenant comment vous vous sentez ?

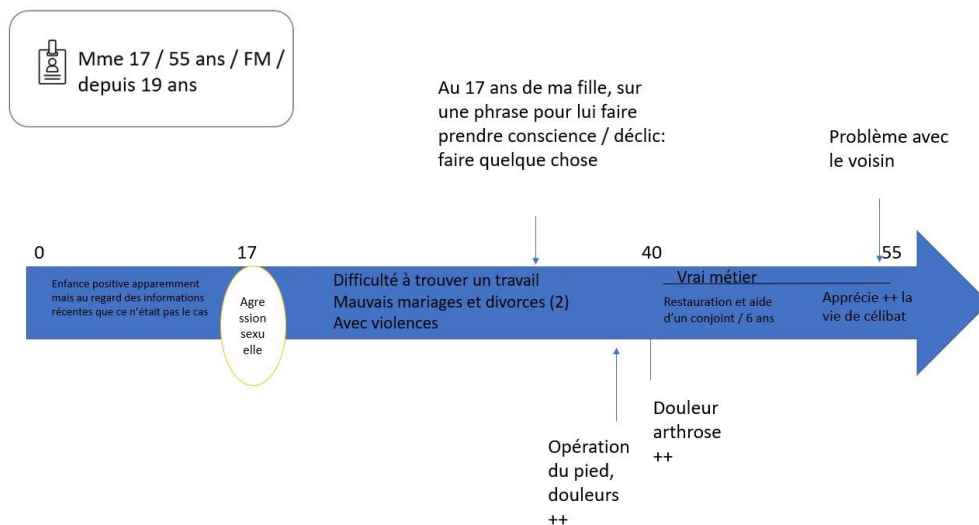
Madame 17: oui ça me fait rien

Psychologue: ouais

Madame 17: c'est même pas vidé mon sac j'en parle ça m'est arrivée et voilà

Psychologue: hum hum

La réalisation de la frise a permis de reprendre les différents événements, sans intégrer le suicide de son frère.



Enfin sur le plan psychométrique, on ne retrouve pas de triade cognitivo-comportementale ni d'éléments prégnants, peut-être à l'image de l'entretien en lui-même qui est assez cadencé sur le plan émotionnel. Seul l'événement de conflit avec le voisin reste à un niveau important au PCL-S. Madame 17 avait répondu à 4 PCL-S par ordre chronologique en commençant par le plus récent : problème de voisinage, violences conjugales, violences conjugales avec agression sexuelle, agression sexuelle. Seul le plus récent est positif au niveau du score seuil.

score Total PCL-S	47	32	25	36
Score "Répétition"	4	1,8	1,4	2,2
score "Evitement"	1,833	1,833	1,167	2,333
score "hyperréactivité neurovégétative"	3,2	2,4	2,2	2,2
Événement	Problème de voisinage 2021	Violences conjugales	Violences conjugales avec agression sexuelle	Agression sexuelle

Enfin la SDQ-20 est positif (proche score seuil).

Profil psychométrique

Mme 17 / 55 ans / FM / depuis 19 ans

STAI A 28 B 40
 QIA +/- nd - **thématique** :
 FSSIII **score total: 120**
 Animaux : 13 Sit Sociale: 43
 Atteintes corpo + maladies: 23
 Bruits :6 Phobies clas: 26 Peurs diverses: 9
 PCL-S **score total : 47** problème de voisinage ¼
 trauma
 Score facteurs : reviv : 4 évitement: 1,83 HNV: 3,2
 DES **score total : 20,35**
 Score facteur : Abs 18,33 Amn/id 14 Dérééal 29,09
 SDQ-20 **Score total : 30**
 Score facteur : negl senso 1,5 réac subj 0,85
 Tr modul 2,2
 BDI 13

CSQ-F
 Ignorer 10
 Distraction 9
 Réinterprétation 5
 Prière 3
 Dramatisation 8
 PCS **score total : 17**
 Impuissance 1,5 Ruminatiion 1
 Amplification 1,25
 PASS 20 22
 ICPD
 Continuité 1
 Pérennité 5
 Culpabilité 3
 Mystère 1
 TAMPA 39

Fiche synthétique : Madame 17			
Données sociodémo	55 ans	Célibataire, 2 unions, 4 enfants autonomes	Incapacité 1 ^{ère} C ; en recherche d'emploi / dernière activité : sécurité
Antécédents		Personnel	Familiaux
	Somatique	Arthrose ++, trouble du sommeil en cours de bilan, diabète	
	Psychologique	Aucune pec psychothérapeutique	Suicide d'un frère
Histoire douleur			
	Douleur sur plusieurs zones du corps en lien avec une problématique arthrosique associé à des douleurs d'hypersensibilité évoluant depuis 1 an	Accident du travail avec entorse majeure puis apparition de douleur diffuse dans les suites quasi directes (15 jours)	Augmentation : météo, efforts
Projet thérapeutique	TENS, duloxétine, APA et fractionnement activité		
Bilan psychologique spécifique douleur	Motif de la demande	Déroulement et qualité de l'entretien	Parcours de vie
	Evaluation psychologique en vue de compléter la prise en charge actuelle	Capacité d'élaboration et de verbalisation Jamais de pec psychothérapeutique Anxieuse dans l'entretien	Succession d'événements de vie compliqué (violence conjugale, divorce difficile, agression sexuelle) avec une stabilisation récente en lien avec sa dernière activité pro
Profil psychométrique	Douleur	Triade Cognitivo-comportementale	Psychopathologie
	20 zones du corps EN entre 6 et 9 HADS 6 – 5 Retentissement : marcher +, travail habituel +, sommeil +	Drama/catastrophisme – PASS 20 – TAMPA – (proche seuil) Pas de triade	STAI A faible B faible QIA non déterminant FSSIII – PCL-S 1 positif / 4 DES – SDQ-20 + BDI modéré
Conclusion	Accord pour relaxation, limitation hypnose dans un premier temps en dehors d'une psychothérapie	Pas de triade	Souffrance psychique en réaction avec la situation actuelle (sur le plan de l'humeur) / pas d'activation émotionnelle du parcours traumatique mais détachement

Monsieur 25

Monsieur 25, 48 ans, est orienté vers le bilan psychologique spécifique douleur en vue d'un arrêt du traitement anti-dépresseur. Il est dans une situation complexe car confronté à des séquelles fonctionnelles et douloureuses d'une atteinte de la moelle épinière dans les suites d'une complication dans un contexte d'hernie discale et d'opération du dos. Tout cela est arrivé il y a 7 ans et après une longue prise en charge en Centres de rééducation, il est orienté vers la consultation douleur pour la prise en charge des douleurs neuropathiques séquellaires. Depuis environ un an, il utilise régulièrement un traitement à base de cannabis thérapeutique qui a permis une nette amélioration de la situation douloureuse. Un premier arrêt d'un traitement anti-épileptique a été fait quelques mois avant notre rencontre et la question se pose pour l'arrêt de l'anti-dépresseur présent depuis 2 ou 3 ans.

Monsieur 25 est marié, a trois enfants en voie d'autonomisation. Il n'exerce plus d'activité professionnelle dans les suites de ses problèmes de santé et bénéficie d'une invalidité 2^{ème} catégorie ainsi qu'un complément de salaire par la prévoyance de son travail. Il se déplace dans toutes les activités de la vie quotidienne en fauteuil roulant et la position debout n'est plus possible en autonomie. Il pratique régulièrement de l'handisport. Il n'a pas d'autres activités rapportées.

L'investissement de l'espace de parole est rapidement positif, mais très prudent. On retrouve une forme de ralentissement et une élocution par moment difficile à comprendre (peut-être dû à la qualité de l'enregistrement). On observe beaucoup de phrases non terminées. On retrouve très peu d'affect.

Monsieur 25 nomme les événements auxquels il a été confronté « *mes problèmes de santé* » ou « *mes problèmes* ». Il décrit ce qui s'est passé avec un certain détachement et une verbalisation très prudente. Il a été confronté à deux moments particuliers : l'opération suivie des complications infectieuses et la dégradation à plus d'un an de son état fonctionnel sur le plan de la marche, des fonctions urinaires, etc...

Monsieur 25: ben ça a commencé j'ai eu un staphylocoque doré dans la colonne vertébrale donc qui a comprimé tous les nerfs et qui m'a paralysé (marmonne) et après tout cela j'avais récupéré la marche .. je marchais beaucoup même et je ne sais pas en mars XX est arrivé au mois de mai j'ai euh il y a plein de choses qui ce ça s'est dégradé en fait j'ai eu la spasticité la spasticité j'ai des problèmes pour uriner euh je n'arrivais plus à tenir debout et puis ça s'est dégradé bon là j'arrivais encore à me mettre debout mais je ne tiens pas longtemps quoi je n'arrive pas à monter un trottoir je n'arrive pas à lever les jambes je n'arrive pas à donc c'est ben après j'ai fait Centre de rééducation A j'ai fait Centre de rééducation B parce qu'au début j'avais envoyé sur Centre de rééducation B mais vu qu'il n'y avait pas les problèmes tous les problèmes sont arrivés après ils m'ont redirigés sur Centre de rééducation A et puis après j'ai été redirigé là-bas puisque ... on ne comprenait pas pourquoi ça

Psychologue: et on a pu un peu vous expliquer justement ou il y a des éléments d'explication de la problématique ou

Monsieur 25: euh hum non ben on était un peu surpris même eux apparemment parce que le fait que cela revienne après comme ça quoi ben j'ai été ouais presque 6 mois ben tranquille ouï c'est ça

Psychologue: parce que vous m'avez dit mars XX le staphylo c'est ça

Monsieur 25: ouï

Psychologue: donc il a fallu opérer intervenir et tout cela

Monsieur 25: voilà

Psychologue: c'est ça

Monsieur 25: c'est mai XXX (un an après) mai XXX pardon

Psychologue: ah oui plus d'un an

Monsieur 25: oui plus d'un an

[...]

Psychologue: ok et euh ... comment je veux dire les douleurs sont apparues à quel moment vous avez des douleurs dès le départ où est-ce que c'est plutôt des choses qui sont apparues par la suite

Monsieur 25: alors j'avais les douleurs j'avais eu le corset tout le temps et quand j'ai enlevé le corset ça a commencé à ... ben vu que je n'étais plus maintenu ou je ne sais pas ça a commencé à avoir mes problèmes ...

Psychologue: et quand les problèmes sont arrivés les douleurs que vous ... enfin et là quelles sont les douleurs que vous ressentez actuellement ?

Monsieur 25: ben maintenant c'est surtout dans les jambes avant il y avait beaucoup le dos qui faisait mal mais entretemps c'est vrai que j'ai vu Dr YY qui m'avait renvoyé sur Strasbourg et ils m'ont ... euh une arthrodeèse et là le dos je n'ai plus mal il m'avait dit de toute façon on va soulager le dos mais les jambes on pourra rien faire ben à Strasbourg ils ne pouvaient rien faire et ... voilà c'est vrai que le dos ils m'ont bien soulagé mais c'est les jambes après

Psychologue: c'était quand l'arthrodeèse la date de enfin l'année de l'opération

Monsieur 25: euh ... XXX (3 ans après l'opération)

Une grande partie de l'entretien a été consacré à identifier une problématique de souffrance psychique avec des manifestations dépressives présentes. On apprend qu'une première prise en charge auprès d'un psychiatre a pu avoir lieu dans les suites directes de la première opération et à priori avant la dégradation puisque les raisons de l'arrêt de la prise en charge est la non-accessibilité du cabinet. C'est aussi à cette époque de l'anti-dépresseur, également utilisé pour ses vertus antalgiques a été mis en place.

La souffrance s'exprime par une apathie, de longues heures dans son lit seul, à ne rien faire, tout cela évoluant depuis quelques mois. Le seul élément concomitant est l'arrêt du traitement anti-épileptique.

Psychologue : et au basket en général il y a une bonne ambiance

Monsieur 25 : oui c'est ça l'ambiance il y a l'esprit d'équipe et tout tout le monde s'entraide, tout le monde euh...

Psychologue : d'accord oui cela permet de voilà retrouver un certain équilibre et puis ça

Monsieur 25 : ben heureusement j'ai ça depuis un moment parce que je ne fais que ça en fait... la journée je rentre je m'enferme dans la chambre je regarde la télé et je ne fais rien

Psychologue : d'accord

Monsieur 25 : tant que c'était le confinement c'était bien les entraînements c'étaient la journée mais là ils nous les ont remis le soir

Psychologue : c'est plus dur le soir

Monsieur 25 : : ben ma femme n'est pas là de la journée, moi je suis là elle rentre je pars on ne se voit pas c'est vrai qu'à la fin et puis elle le sport quand ça ne tourne pas là...

[...]

Psychologue : d'accordeuh sur le plan psychologique justement vous avez eu des antécédents aussi il y a eu des périodes de dépression d'angoisse particulière ou des moments de stress particulièrement important ... dans votre parcours ...

Monsieur 25 : ... oui ... oui ... ben quand j'étais petit quoi je n'étais pas bien tout le temps .. Euh

Psychologue : avec des prises en charge à l'époque

Monsieur 25 : ça ne s'était pas bien passé

Psychologue : ça ne s'était pas bien passé ?

Monsieur 25 : non j'avais eu à l'école quelqu'un mais ce ne s'est pas bien passé du tout ... quand ça vient à reculons pour aller voir le psy nan

Psychologue : surtout quand on est enfant on n'a pas trop envie de ... mais même quand on est adulte

Monsieur 25 : hum

Psychologue : oui enfant c'était un peu compliqué l'école ça devait être difficile

Monsieur 25 : école très difficile ... pff... j'étais livré pas à moi-même mais ma grand-mère qui s'occupait de moi ma mère travaillait elle venait d'acheter un salon de coiffure et tout elle était prise tout le temps enfin c'était compliqué aussi .. Donc euh ...

Psychologue : oui et puis faire face à une problématique comme cela quand on a 10 ans fin de primaire ce n'est quand même pas évident ... et puis cela a changé beaucoup de chose au niveau de la famille j'imagine

Monsieur 25 : ben oui

Psychologue : et tout ce que cela impliquait quoi hum hum .. D'accord ... hum mais du coup il n'y a eu que cette tentative de prise en charge à l'époque-là et puis M XX il y a quelques années

Monsieur 25 : oui sinon rien

Psychologue : et là vous me disiez ça a été un peu mieux dans le contact avec le psychiatre ça vous avait aidé un petit peu par rapport à la situation

Monsieur 25 : un petit peu ouais

Psychologue : ou est-ce que vous gardez encore actuellement un moral qui peut être fluctuant ? ... ou des moments avec du stress et de l'angoisse comment vous vous diriez maintenant

Monsieur 25 : ben là je dirai pff ben en ce moment je pense c'est compliqué parce que je n'ai envie de rien et je reste enfermée tout le temps donc je pense que je me force à aller au sport et quand j'y suis je me fais plaisir je suis bien ... mais et puis même voir du monde j'aimais bien voir les copains faire la fête mais là le week-end je ne sais pas là je ne veux pas rester trop longtemps il faut que j'aille me coucher ... non je n'ai pas envie en ce moment

Psychologue : hum hum et vous comme ça depuis combien de temps

Monsieur 25 : je dirai que cela fait deux ou trois mois quoi... ouais pareil l'infirmière quand je suis venue il y a deux jours .. Je ne sais pas je lui disais que j'étais pas bien quoi et je me demandais si cela ne pouvait pas venir des du CANT

Psychologue : depuis deux ou trois mois ... mais vous avez arrêté le AE depuis 2 ou 3 mois

Monsieur 25 : euh ouais j'ai arrêté en XX ... mais déjà avant je n'étais pas bien quoique j'avais commencé avant j'ai commencé quand à arrêter ...

Psychologue : oui quelques mois avant

Monsieur 25 : oui c'est ça ... mais c'est vrai que c'est ça qui pourrait peut-être...

Psychologue : ouais est-ce qu'il y a eu un événement particulier .. Vous dites il y a deux ou trois est-ce que vous avez le souvenir de quelque chose qui aurait pu déclencher ou qui aurait pu peut-être être un peu compliqué à l'époque ?

Monsieur 25 : Nan je ne vois pas ...

Psychologue : parce que ça peut... ça peut être l'AE car normalement c'est un AE mais il a une action sur l'angoisse

Monsieur 25 : d'accord

Psychologue : donc en fait il apaise bien donc il est possible que ce soit .. Que d'une certaine manière il venait peut-être atténuer quelque chose qui était là et qu'en enlevant et ben c'est plus difficile

Monsieur 25 : ouais

C'est dans cet extrait qu'on apprend que l'enfance a été vécu difficilement par Monsieur 25 avec un mal-être important, une impression d'être livré à soi-même et une situation familiale délicate.

Par ailleurs, pour la situation présente, la problématique dépressive s'inscrit avec une problématique de trouble du sommeil majeur, souvent présent chez les personnes présentant des douleurs chroniques par le recours à la position couchée d'une manière importante.

On apprendra dans la suite des rencontres que la période COVID et ses modifications ont amené à changement rythme et une moins grande disponibilité de son partenaire de sport qui de fait limite les possibilités d'activité. Monsieur 25 semble avoir besoin d'un étayage pour réussir à faire des activités. Il le retrouve dans les liens avec l'équipe de son handisport et lui permet de se dépasser pour faire cette activité.

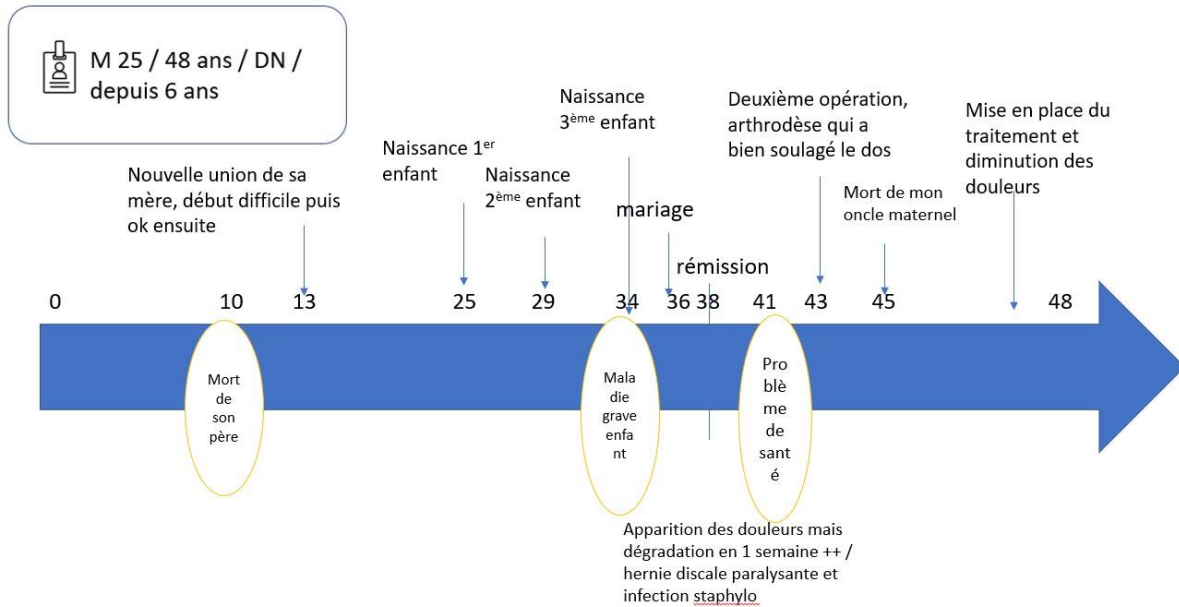
Sur le plan de la problématique traumatique et dissociative, on retrouve peu d'éléments dans l'entretien, les affects dépressifs étant au premier plan. A noter que lors de la présentation de la situation, il y a une confusion temporelle importante sur le moment de la survenue de la dégradation.

Monsieur 25: c'est mai XXX (un an après) mai XXX pardon

Psychologue: ah oui plus d'un an

Monsieur 25 : oui plus d'un an

Lors du premier entretien, Monsieur 25 avait déjà évoqué deux événements potentiellement traumatisant : l'opération et les conséquences infectieuses et en termes de douleur ainsi que la mort de son père quand il avait une dizaine d'année. Lors de la passation psychométrique et la réalisation de la frise, nous apprendrons que Monsieur 23 a été profondément marqué par la maladie grave de son fils qui a nécessité des soins lourds pendant de nombreuses années. Son fils est maintenant adulte et en bonne santé mais une inquiétude importante persiste à son égard.



Sur le plan psychométrique, on retrouve une triade cognitivo-comportementale connue pour son effet renforçateur des douleurs (CSQ-F ; PASS20, TAMPA proche seuil). Les affects dépressifs se retrouvent à un niveau important (BDI) et l'ensemble des événements potentiellement traumatisants ont été mis sur le même questionnaire puisque pour Monsieur 25, « ils reviennent tous en boucle dans son esprit » selon ses propres termes.

La DES et la SDQ-20 est un niveau important également.

Profil psychométrique M 25 / 48 ans / DN / depuis 6 ans

<p>STAI A 54 B 62</p> <p>QIA +/- nd - thématique :</p> <p>FSSIII score total: 143</p> <p>Animaux : Sit Sociale:</p> <p>Atteintes corpo + maladies:</p> <p>Bruits : Phobies clas: Peurs diverses:</p> <p>PCL-S score total: 60 <small>Stress de mon père, j'ai santé fil, mais plus santé</small> 1/1trauma</p> <p>Score facteurs : reviv : 2,6 évitement: 4 HNV: 4,6</p> <p>DES score total : 26,42</p> <p>Score facteur : Abs 26,66 Amn/id 15 Déréel 37,27</p> <p>SDQ-20 Score total : 37</p> <p>Score facteur : negl senso 1,75 réac subj 1,42</p> <p>Tr modul 2,4</p> <p>BDI 19</p>	<p>CSQ-F</p> <p>Ignorer 12</p> <p>Distraction 12</p> <p>Réinterprétation 4</p> <p>Prére 2</p> <p>Dramatisation 13</p> <p>PCS score total : 38</p> <p>Impuissance 2,83 Rumination 2,66</p> <p>Amplification 3,25</p> <p>PASS 20 53</p> <p>ICPD</p> <p>Continuité1</p> <p>Plénitude 5</p> <p>Culpa 2</p> <p>Mystère1</p> <p>TAMPA 43</p>
---	---

Fiche synthétique : Monsieur 25			
Données sociodémo	48 ans	En couple, trois enfants	Invalidité 2 ^{ème} catégorie
Antécédents		Personnel	Familiaux
	Somatique	Opération du rachis qui a été compliquée d'une infection avec atteinte de la moelle + Arthrodèse dans un deuxième temps / Atteinte fonctionnelle	Décès de son père lorsqu'il avait 10 ans Maladie grave d'un des enfants dans sa petite enfance
	Psychologique	Pec psychiatre libéral suite pec rééducation dans les suites directes de l'opération sur 2 ans	RAS
Histoire douleur			
	Douleur apparue dans les suites d'une opération du rachis compliquée d'une infection, il y a 6 ans	Pec longue en rééducation qui a été soldée par une réactivation de la problématique douloureuse au bout de deux ans avec un impact fonctionnel majoré	Pratique activité handisport mais n'arrive à plus rien faire d'autres depuis les confinements liés au COVID
Projet thérapeutique	Traitement anti-dépresseur + Marinol		
Bilan psychologique spécifique douleur	Motif de la demande	Déroulement et qualité de l'entretien	Parcours de vie
	Orientation vers les techniques psychocorporelles	Investissement positif espace de parole, capacité de verbalisation et d'élaboration Contrôle des émotions ++	Confrontation à des événements de vie difficile qu'il a toujours gérés par le recours à l'activité
Profil psychométrique	Douleur	Triade Cognitivo-comportementale	Psychopathologie
	9 zones du corps EN entre 1 et 7 HADS 13- 10 Retentissement : capacité à marcher ++, sommeil ++ ; travail ++, goût de vivre +, relation avec les autres +	Drama/catastro + PASS 20 + TAMPA + (attention H)	STAI A faible B élevé QIA non det FSS III contrôle PCL-S + au décès et maladies DES + SDQ-20 + BDI +
Conclusion	Nécessité de reprendre psychothérapie avec intégration pec trauma ou technique psychocorporelle	Présence d'une triade pouvant limiter les défenses contre la douleur	Confirmation d'une problématique de souffrance psychique associant dépression et vécu traumatique

Madame 37

Madame 37 était orientée vers le bilan psychologique spécifique douleur sans vraiment avoir compris la proposition. La situation de cette jeune femme est complexe associant plusieurs pathologies : endométriose, problématique rachidienne et fibromyalgie diagnostiquée plus tardivement. Madame 37 est donc confrontée à des douleurs très variables sur différentes zones du corps associée à une fatigue et des troubles du sommeil majeur évoluant depuis de nombreuses années.

L'investissement de l'espace de parole est très défensif avec des formulations très brèves. Le psychologue doit réaliser beaucoup de répétition dans les questions pour obtenir quelques précisions. Les questions sont également beaucoup plus directes au fur et à mesure. De ce fait on obtient très peu d'éléments à partir de ce premier entretien et beaucoup de reformulations et d'accompagnement ont été nécessaires.

On apprend toutefois que la situation Madame 37 vit actuellement délicate avec une problématique de couple (identifiée par l'infirmier du CMP), que la patiente décrira uniquement portant sur la nonrépartition des tâches ménagères alors qu'elle est en difficulté majeure pour les réaliser. Le foyer est composé de 4 personnes avec le couple parental, 1 enfant de 19 ans issu de la première union du conjoint et un enfant âgé d'une dizaine d'années confrontée à une handicap et des déficiences, identifiés comme étant en lien avec une problématique génétique.

On retrouve la défense par le rire, particulièrement utilisée.

La douleur est présente depuis de nombreuses années.

Psychologue : alors ce que je peux vous proposer c'est déjà que l'on fasse connaissance que vous m'expliquiez déjà la problématique dans laquelle vous êtes actuellement peut-être aussi comment tout cela à commencer et comment ça a évolué

Madame 37 : ... ben moi ça a commencé euh ... euh déjà il y 6 ans

Psychologue : hum hum

Madame 37 : j'avais déjà des douleurs un peu partout.... Et puis euh

Psychologue : elles sont arrivées tout d'un coup ou petit à petit

Madame 37 : non petit à petit en fait

Psychologue : ça a commencé à quel endroit

Madame 37 : ah c'est difficile à dire parce qu'on m'a détectée initialement un Scheuermann donc le dos j'ai eu mal dès l'âge de douze ans à peu près

Psychologue : d'accord

Madame 37 : déjà pour porter le sac d'école voilà ... après on m'a détectée l'endométriose

Psychologue : à quel âge du coup ?

Madame 37 : euh ... à ... 25 25 ans

Psychologue : 25 ans... vous aviez des douleurs dès le début de l'apparition de vos règles *Madame 37* : ouais

Psychologue : ou ça évolue plutôt

Madame 37 : ben pour le médecin c'était dans ma tête ... il a fallu que j'ai un kyste sur l'ovaire qu'il a fallu opérer et c'est là qu'ils ont vu la catastrophe

On retrouve des moments de fuite ou de louper dans le discours. On ne retrouve aucune narration. Les réponses sont soit en oui, non ou avec des phrases très courtes.

Psychologue : d'accord ... l'opération c'est bien passée hormis le fait qu'ils aient découvert une endométriose en elle-même l'opération s'est bien passée

Madame 37 : oui oui

Psychologue : ça a aidé un petit peu l'opération

Madame 37 : non ah ben non là j'en ai encore là je reviens d'en refaire une il n'y a pas si longtemps que ça

Psychologue : de ?

Madame 37 : d'opération ... Donc j'en suis à 6

Psychologue : la dernière c'était quand

Madame 37 : c'était il y a un mois

Psychologue : sous célio sous célioscopie ?

Madame 37 : oui

Psychologue : d'accord... Qui s'occupe de vous ou est votre référent dans le cadre de l'endométriose ?

Madame 37 : Dr GGG à Strasbourg

Psychologue : qui est gynéco ?

Madame 37 : oui ...

Psychologue : il travaille dans un centre de référence peut-être de l'endométriose

Madame 37 : oui il est spécialisé

On apprendra que Madame 37 a été victime à l'âge de 17 ans d'un viol. Très peu de choses seront formulées à ce moment-là, hormis le fait que la psychologue du CMP rencontrée à l'époque avait été d'une aide importante.

Psychologue: ... est-ce que vous avez des événements de vie difficile .. Euh traumatisant ou confronté à des événements de vie qui ont été très difficiles pour vous .. à type d'agression ou à type d'accident ou de décès soudain

Madame 37: oui une agression sexuelle

Psychologue: oui .. D'accord .. À quel moment de votre histoire ?

Madame 37: euh j'avais 17 ans

Psychologue: donc c'est dans cette période-là que la dame vous avez rencontré

Madame 37: voilà

Psychologue: justement la dame à X et que cela a pu vous aider un petit peu... d'accord ... c'était une infirmière ou une psychologue

Madame 37: non une psychologue

Psychologue: elle avait travaillé avec vous avec une technique particulière

Madame 37: ben non on parlait et puis voilà (rire)

[...]

Psychologue: comment vous sentez maintenant par rapport à cet épisode d'agression sexuelle

Madame 37: ben ça va c'est du passé quoi ...

Psychologue: ouais ou est-ce que vous y repensez encore souvent

Madame 37: ben j'y ai repensé oui vu à la télé ce qui passe on est obligé d'y repenser

Psychologue: et comment vous vous sentez dans ces moments là

Madame 37: ben je suis stressée et puis après ça passe .. c'est sûr que sur le coup oui sur le moment ... voilà on reparle à tout ce qui c'est passé

Psychologue: c'est sur qu'on en reparle beaucoup plus qu'à l'époque

Madame 37: hum

Psychologue: même si on en parlait déjà un peu à l'époque mais on a beaucoup beaucoup d'éléments qui peuvent raviver ça ouais

Madame 37: humhum

Psychologue: d'accord ...

Il est difficile d'identifier clairement des signes de reviviscence, tant l'évitement est important.

Sur le plan psychométrique, on retrouve des signes en faveur d'affects dépressifs importants (BDI), en dehors d'une problématique anxieuse spécifique (QIA, FSSIII). On retrouve une kinésiophobie importante (TAMPA) en dehors des deux autres biais cognitivo-comportementaux.

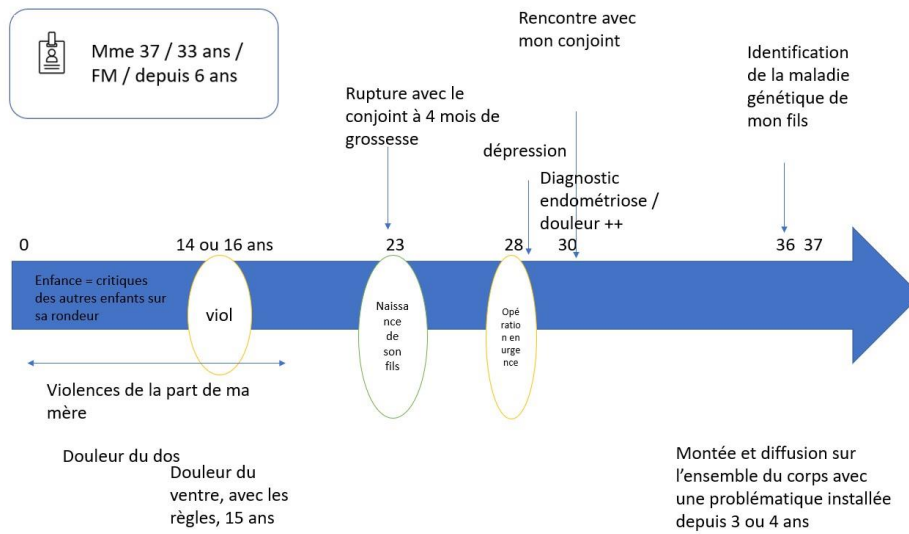
Sur le plan psychotraumatique, un événement sur les 3 cités est au-dessus du seuil du questionnaire. Il correspond à la maladie, incluant l'ensemble des pathologies dont la première opération et l'annonce du diagnostic d'endométriose. Nous apprendrons par la suite que l'après opération a été particulièrement difficile. Il est toutefois difficile de confirmer une problématique de TSPT à l'issue de cette évaluation.

score Total PCL-S	28	29	56
Score "Répétition"	2.4	2.6	2
score "Evitement"	1.833333333	1.666666667	4.333333333
score "Hyperréactivité neurovégétative"	1	1.2	4
Événement	Viol	Violences familiales	Maladie

La DES est quant à elle en dessous du seuil alors que la SDQ-20 est positive.

Profil psychométrique		Mme 37 / 33 ans / FM / depuis 6 ans
STAI A 50 B 48		
QIA +/- nd - <u>thématique</u> :		
FSSIII <u>score total</u> : 108		
Animaux : Sit Sociale:		
Atteintes corpo + maladies:		
Bruits : Phobies clas: Peurs diverses:		
PCL-S <u>score total</u> : 56	1/3 trauma	
Score facteurs : reviv : 2 évitement: 4 HNV: 4		
DES <u>score total</u> : 18,92		
Score facteur : Abs 50 Amn/id 9 Déréel 12,72		
SDQ-20 <u>Score total</u> : 44		
Score facteur : negl senso 2 réac subj 1,57		
Tr modul 2,6		
BDI 17		
CSQ-F		
Ignorer 17		
Distraction 17		
Réinterprétation 7		
Prière 3		
Dramatisation 12		
PCS <u>score total</u> : 18		
Impuissance 2 Ruminantion 1		
Amplification 0,75		
PASS 20 25		
ICPD		
Continuité 2		
Pérennité 4		
Culpa 1		
Mystère 2		
TAMPA 46		

Enfin nous avons réalisé à la fin du bilan, la frise suivante. C'est cette donnée qui nous permettra de mieux appréhender le parcours traumatique de la patiente.



Fiche synthétique : Madame 37			
Données sociodémo	34 ans	2ème union, 1 enfant	AAH
Antécédents		Personnel	Familiaux
	Somatique	Endométriose (opérée 4 fois) Maladie de Lyme, syndrome de Ménière, anémie chronique. Acromioplastie avec SDRC	
	Psychologique	Dépression 2015	TSA
Histoire douleur			
	Douleur évolue depuis l'adolescence avec des douleurs abdo ++ et douleur du dos puis au fur et à mesure une augmentation de l'intensité et de la diffusion sur le corps	Problématique installée depuis 3 à 4 ans	Diagnostic d'endométriose + fibromyalgie / épuisement
Projet thérapeutique	TENS, duloxétine, APA et fractionnement activité		
Bilan psychologique spécifique douleur	Motif de la demande	Déroulement et qualité de l'entretien	Parcours de vie
	Evaluation psychologique en vue de compléter la prise en charge actuelle	Investissement prudent, besoin de soutenir la verbalisation	Confrontation à des violences dans l'enfance, agression sexuelle à l'ado, Diagno de son fils il y a 2 ans, situation sociale délicate
Profil psychométrique	Douleur	Triade Cognitivocomportementale	Psychopathologie
	18 zones du corps Entre 6 et 8 HAD 8 – 5 Retentissement : humeur ++, marcher ++, travail habituel ++ ; sommeil ++, relation avec les autres +	Drama/Catastrophisme – PASS 20 – TAMPA + Pas de triade mais un biais de kinésiophobie	STAI A modéré B modéré QIA – FSS III – PCL-S 1 positif sur 3 DES - SDQ-20 + BDI élevé
Conclusion	Douleur liée à plusieurs problématiques	Pas de triade mais possible kinésiophobie	Problématique de psychotraumatisme et probablement complexe

Monsieur 39, 42 ans, marié et père de 2 enfants scolarisé en milieu secondaire, est confronté à une problématique de douleur chronique assez diffuse, mal systématisée et présente quasi quotidiennement. Les douleurs sont survenues dans les suites d'une pathologie cardiaque apparue bruyamment, par un infarctus. La prise en charge a été standard avec la mise en place de stent. L'évolution de cette pathologie est très rassurante selon le cardiologue, et ne permet pas d'expliquer la problématique douloureuse. Orienté par le neurologue qui a confirmé qu'il n'y avait pas d'étiologie à la douleur et avait repéré la problématique de souffrance psychique. Le médecin de la consultation douleur a pu être rassurant et a confirmé qu'il n'y avait pas de signe en faveur d'une pathologie spécifique et suppose un impact du stress important dans l'étiologie de la douleur.

Le discours est clair, cohérent, à un rythme très soutenu avec une projection de l'angoisse massive ainsi qu'une incompréhension majeure des réactions de déstabilisation qu'il observe. Il décrit clairement un avant et un après trauma, indéniable qui a nécessité beaucoup de réassurance pendant l'entretien et une mise en mots à visée de cadre et de réassurance. Il décrit également mettre beaucoup d'efforts à maintenir son activité professionnelle ainsi que ses fonctions familiales et d'observer un désinvestissement des activités de loisirs et de bricolage habituellement réalisées par Monsieur 39.

Très rapidement il fait part de son incompréhension face à la douleur et à la déstabilisation qu'il ressent depuis cet épisode cardiologique. « *Je ne me reconnais plus* », dira-t-il à plusieurs reprises.

Monsieur 39: Oui puis j'ai du mal dans les magasins apparemment en supermarché parce que des fois quand ma femme disait c'est toi qui passe en courses je n'ai pas le temps ce soir je lui dis ah non fait le drive ça sera plus simple mais je cherche sans arrêt des échappatoires vous voyez c'est comme l'alcoolique il va se cacher pour aller boire quelque part j'en ai connu des gens comme ça et il se cache et ils ont toujours des excuses pour boire moi j'use des excuses constamment pour ne pas faire certaines choses et ça ça me perturbe vraiment vraiment vraiment parce que je ne me reconnais plus et puis il y a des fois quand je me regarde dans la glace le matin je me dis qui tu es-tu n'est plus celui que tu étais et je vous assure c'est dur à vivre

Psycho: Oui c'est déstabilisant

Monsieur 39: Vous avez sûrement d'autres vécu que moi vous avez peut-être fin j'espère ne pas être le seul comme ça

Psycho: Ah non vous n'êtes pas le seul comme ça ce que vous décrivez est clair presque comme dans les livres *Monsieur 39*: D'accord

[...]

Monsieur 39: oui mais c'est parce que je revis très souvent, c'est bizarre c'est en pleine nuit, je revis très souvent mon mes ma petite heure de route que je connais bien puisque YY-ZZ (villes) je l'ai fait X fois en tant qu'étudiant que prof plein pot avec l'ambulance ça je le revis très très très souvent et euh... puis bon j'ai toujours l'impression que maintenant, moi qui me sentait invulnérable, j'ai fait des trucs des sports extrêmes, j'étais à l'autre bout du monde j'ai voyagé, j'ai jamais eu peur de rien et maintenant j'ai peur de tout. Voilà je ne me reconnais plus. J'ai peur de tout. C'est

⁴³ Situation clinique développée dans l'ouvrage Barfety-Servignat V, Bioy A. (2022). 16 cas cliniques en psychopathologie de la douleur. Parsis, Dunod.

simple je vois les catastrophes partout. Il y a un orage j'ai l'impression que le toit va s'effondrer, pff... je je vais quelque part, je me gare un bon endroit parce que je ne suis pas sûr d'y revenir le soir parce que je vais peut-être y passer aujourd'hui hein? voilà clairement je sens que je vais y passer constamment. Donc euh... c'est pas tout le temps mais des fois c'est plus exagéré que d'autres et je n'arrive pas à gérer. Je n'arrive pas à gérer. Mon médecin me donne de l'homéopathie, de machin etc. je veux bien. Il est adorable. Mon médecin il n'y a pas de souci là-dessus. Mais il va bien il est content que je vois quelqu'un aujourd'hui

[...]

Monsieur 39: Sans arrêt... là je repousse départ en vacances là on devait et avec le Covid tout ça en a changé mais mais je dis toujours tu sais si on ne part pas cette année ce n'est pas plus mal et j'essaye en fait d'éviter les vacances parce que la route va me gonflé parce que si ça va énervée je ne reconnais plus j'ai été le 1er avant à dire à avant bien tiens on va faire si ou faire ça etc. je repousse tout c'est simple je repousse tout ! la semaine dernière j'avais une formation à YZ (ville) oh ben non je préfère la faire à distance oui mais en fait j'avais pas envie d'aller à YZ c'est tout comme ça et ça perturbe mais je le dis à personne des fois je dis un petit peu à ma femme et tout de suite elle me dit oh arrête tes bêtises c'est bon aller laisse tomber tu me gonfles alors que ça se passe très bien je veux dire

Psycho : Mais avant tout ça vous étiez quelqu'un... vous décririez comment avant tout savoir vous vous décririez comment... plutôt calme posée

Monsieur 39: non non

Psycho : Vous étiez déjà très actif

Monsieur 39: non non ...Fonceur dans tout dans tout dans tout, tout me plaisait j'adorait tout je n'avais peur de rien déjà à vous disiez demain matin on part à tel endroit à Marseille faire j'ai vécu à l'étranger j'ai bossé à l'étranger je survécu je suis parti maintenant même prendre l'avion ça m'agace je n'ai pas pris d'avion depuis cinq ans je ne prends même plus l'avion... et je suis content parce qu'il y a le Covid parce que les gamins me disent il faudrait qu'on aille à Londres etc. partir parce que j'habitais à YYY avant mais non laisse tomber il y a le Covid etc. on ira plus tard parce que j'ai pas envie d'être dans l'Eurostar dans le tunnel... je l'ai pris quasiment deux fois par mois l'Eurostar pendant des années je ne l prend plus est pour vous dire à quel point je suis atteint il faut vous dire quand même j'ai pas peur de vous l'avouer et vous voyez je vous le dit clairement je suis tout à fait lucide... j'ai.. j'ai .. j'ai ma tête il n'y a pas de problème mais je suis hyper inquiet

Psycho : Bah en fait vous êtes en permanence sur un état de vigilance

Monsieur 39: Constamment

Psycho : Et vous êtes dans l'évitement de tout ce qui pourrait être soit désagréable soit qui pourrait stimuler le stress **Monsieur 39:** Voilà c'est ça

Son sommeil est perturbé, il est très facilement débordé par ses émotions alors qu'auparavant cela n'était pas le cas. Il est également confronté à des idées, par moment, qui le surprennent avec une tonalité négative. Il fournit beaucoup d'efforts pour combattre les douleurs et maintenir son activité professionnelle qui se déroule dans de bonnes conditions. Monsieur 39 se décrit toutefois comme étant très limité dans la vie quotidienne et les loisirs qu'il appréciait auparavant.

On ne note pas d'antécédent particulier sur le plan familial et cela ni sur le plan somatique, ni psychique, ni au niveau de la douleur. Monsieur 39 n'avait jamais eu de problème de douleur chronique auparavant. Le patient a dû recourir à un traitement antidépresseur pendant 2 ans ainsi que l'utilisation de benzodiazépines conseillées par le cardiologue. Ce traitement a permis une forme de stabilisation mais a été aussi source d'effets secondaires qui ont nécessité son arrêt. Une consultation auprès du CMP de secteur avait été réalisé sur proposition du médecin traitant. La rencontre avec le psychiatre avait confirmé une déstabilisation sur le plan psychique avec une prescription médicamenteuse que n'a pas pris le patient, compte tenu des difficultés déjà ressenties sur l'utilisation des premiers traitements antidépresseurs.

Dans le cadre de la première phase de ce bilan, nous reprenons l'ensemble du parcours de vie du patient ainsi que les premiers éléments évoqués lors de la première rencontre. On ne retrouve pas d'éléments en faveur d'une problématique traumatique pré-existante. Monsieur 39 parle de périodes de souffrance en lien avec des choix de vie ou des décès de proche. Le recours à l'activité était souvent la stratégie privilégiée.

Sur le plan des douleurs, il s'agit à la fois des céphalées, pouvant irradier dans le visage mais également de douleur sur la partie haute du corps pouvant être présente à l'effort, dans certaines situations de stress ou parfois sans facteur déterminé. Les douleurs sont d'intensité très variables avec par moment des périodes de répit.

Monsieur 39 : Parce que simplement je souffre de douleurs depuis maintenant 4 ans...un peu moins, presque 4 ans, suite à des petits soucis de santé que j'ai eu qui me sont tombés dessus comme ça par le plus grand des hasards et je dois dire que depuis j'ai du mal à remonter la pente... et... j'ai eu tout un tas de maux qui vont et qui viennent et qui sont encore bien présents, qui m'ont forcément inquiété, parce que bon des maux de tête, mal dans les bras, mal partout, la nuque, je ne sais pas à quel endroit du corps je n'ai pas et mal... donc c'est venu, c'est monté vraiment à une vitesse très très lente... je n'ai pas vu venir le truc quoi, donc le début sans plus, forcément .
[...]

Psycho: et là au printemps c'était quoi comme symptôme plutôt que vous ressentiez ?
Monsieur 39: ah ben là c'était de la lassitude de la fatigue. J'étais pas bien. Une anxiété, qui revient en ce moment. Depuis, depuis pas longtemps là. Ça ne fait que ça ! Mais vraiment là très prononcées, ben ça veut dire que toutes les choses que j'aimais bien faire, je dois me forcer pour les faire, j'ai commencé à me dire au la PRENOM il y a un truc qui va pas. Je ne savais pas que c'était cela ne m'était jamais arrivé. Donc la panoplie DDD (anti-dépresseur), à nouveau LLL (anxiolytique) etc. et... pff ça m'a fait plus de mal que de bien. Parce que DDD (anti-dépresseur). c'est bien beau mais on sent mieux, oui, se sent mieux c'est clair qu'au bout de quelques mois je me sentais mieux... on va dire que le traumatisme était passé. Je ne pensais plus à tout ça. J'étais reparti dans plein de choses. Mais alors, pff que d'effets secondaires. Très très dure à vivre. Bon je dis aux médecins : "Écoutez il faut ralentir ». Alors on a ralenti mais alors pour ralentir et pour arrêter totalement ça m'a pris deux ans (6.09) donc deux ans complets. Bah voilà. Ça va faire depuis octobre XXX (il y a 2 ans) que je n'ai pas touché à quoi ce soit.... Et ... forcément physiquement je suis beaucoup mieux mais euh depuis tout ce

temps-là, depuis cet arrêt de tous ces médicaments, depuis le traumatisme... parce qu'on m'a jamais dit que j'avais fait un infarctus en fait. On n'avait jamais dit en fait. Parce que j'ai vu X médecin mais on m'a jamais dit clairement ce que j'ai eu. Et dernièrement par contre j'ai fait une scintigraphie pour voir si tout se passait bien. On m'a dit : si si vous avez fait une petite chose mais trois fois rien, une petite cicatrice. Le muscle cardiaque n'est pas touché et enfin trois fois rien, une petite nécrose mais minime. On a fait que m'encourager la. Je suis monté sur le vélo, tout va bien etc. etc. mais j'ai commencé à avoir toutes sortes de douleurs qui se sont installées. J'ai vu des kinsés, j'ai vu pff tout

Psycho: des douleurs elles sont plutôt arrivées justement à quel moment dans le parcours ? Parce que vous le décriviez voilà... Monsieur 39: fin du (anti-dépresseur).

Psycho: à la fin du (anti-dépresseur).?

Monsieur 39: à la fin du (anti-dépresseur). (7.00) puis fin, fin oui fin de tous ces médicaments que je prenais mais ils m'ont arrêté tout un parce qu'ils croyaient que que c'était autre chose parce que je prenais autre chose aussi, pour le cœur etc. etc. On a tout réduit au strict minimum. Je ne prenais quasiment plus rien. Parce que visiblement les médicaments j'ai du mal à supporter. Donc voilà ! Certains me donnent de la bradycardie l'autre de la tachycardie enfin bon. En fait sans rien je suis plutôt mieux. Mais j'ai eu plein de douleurs. Et ça a commencé la nuque complètement bloquée, après j'ai commencé à avoir des enfin comme des migraines ou des névralgies. J'avais des trucs qui me grattait sur le visage... je voyais mal. Pff ! Des fois le soir j'étais là mais c'est pas possible. J'avais mal là, et encore maintenant, c'est moins régulier on va dire mais là j'ai une petite rechute depuis. Depuis quelques semaines, depuis quelques mois même là, alors j'étais peut-être un petit peu plus speed que d'habitude avec les examens les déplacements, avec les corrections à droite à gauche. Je me sentais bien. Au contraire mars avril je me sentais super bien épisodes depuis mai juin etc. j'ai ressenti que que voilà je dors mal, je me relève la nuit (8.00). Oui c'est compliqué, c'est compliqué ! Mais bon les médecins, même mon médecin traitant qui est bon tout le temps voilà, et n'est pas spécialiste entre guillemets etc. il m'a dit clairement qu'il a mis le doigt dessus, moi je refuse d'y croire mais c'est des troubles d'anxiété généralisée. Oui c'est comme ça qu'il appelle. Je suis constamment anxieux maintenant ça c'est clair ! Un bouchon sur la route plus de 2 minutes, ça ça me stress... tout tout ! Aller dans un magasin je suis anxieux !... Y'a qu'au boulot, j'y pense pas parce que c'est une telle routine, parce que quelque part, j'aime bien ce que je fais, j'ai toujours bien aimé ce que je fais même si j'ai eu des petits passages un peu difficiles. Voilà...

[...]

Psycho: Et les douleurs elles sont là c'est plutôt le même type de douleurs un peu partout ou c'est est-ce que ces différents en termes de sensation

Monsieur 39: C'est-à-dire que moi j'ai l'impression qu'un moindre petit truc qu'un petit coup de vent sur quelque part me fait peur, voilà c'est samedi quand je suis je suis allé voir à un match de foot avec des jeunes il y avait un peu de soleil la et j'ai eu un peu de soleil sur le cou et là ayez j'avais pas ça avant ça commencé à monter et c'était là derrière un peu de soleil et je me suis vite à l'ombre parce que je suis devenu ultra sensible à n'importe quoi

Rapidement le lien entre douleur et stress est identifié :

Monsieur 39: oui de toutes façons comme je le disais je ne sais pas trop à qui je suis tombé l'autre jour en jour au foot mettons 3 fois rien avec un de mes fils donc je tombe je me fais un petit peu mal aux genoux j'ai mal au cœur ! ça C'est impressionnant ! c'est... et je suis capable maintenant c'est ça qui m'inquiète aussi un parce que l'autre jour j'avais quelques extrasystoles comme ça je les avait senti c'était un peu de nervosité etc. mais je suis capable de les déclencher et rien qu'en réfléchir c'est impressionnant
Psycho: Rien que d'y penser? Vous vous focaliser dessus et hop

Monsieur 39: Oui carrément

Psycho: Bien sûr

Monsieur 39: mais ça il faut le vivre pour le croire mais je me suis dit ah la machine elle est quand même drôlement faite quoi. Je me suis jamais pensé pencher sur le fonctionnement du cerveau mais vous avez j'ai fait d'autres études et de tout ça je n'y connais strictement rien et c'est pour ça que j'ai beaucoup de respect pour les gens qui travaille sur l'humain pour notre bien-être on va dire, parce que c'est complexe c'est énormément complexe et j'ai découvert des trucs car je suis capable de me créer en peu de temps une névralgie quelque part c'est impressionnant, et c'est impressionnant et je n'avais pas tout ça avant

On retrouve une symptomatologie de l'anxiété variée (claustrophobie, évitement des situations anxiogènes, recherche de lieu de soins, évitement des endroits inconnus, crise d'anxiété notamment nocturne, etc...).

Monsieur 39: Sur la table de nuit hier j'ai fait tomber quelque chose avant le coucher j'ai fait un bond dans le lit mais alors s'est incroyable

Psycho: Hypervigilance

Monsieur 39: ça m'inquiète parce qu'un coup de klaxon dans la rue et je suis capable de pff je sursaute tous les soirs en ce moment en endormant je sursaute mais alors des sursauts il faut voir j'ai l'impression que je tombe de 10 étages quoi et tout ça c'est mon quotidien tous les jours, tous les jours, tous les jours... alors des fois j'en rigole et puis des fois pff ça me fatigue quoi

Psycho: Est-ce que vous remarquez que parfois vous évitez des choses parce que parce que vous savez que ça va être difficile

Monsieur 39: Mais carrément

Psycho: Qu'est-ce que vous évitez ?

Monsieur 39: j'ai plein de choses maintenant c'est et je n'ose pas le dire je le dis qu'à vous parce que j'ai honte moi... j'ai des repas de famille, ma femme me dit tiens les collègues qui nous ont invité pour la fin d'année Etc. Ils font un barbecue oh tu sais moi j'ai pas le temps et puis il y a le foot en ce moment je suis pas passionné de faute je n'ai rien à faire mais je trouve

Psycho: Oui vous trouvez des excuses

Monsieur 39: Sans arrêt... là je repousse départ en vacances là on devait et avec le Covid tout ça en a changé mais mais je dis toujours tu sais si on ne part pas cette année ce n'est pas plus mal et j'essaye en fait d'éviter les vacances parce que la route va me gonfler parce que si ça va énervée je ne reconnais plus j'ai été le 1er avant à dire à avant

bien tiens on va faire si ou faire ça etc. je repousse tout c'est simple je repousse tout ! la semaine dernière j'avais une formation à YZ (ville) oh ben non je préfère la faire à distance oui mais en fait j'avais pas envie d'aller à YZ c'est tout comme ça et ça perturbe mais je le dis à personne des fois je dis un petit peu à ma femme et tout de suite elle me dit oh arrête tes bêtises c'est bon aller laisse tomber tu me gonfles alors que ça se passe très bien je veux dire

Les signes de psychotraumatismes sont également clairement retrouvés. Il y a une rupture nette dans son fonctionnement. En effet le problème cardiaque est survenu après 5 mois de plainte diffuse à type de fatigue et de mal-être non clairement identifiée ayant donné lieu à quelques consultations médicales. Une hypothèse d'un coup fatigue avait été supposée. Puis des manifestations bruyantes d'un infarctus sont apparues. Une prise en charge au service des urgences de proximité a rapidement été mis en place, avec, devant la gravité de la problématique, un transfert à l'hôpital spécialisé le plus proche. Ce transport a duré 45 min et a été particulièrement éprouvant pour le patient. On ne retrouve pas d'autres reviviscences lors de la première rencontre :

Psycho: [...] Comme vous dites le passé ne s'arrête puis revient c'est à la fois les événements en lien avec l'infarctus ou c'est également d'autres d'événements du passé

Monsieur 39: non non ce n'est vraiment que ça

Psycho: que ça ?

Monsieur 39: oui oui vraiment que ça

Psycho: ça tourne en boucle c'est ça ?

Monsieur 39: À ben constamment oui euh je veux dire

Psycho: La journée comme la nuit

Monsieur 39: Tout le temps plus la journée que la nuit

Psycho: Et il y a des choses qui les déclenchent, vous y penser

Monsieur 39: Ah c'est des douleurs oui les douleurs parce que j'ai tellement douleurs on va dire que ça y est j'ai mal là ayez j'ai mal là-haut et puis j'ai mal tout le temps-là c'est clair

La description de la problématique est associée à la symptomatologie classique du TSPT avec des reviviscences, évitement, une hyperréactivité neurovégétative et des modifications dans les cognitions et émotions.

Monsieur 39: je suis prof de YXZ. Et je ne pense pas à mes problèmes entre guillemets, mais dès l'instant que je rentre à la maison, les week-ends sont pires que la semaine en fait. Mes week-ends, c'est ça... j'ai beau avoir des enfants qui court autour de moi, j'ai beau... j'ai tout ce qui va bien dans ma vie, ma famille a toujours été tranquille, j'ai eu une enfance heureuse, ça a toujours été, ça a toujours bien roulé. J'ai fait des études qui sont bien passée, mes enfants grandissent bien, ma femme va bien et alors je touche du bois... mais j'ai un truc en ce moment qui, depuis ce traumatisme (9.05), oui c'est ça... il faut appeler ça comme ça

Psycho: oui vous utiliser un terme qui n'est pas n'importe quel

Monsieur 39: oui c'est ça, oui

Psycho: comment vous en êtes arrivé à utiliser ce terme

Monsieur 39: oui mais c'est parce que je révis très souvent, c'est bizarre c'est en pleine nuit, je révis très souvent mon mes ma petite heure de route que je connais bien puisque YY-ZZ (villes) je l'ai fait X fois en tant qu'étudiant que prof plein pot avec l'ambulance ça je le révis très très très souvent et euh... puis bon j'ai toujours l'impression que maintenant, moi qui me sentait invulnérable, j'ai fait des trucs des sports extrêmes, j'étais à l'autre bout du monde j'ai voyagé, j'ai jamais eu peur de rien et maintenant j'ai peur de tout. Voilà je ne me reconnais plus. J'ai peur de tout. C'est simple je vois les catastrophes partout. Il y a un orage j'ai l'impression que le toit va s'effondrer, pff... je je vais quelque part, je me gare un bon endroit parce que je ne suis pas sûr d'y revenir le soir parce que je vais peut-être y passer aujourd'hui hein? voilà clairement je sens que je vais y passer constamment. Donc euh... c'est pas tout le temps mais des fois c'est plus exagéré que d'autres et je n'arrive pas à gérer

La confrontation à la mort a déclenché tout une kyrielle de réactions que Monsieur 39 n'arrive pas à comprendre et qu'il évite au maximum. Il a pu apprendre des exercices de respiration et essayer de préserver la qualité de son sommeil alors qu'il n'était pas jusque-là attentif à cette dimension. Ce dernier constat est probablement en lien avec l'hyperactivité que Monsieur 39 décrit être présente depuis toujours. Il reconnaît que cela a pu jouer sur l'émergence de la problématique cardiologique : « jusqu'à l'âge de 40 ans je pouvais vivre tranquillement mais trois 4 heures tranquille et passé des heures de fou quand je dis des heures de fou je faisais mon boulot je rentrais je faisais 3 heures de rénovation de la maison le week-end se lever à 6 heures coucher à 23 heures non-stop pour le coup c'était des fois j'ai eu un infarctus mais ça je me dis je comprends un peu pourquoi aussi je l'ai un peu chercher je pensais pas que ça existait je ne connaissais pas honnêtement... ».

La douleur s'inscrit dans ce contexte psycho-traumatique et semble étroitement en lien avec la problématique traumatique. Elle peut résulter de l'état de stress continu dans lequel le patient est mais elle peut également résulter des troubles de sommeil majeur. Elle stimule également la reviviscence et l'état d'alerte face à un risque pour la santé et peut être le résultat de l'hypervigilance face aux sensations internes. Enfin Monsieur 39 fait état à plusieurs reprises de l'apparition de douleur lors des reviviscences (notamment concernant le trajet).

On retrouve également plusieurs signes de dissociation. On retrouve en effet de la Dissociation traumatique dans le cadre des reviviscences mais également lors de l'apparition d'une douleur activant une angoisse majeure :

Monsieur 39: et moi qui est toujours une pêche d'enfer, le sourire mes parents peut vous le dire depuis que je suis tout petit etc. mes proches mes amis etc. et comment plusieurs fois je suis un tableau au milieu de plein de monde plus d'un seul coup je suis je suis complètement déconnecté je ne sais pas ce qui se passe autour de moi et je suis en train ouh là cette douleur-là qu'est-ce qui se passe ayez tu vas être embêté la, il va falloir que tu t'en ailles la, qui est qui est-ce qui va t'emmener mais qu'est-ce que tu as je me rend compte

Psycho: hum

Monsieur 39: je me rends compte alors ça y est ça rentre et puis c'est fini ...
quelqu'un qui me toque ça va pas toi, t'es pas en forme là ? tu reprendras quelque chose là ? nan c'est bon je ne veux plus rien c'est bon ça y est mais bon là la faim est coupé on arrête (17.55) je vous assure c'est perturbant... J'ai j'ai... j'ai une admiration pour tout le corps médical car là j'ai aucun problème là-dessus mais je crois qu'à l'heure qu'il est, sauf peut-être le docteur XX qui a commencé à comprendre qui n'a pas voulu mettre de... il m'a rassuré et me dit que mon cerveau va très bien etc... etc... mais clairement je sens qu'il y a une prise en charge que qui n'a pas été faite et qui n'est pas trop tard voilà

Psycho: Il n'est jamais trop tard

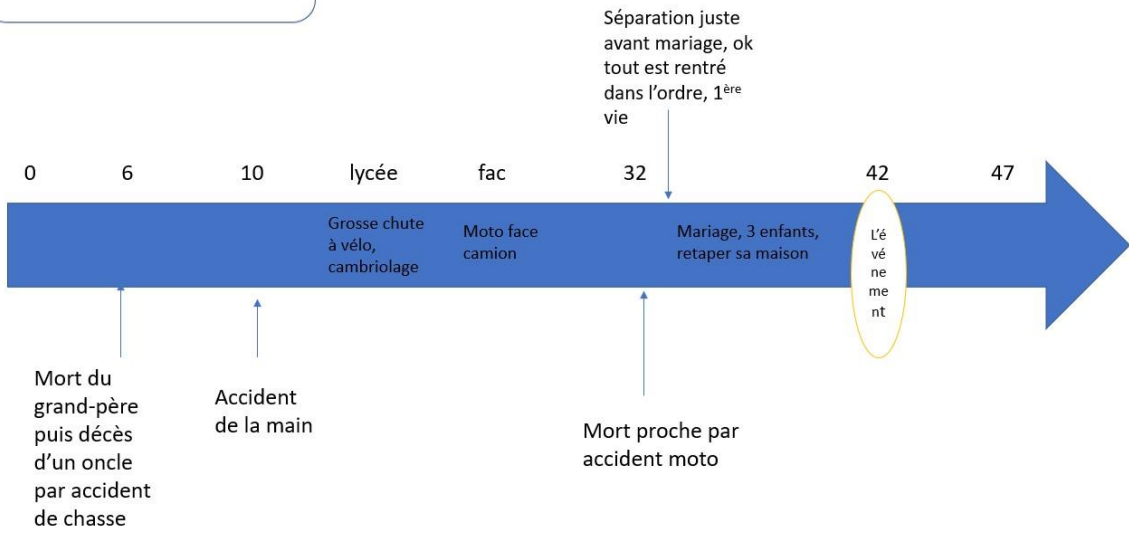
Monsieur 39: Mais vous savez c'était ma crainte vous savez quand un arbre pousse de travers, vous savez pour le redresser je me suis dit que ça va être je suis cuit quoi ! euh... non et puis je me suis imaginé beaucoup de choses et c'est un cerveau qui fonctionne en ce moment ah il y en a trop là-dedans pour le boulot la partie familiale entre ci entre ça etc. et pourtant voilà j'essaie de rassurer quand je vois qu'il y avait encore des gens hier qui avaient ça d'eau chez eux etc. etc. ou il y a 2 jours Eh ben je me dis je n'ai pas de problème pourquoi tu t'inquiètes, je m'inquiète de quoi ?

Sur le plan psychométrique, on retrouve une cohérence avec les données de l'entretien clinique. On retrouve un TSPT (PCL-S) associée à une anxiété généralisée centrée sur la santé (QIA), une anxiété trait importante (STAI-B) et des affects dépressifs (BDI). En parallèle, sur le plan des stratégies de gestion de la douleur, on retrouve un biais de catastrophisme (CSQ-F et PCS) ainsi qu'une anticipation anxieuse face à la douleur (PASS20), en dehors d'autres problématiques (TAMPA, ICPD). La DES est en dessous du seuil et malheureusement le SDQ-20 n'a pas été rempli correctement (17 avec les 14 premiers items).

Profil psychométrique		Yvan / 39 47ans - douleur face + haut du corps - depuis 5 ans – <u>DN</u> supposée non confirmée
<p>STAI A 38 B 62</p> <p>QIA + <u>thématique</u> : santé, manque de forme, fatigue, l'avenir</p> <p>FSSIII <u>score total: 130</u></p> <p>Animaux : 13 Sit Sociale: 36</p> <p>Atteintes corpo + maladies: 37</p> <p>Bruits : 9 Phobies clas: 27 Peurs diverses: 8</p> <p>PCL-S <u>score total</u> : 70 transport ambulance 1/1 trauma</p> <p><u>Score facteurs</u> : reviviscence : 4,6</p> <p>évitement: 4,16 Hyperréactivité neurovégétative: 4,4</p> <p><u>DES</u> : <u>score total</u> 16</p> <p><u>Score facteur</u> : Abs 18,33 Amn/id 9 <u>Déréel</u> 22,72</p> <p>SDQ-20 : non interprétable</p> <p>BDI: 10</p>	<p>CSQ-F</p> <p>Ignorer 6 Distraction 10 Réinterprétation 4 Prière 3 Dramatisation 13</p> <p>PCS <u>score total</u> : 39</p> <p style="text-align: center;">Impuissance 2,66 Ruminantion 3,5 Amplification 3</p> <p>PASS 20 63</p> <p>ICPD</p> <p>Continuité 2 Pérennité 2 Culpabilité 1 Mystère 3</p> <p>TAMPA 36</p>	

A la fin du bilan, nous avons réalisé la frise historique suivante. A noter que Monsieur 39 avait déjà mis en place quelques séances d'EMDR. Il relate une amélioration nette de la symptomatologie. Il verbalise également avoir découvert qu'il avait en fait un parcours de vie plus exposé au trauma qu'il ne l'avait pensé au départ. Il les a ainsi repris dans la réalisation de la frise suivante :

M 39 / 47ans / DN / depuis 5 ans



Fiche synthétique :Monsieur 39			
Données sociodémo	47 ans	Marié, 2 enfants	CDI temps plein
Antécédents		Personnel	Familiaux
	Somatique	Infarctus	
	Psychologique	Mise en place d'un traitement psychotrope après l'infarctus, rien avant	
Histoire douleur			
Apparition de douleur sur le haut du corps + céphalées, à type de décharges électriques, battements et pulsation	Quelques temps après la survenue du problème cardio et l'arrêt des anti-dépresseurs	Douleur dans les suites d'un TSPT	
Projet thérapeutique	Prise en charge psychothérapeutique du TSPT		
Bilan psychologique spécifique douleur	Motif de la demande	Déroulement et qualité de l'entretien	Parcours de vie
	Confirmation et évaluation TSPT	Investissement positif, élaboration et verbalisation ++, capacités de description ++ avec une tonalité anxieuse majeure	Hyperactivité et troubles du sommeil depuis toujours, première confrontation rapportée à une difficulté de vie
Profil psychométrique	Douleur	Triade Cognitivo-comportementale	Psychopathologie
	12 zones du corps, limité sur le haut du corps + tête, évoluant entre 3 et 7 dont 1 la nuit, HADS : 14 D 20 A ; retentissement : humeur ++, gout de vivre ++, relation avec les autres ++, marche +, travail +, sommeil +	Drama/catastrophisme + PASS 20 + TAMPA – 2/3 de la triade	STAI A mod, B élevé QIA + FSS III – PCL-S 1 positif /1 DES – SDQ-20 ND BDI modéré
Conclusion	Douleur réactionnelle au TSPT laissant supposer un abaissement du seuil de perception de la douleur (HNV) et impact de l'état de l'angoisse permanent	Impact sur le vécu de la douleur sur le mode catastrophisme et anticipation anxieuse	TSPT simple avec une composante anxieuse manifeste

4.3 Synthèse de l'analyse des situations cliniques détaillées

On retrouve des situations très variées, impliquant à la fois des situations douloureuses différentes mais également des vécus et expressions très différents d'une situation clinique à une autre.

Les enjeux identitaires liées à la confrontation à la douleur chronique (cf partie 1 / 1.6.2.1), se retrouvent dans la population étudiée et prend une place importante dans la prise en charge. C'est un fil conducteur intéressant tant dans l'accompagnement et l'intégration de nouvelles pratiques en santé que pour faciliter ce cheminement, cette intégration, au niveau des changements induits par les douleurs. Le discours de Madame 8 est intéressant à ce titre, reprenant à plusieurs reprises un style de vie fait dans la lutte, « *pour y arriver* » et pour laquelle la douleur est investie sur les mêmes modalités. On retrouve ainsi un discours de lutte qu'il a fallu progressivement apprendre à modifier pour aller sur autre chose. Ce cheminement a été fait, par la patiente, au fur et à mesure mais pour rappel le parcours douleur est long : 20 ans de douleurs cervicales puis une chute qui a générée des douleurs, autres, moins gérables. On retrouve dans l'histoire de vie de la patiente des confrontations à des événements difficiles (alcoolisme de sa mère, troubles psychiatriques ou déficiences dans la fratrie, décès précoce, etc...). On peut se demander si ce discours de lutte n'est pas réaction à ce parcours de vie. Par ailleurs, le soutien et la construction de sa famille sont des ressources fondatrices et l'aident à faire face. La douleur, et notamment la dernière, probablement neuropathique, déstabilise et perturbe l'équilibre ainsi acquis, demandant à la patiente de devoir à nouveau intégrer un nouvel élément.

Plusieurs entretiens ont mis en évidence les défenses mises en place par les patients pour se protéger de la souffrance (rires, soupir, nervosité) pendant les entretiens. Par ailleurs, les modalités de récolte des données choisies, à savoir la transcription des entretiens, nous fait perdre des données non verbales importantes. La mimique, la position du corps et son évolution pendant l'entretien, sont autant d'éléments cliniques qui auraient été pertinents, mais non accessibles ici.

Par ailleurs, on retrouve la nécessité de contenance et de prudence dans l'évolution des entretiens. Cela est lié au contexte des entretiens, prioritairement clinique. On peut toutefois relever que les difficultés d'évolution dans un entretien (i.e. quand on perçoit des résistances et/ou des difficultés d'alliance) peuvent être significatives sur la situation clinique. Ainsi les difficultés d'évolution dans l'entretien auprès de Madame 10 et de Madame 37 sont assez exemplaires à ce titre. Il pourrait être recommandé une évaluation plus poussée des troubles dissociatifs et de la structuration de la traumatisation pour ces 2 situations cliniques. Cependant leur demande de prise en charge porte sur la douleur et le fonctionnement de leur corps ; Madame 10 face à la limitation qu'il lui impose et la fatigue majeure à laquelle elle est confrontée ; Madame 37 face à une situation sur le plan médical tout aussi complexe. Pour cette dernière situation clinique, on peut noter la multiplication des démarches médicales et chirurgicales ainsi qu'une absence de prise en considération de la souffrance psychique actuelle probablement en lien avec la situation personnelle dans laquelle elle se trouve (couple potentiellement non-aidant, lourdeur du parcours de soin de son fils, etc...). Dans les deux cas, la SDQ-20 a un score très important (respectivement 44 et 46) alors que la DES est élevée pour l'une et pas l'autre des situations cliniques.

Par ailleurs, plusieurs entretiens confirment la nécessaire progressivité dans l'expression des traumatismes. Ceux-ci ne sont pas accessibles de suite. Cela se retrouve pour Monsieur 1, 25 et 39, mais aussi Madame 17. A noter que pour Monsieur 25 l'accessibilité à l'ensemble des traumatismes ne se fera par ailleurs qu'à l'issue du 3^e entretien, tout comme pour Monsieur 39. On retrouve également une verbalisation très succincte et très désaffectivée pour Madame 7, 8 et 17.

L'impact de la dépression est clairement retrouvé dans l'histoire de monsieur 25 qui est aux prises avec un syndrome dépressif important favorisant très certainement la réactivation de souvenirs traumatiques (très probablement une forme de Troubles thymiques post-traumatiques au sens de Tarquinio et Auxéméry, 2022, cf partie 1/3.1.2). Il décrit à plusieurs reprises les ruminations autour de ces événements ainsi que certains flashbacks. Compte tenu des conséquences du dernier trauma, il est difficile d'évaluer plus en détail les tenants et aboutissements. Sa situation confirme la complexité des situations que les SDC sont amenés à prendre en charge. Ce sera notamment suite à la prise en charge psychothérapeutique que des indications nous seront transmises. Madame 17 évoque également avoir plus de reviviscences en cas d'altération du moral (p 187), avec des phases où elle aura plus de reviviscence et d'autres moins ou pas du tout.

Sur le plan du vécu traumatique de la douleur, nous avons deux situations cliniques qui l'abordent : Monsieur 1 et 39 (Monsieur 25 est plutôt aux prises avec les conséquences fonctionnelles et cela d'autant plus que les douleurs sont nettement atténuées par le traitement). Dans le cas de Monsieur 39, la douleur est clairement inscrite dans le nœud traumatique et réactive celui-ci en lien avec la stimulation de l'angoisse devant tous les signes d'altération corporelle, c'est-à-dire toute activation du signal d'alarme. Dans ce contexte, la douleur fait trauma car elle réactive le trauma. Elle est clairement inscrite dans la problématique traumatique. Pour expliquer le phénomène douloureux, nous serions donc dans une situation consécutive au TSPT. Les mécanismes en jeu pourraient être de plusieurs ordres :

- Une hypersensibilité, que Monsieur 39 a clairement identifiée (p 201) pouvant peut-être être reliée à une hypersensibilisation du système perceptif dans son ensemble (cf lien avec la sensibilisation retrouvée dans le TSPT et plusieurs syndromes douloureux chroniques)
- L'arrêt des traitements psychotropes et leur impact ou la reprise de la situation de stress en lien avec le TSPT
- L'impact du maintien d'un état d'hypervigilance, d'un état de stress-anxiété majeur (p201) et des crises d'angoisse devant certains stimulus (interne comme une douleur, p202) ou externe (être dans un lieu nouveau, etc...).

A noter que le parcours de Monsieur 39 est assez édifiant tant sur le plan somatique que sur le plan psychiatrique avec une difficulté majeure à l'identification de la problématique traumatique. Les sentiments de honte et de culpabilité face à ce qui lui arrive sont importants et en partie entretenus par les réactions des professionnels. Ce n'est que depuis deux ans que Monsieur 39 s'autorise à parler de ce qu'il ressent, tout en restant très discret au niveau de son entourage.

L'autre élément important de la situation clinique de Monsieur 39 est la déstabilisation sur le plan de la personnalité liée au trauma. Une des hypothèses possibles serait la pré-existence d'un fonctionnement hyperactif que le patient évoque lui-même comme possiblement explicitant la problématique cardiaque. Ce fonctionnement hyperactif pourrait être le résultat d'une tentative de résolution de la traumatisation par l'évitement des vécus des événements traumatiques et le surinvestissement de la vie quotidienne. L'autre hypothèse serait le recours à ce fonctionnement pour lutter contre l'effondrement. Ainsi la situation clinique de Monsieur 39 illustre bien l'idée qu'un trauma simple n'est peut-être pas si simple que cela. En effet, ce trauma réunissait les critères pour un TSPT simple au regard du premier entretien mais qui s'avère notamment suite à la prise en charge de EMDR plus répétés que supposé au départ.

Monsieur 1, quant à lui, décrit un vécu douloureux spécifique avec une dissociation sur le plan du ressenti aux douleurs intenses qu'il a connues. On retrouve d'ailleurs un vécu traumatique aux crises douloureuses aiguës, rappelant ainsi le pouvoir traumatique des douleurs. Il parlera clairement du travail de réassociation du schéma corporel dans le cadre du protocole miroir et son impact appréciable sur la diminution des douleurs. Mais au regard des connaissances du trauma, on peut se questionner sur cette

réassociation et se demander si sur le plan émotionnel celle-ci a été réalisée. En effet, le maintien d'un vécu traumatique par rapport aux douleurs ainsi que la reprise de douleurs en fonction du moral (et notamment à l'automne) nous amène à évoquer cette hypothèse. Puisque nous savons que la dissociation traumatique peut se faire sur plusieurs niveaux différents, il peut être intéressant de réfléchir à la réintégration sur ces mêmes niveaux. Cependant au regard du parcours traumatique du patient, on peut se demander cela a un impact sur la situation actuelle. Peut-être que l'impossibilité de réintégration des épisodes de douleurs aiguës sur le plan émotionnel pourrait s'expliquer sur ce travail psychique non fait sur son parcours. Par ailleurs, à plusieurs reprises, dans les suites de la prise en charge de Monsieur 1 parlera du lien qu'il fait entre les a-couts douloureux et la reviviscence des événements de vie du passé, comme si les montées de douleurs lui renvoient à son passé, qui « ressort » alors. La douleur activerait les « fantômes » du passé... ou réactiverait ce Soi qui a vécu des événements trop débordants pour être intégrés. La prise en charge psychothérapeutique nous permettra par la suite de mieux comprendre.

Enfin les situations cliniques de Madame 7 et Madame 17 illustrent le verrouillage affectif nécessaire face aux traumatismes répétés et/ou précoces. Madame 17 arrive à verbaliser plus d'événements, de mettre plus de mots sur la situation mais évoque clairement ne rien ressentir en l'évoquant. Elle verbalisera toutefois le fait d'avoir ressenti une forme d'apaisement après les entretiens réalisés. Lors du dernier entretien de suivi, une demande de prise en charge émerge, traduisant ainsi une évolution et un changement de rapport face à la souffrance psychique. Madame 7, quant à elle, verrouille le vécu traumatique, en évoquant le fait de l'avoir déjà travaillé au sein d'une prise en charge en CMP, sans qu'il soit possible de clairement identifier le type de travail effectué et l'évolution de celui-ci. Nous savons juste qu'il a été mis en place lors de phases de déstabilisation et on peut supposer que le travail psychique réalisé avait une visée de stabilisation, sans travail à proprement parler du vécu traumatique. La question qu'il est possible de se poser est l'impact de ce vécu traumatique. Celui-ci est retrouvé dans l'entretien et sur le PCL-S positif. Son impact sur la problématique douloureuse actuelle est peut-être à entendre.

L'ensemble de ces situations sont donc éclairantes sur la complexité des liens entre le trauma et la douleur. Par ailleurs, plusieurs situations détaillées nous semblent assez illustrant de ce que Van der Hart (2014 - p12) évoque en ces termes : *« les événements traumatisants uniques à un âge adulte ne réveille que trop souvent des expériences traumatisantes antérieures non résolues. Certains survivants de traumatismes chroniques ont pu gérer un temps leur vie en dépit de leur capacité intégrative amoindrie, au prix de beaucoup d'efforts mais développe des troubles quand un nouveau traumatisme les pousse au-delà de leurs limites intégratives. Pour ces patients, un traitement relativement rapide et bref est souvent inadapté: les patients à traumatismes cumulés requièrent en général des traitements plus complexes et plus longs ».*

Partie 4 : Discussion

1. Discussion des résultats de CHRO-PAIN-DISS

Cette étude avait pour objectif de tester la faisabilité et l'intérêt d'un dispositif d'évaluation psychologique en clinique de la douleur dans la recherche des liens entre trauma et douleur. Cette étude à visée exploratoire se basant sur une démarche observationnelle a pu être réalisée et a abouti à une récolte de données potentiellement intéressante. Le premier objectif de ce travail a donc été atteint.

Le design a été respecté démontrant la faisabilité du projet. Par ailleurs, la pratique du bilan psychologique spécifique sur les 3 entretiens a permis d'accéder à plus de données que les échelles ou le premier entretien pris individuellement. Compte tenu de la teneur des entretiens ainsi que le contenu exploré, qui est à risque de réactivation émotionnelle importante ou de déstabilisation pour les patients, le cadre proposé dans le bilan psychologique spécifique douleur semble tout à fait adapté. Notre étude confirme la nécessité de favoriser des évaluations psychologiques et psychopathologiques détaillées.

Ce dispositif demande toutefois du temps et on peut noter un taux d'attrition à prendre en compte (proche du taux d'abandon de bilan habituellement retrouvé dans la clinique). Par ailleurs l'analyse des données aurait nécessité un temps plus grand pour pouvoir faire ressortir tout son potentiel.

Nous allons toutefois présenter notre réflexion au regard des questionnements initiaux et notamment sur l'évaluation de la traumatisation en cas de douleur chronique et sur les liens entre douleur, coping et traumatisation-dissociation. Pour ce faire, nous allons d'abord faire une synthèse des éléments extraits des situations cliniques et de l'étude en elle-même, puis nous étudierons plus précisément la psychométrie de la dissociation.

1.1 Situations cliniques et apport de CHRO-PAIN-DISS

Sur le plan des douleurs et de son expression clinique, notre étude porte sur une population représentative de la population accueillie habituellement dans les structures spécialisées douleurs chroniques. Par contre, sur le plan psychopathologique, la population est plus affectée. 80 % de population présente une problématique de souffrance psychique importante, dont plus de la moitié implique un vécu traumatique. Cela est dû bien évidemment aux modalités de recrutement, dans la pratique clinique, puisque les patients ont été orientés vers le psychologue par les praticiens de la structure à travers l'identification soit de signes évoquant une telle souffrance soit en vue de la mise en place de prise en charge psycho-corporelle.

Les différences entre les types de douleurs sont cohérentes avec ce qui est habituellement attendu tant sur la durée des douleurs que sur les répercussions de celles-ci (sur le plan comportemental et sur le plan psychopathologique). À noter que dans la population, 2 patients n'avaient pas de diagnostic établi sur le plan somatique. L'un d'entre eux avait par ailleurs une décompensation sur le plan psychopathologique en cours de prise en charge avec un diagnostic de psychose. Le 2nd, quant à lui, n'avait pas de diagnostic psychopathologique clairement établi et la douleur ne semblait pas avoir été prise en compte dans la première prise en charge psychiatrique effectuée. Le diagnostic psychopathologique d'un trouble de

stress post-traumatique est clairement présent à l'issue de l'évaluation psychologique et la douleur en est une conséquence.

Sur le plan de la triade cognitivo-comportementale connue pour ses effets renforçateurs de la douleur (cf partie 1/2.2.3), nous nous attendions à retrouver une prévalence plus importante. On retrouve un impact des différents biais pris séparément ou en binôme (cf Partie 3/3.2).

Notre étude confirme que la place du psychotraumatisme en clinique de la douleur est importante et démontre la complexité des profils rencontrés. Il s'agit clairement d'aller au-delà de la présence ou non du TSPT. Nous avons pu ainsi démontrer que dans notre population les problématiques traumatiques sont souvent complexes, souvent répétées et précoces dans le développement. Ainsi, dans la population des situations cliniques détaillées, tous les patients avaient été confrontés à des événements que l'on pourrait qualifier de potentiellement traumatiques avec toutefois des profils différents : trauma complexe, TSPT, troubles dissociatifs à confirmer, vécu traumatique verrouillé (pas d'activation émotionnelle à l'évocation du trauma, peu de demande de prise en charge, plainte sur la limitation liée aux douleurs plutôt que sur la souffrance).

La lourdeur de la douleur chronique se retrouve pleinement. La valeur traumatique de la douleur est présente mais éclipsée par la prégnance des traumas de vie dans notre population. On retrouve d'ailleurs des liens entre les deux mais l'étude de la valeur traumatique de la douleur nécessiterait très probablement une étude spécifique en elle-même.

Notre étude confirme donc la nécessité de penser des dispositifs cliniques et de recherche adaptée. Dans ce sens, un rapprochement de la clinique du psychotraumatisme avec celle de la douleur est donc primordiale, en rappelant que la clinique en douleur chronique rejoint la clinique du psychotraumatisme mais bien au-delà du TSPT (cf 3.).

1.2 Psychométrie de la Dissociation et douleur :

L'ensemble de l'étude confirme la recevabilité des 2 échelles d'évaluation de la dissociation auprès de la population des douloureux chroniques. En effet nous avons eu très peu de commentaires négatifs à l'égard de ces échelles et le taux de remplissage de l'échelle est plutôt satisfaisant. On peut toutefois noter qu'il est plus important pour la DES que pour la SDQ 20. Cette dernière reste quand même fort complexe à l'heure actuelle. Il est cependant difficile de faire l'impasse sur l'identification des causes des différents symptômes.

Par ailleurs, on peut se questionner sur le nombre élevé de SDQ-20 au-dessus du seuil dans notre population. En effet, 14 SDQ-20 sur 18 remplies sont positives. Ce taux très élevé est à questionner. Est-ce en lien avec la douleur qui favoriserait un taux de faux positif important ? Est-ce parce que les problématiques traumatiques sont spécifiques dans notre population avec une implication de la réactivité corporelle importante ? Est-ce dû au hasard ?

Pour ce faire nous allons reprendre une analyse plus fine des outils par rapport à la douleur puis questionner sur le score de la SDQ-20 qui demande peut-être une adaptation.

1.2.1 Analyse des outils d'évaluation de la dissociation au regard de la douleur

Une certaine cohérence statistique a pu être mise en évidence avec des corrélations entre les scores totaux et les facteurs de la DES et de la SDQ-20 (cf 2.4.2). D'autres analyses sont bien évidemment nécessaires et pour compléter la réflexion, nous proposons une analyse plus fine des deux outils d'évaluation de la dissociation utilisées dans cette étude.

1.2.1.1 DES : Dissociative Experiences Scale

Nous ne connaissons pas à notre connaissance de démarche de validation auprès de la population confrontée à des douleurs chroniques. La DES est utilisée dans un grand nombre d'études portant sur la douleur (cf partie 1/5.2).

Les items de ce questionnaire portent sur des expériences de la vie quotidienne. Il est demandé aux patients de remplir à quelle fréquence ces expériences leur arrivent en dehors des moments où ils peuvent être sous l'influence d'alcool ou de drogue.

Le score seuil de 26 est retrouvé dans la littérature (supérieur et égal). Il s'agit du score au-delà duquel il est recommandé de faire une recherche de troubles dissociatifs. Au-delà de 40, la présence de troubles dissociatifs est plus que probable (Vanderlinden, 2012).

7/18 répondants ont un score au-delà du score seuil, soit près de 39% de notre population. Seule un sujet a un score de 40.

Il est donc constitué de 28 items, réparti sur 3 facteurs :

- Absorption : 7 items

N°	Présentation de l'item
1	Certaines personnes font l'expérience alors qu'elles conduisent ou séjournent dans une voiture (ou dans le métro ou le bus) de soudainement réaliser qu'elles ne se souviennent pas de ce qui est arrivé pendant tout ou partie du trajet. Entourez un nombre pour indiquer le pourcentage du temps où cela vous arrive.
2	Parfois certaines personnes qui sont en train d'écouter quelqu'un parler, réalisent soudain qu'elles n'ont pas entendu tout ou partie de ce qui vient d'être dit.
15	Certaines personnes font l'expérience de ne pas être sûres si les choses dont elles se souviennent être arrivées, sont réellement arrivées ou si elles les ont juste rêvées.
17	Certaines personnes constatent que, lorsqu'elles sont en train de regarder la télévision ou un film, elles sont tellement absorbées par l'histoire qu'elles n'ont pas conscience des autres événements qui se produisent autour d'elles.
18	Certaines personnes constatent parfois qu'elles deviennent si impliquées dans une pensée imaginaire ou dans une rêverie qu'elles les ressentent comme si c'étaient réellement en train de leur arriver.
20	Il arrive à certaines personnes de rester le regard perdu dans le vide, sans penser à rien et sans avoir conscience du temps qui passe.
24	Certaines personnes constatent que parfois elles ne peuvent se souvenir si elles ont fait quelque chose ou si elles ont juste pensé qu'elles allaient faire cette chose (par exemple, ne pas savoir si elles ont posté une lettre ou si elles ont juste pensé la poster).

- Déréalisation Dépersonnalisation : 6 items

N°	Présentation de l'item
7	Certaines personnes ont parfois la sensation de se trouver à côté d'elles-mêmes ou de se voir elles-mêmes faire quelque chose, et de fait, elles se voient comme si elles regardaient une autre personne.
11	Certaines personnes font l'expérience de se regarder dans un miroir et de ne pas s'y reconnaître. Marquez la ligne pour montrer quel est le pourcentage de temps où cela vous arrive.
12	Certaines personnes font parfois l'expérience de ressentir comme irréels, d'autres gens, des objets, et le monde autour d'eux.
13	Certaines personnes ont parfois l'impression que leur corps ne leur appartient pas.

16	Certaines personnes font l'expérience d'être dans un lieu familial mais de le trouver étrange et inhabituel.
28	Certaines personnes ont parfois la sensation de regarder le monde à travers un brouillard de telle sorte que les gens et les objets apparaissent lointains ou indistincts. Entourez un nombre pour indiquer le pourcentage de temps où cela arrive.

- Confusion/altération d'identité et Amnésie 13 items

N°	Présentation de l'item
3	Certaines personnes font l'expérience de se trouver dans un lieu et de n'avoir aucune idée sur la façon dont elles sont arrivées là.
4	Certaines personnes font l'expérience de se trouver vêtues d'habits qu'elles ne se souviennent pas avoir mis.
5	Certaines personnes font l'expérience de trouver des objets nouveaux dans leurs affaires sans se rappeler les avoir achetés.
6	Il arrive à certaines personnes d'être abordées par des gens qu'elles-mêmes ne reconnaissent pas. Ces inconnus les appellent par un nom qu'elles ne pensent pas être le leur ou affirment les connaître.
8	On dit parfois à certaines personnes qu'elles ne reconnaissent pas des amis ou des membres de leur famille. Marquez la ligne pour montrer quel est le pourcentage de temps où cela vous arrive.
9	Certaines personnes s'aperçoivent qu'elles n'ont pas de souvenir sur des événements importants de leur vie (par exemple, cérémonies de mariage ou de remise d'un diplôme).
10	Certaines personnes font l'expérience d'être accusées de mentir alors qu'elles pensent ne pas avoir menti.
25	Il arrive à certaines personnes de ne pas se rappeler avoir fait quelque chose alors qu'elles trouvent la preuve qu'elles ont fait cette chose.
26	Certaines personnes trouvent parfois des écrits, des dessins ou des notes dans leurs affaires qu'elles ont dû faire mais qu'elles ne se souviennent pas avoir faits.
21	Parfois certaines personnes se rendent compte que quand elles sont seules, elles se parlent à haute voix.
22	Il arrive à certaines personnes de réagir d'une manière tellement différente dans une situation comparée à une autre situation, qu'elles se ressentent presque comme si elles étaient deux personnes différentes.
23	Certaines personnes constatent parfois que dans certaines situations, elles sont capables de faire avec une spontanéité et une aisance étonnante, des choses qui seraient habituellement difficiles pour elles (par exemple sports, travail, situations sociales...).
27	Certaines personnes constatent qu'elles entendent des voix dans leur tête qui leur disent de faire des choses ou qui commentent des choses qu'elles font. Marquez la ligne pour montrer le pourcentage de temps où cela vous arrive.

2 items ne sont pas reliés à un facteur : l'item 14 qui porte sur la reviviscence traumatique (« *Certaines personnes font l'expérience de se souvenir parfois d'un événement passé de manière si vive qu'elles ressentent les choses comme si elles étaient en train de revivre cet événement* ») et item 19, qui nous intéresse plus particulièrement, puisqu'il porte sur la douleur (« *Certaines personnes constatent qu'elles sont parfois capables de ne pas prêter attention à la douleur* »). Certains auteurs supposaient que cela permettait d'évaluer la dissociation somatoforme mais on peut toutefois questionner sur la formulation de cet item qui fait référence à la stratégie d'ignorer les sensations douloureuses (cf partie 1/2.2.1).

Dans notre population, les scores évoluent entre 3.9 et 40, avec un score d'absorption important. Les liens avec le trauma ou avec la SDQ-20 n'ont pas été retrouvés. Ces éléments nécessitent des études plus spécifiques.

1.2.1.2 SDQ-20 : Somatoform Dissociation Questionnaire – 20 items

Là aussi nous ne connaissons pas de démarche de validation auprès de la population confrontée à des douleurs chroniques. L'outil a été élaboré auprès de population traumatisée ou présentant des troubles dissociatifs. La validation française a suivi cette même démarche (El Hage et col, 2002)

Ce questionnaire, composé de 20 items, a un score seuil de 28. Score au-delà duquel il est recommandé d'évaluer plus précisément les troubles dissociatifs.

Notre population a un score au-dessus du seuil pour 78% de notre population, ce qui est très nettement supérieur à la DES (39%).

Dans constitution de ce questionnaire, 3 facteurs sont retrouvés :

- Négligence sensorielle

N°	Présentation de l'item
1	Avoir des difficultés à uriner
7	Avoir des attaques qui ressemblent à des crises d'épilepsies
8	Ressentir que mon corps ou une partie de mon corps est insensible à la douleur
11	Ne pas pouvoir entendre pendant un petit temps (comme si j'étais sourd(e))
12	Ne pas voir comme si j'étais aveugle (pendant un petit temps)
13	Voir des choses (des objets) autour de moi différemment que d'habitude (par exemple comme si je voyais à travers un tunnel ou que je voyais qu'une petite partie d'un objet).
15	Avoir l'impression que mon corps ou une partie de mon corps avait disparu
20	Me raidir temporairement

- Réactions subjectives à des distorsions perceptives

N°	Présentation de l'item
2	Être dégoûté d'aliments que j'aime bien en temps normal (pour les femmes en dehors des périodes de grossesse ou des menstruations)
3	Entendre des sons qui viennent de près comme s'ils venaient loin
4	Avoir mal lorsque j'urine
6	Avoir l'impression que les gens et les objets paraissent plus grands
9	Être dégoûté(e) d'odeurs que d'habitude j'aime bien
10	Ressentir de la douleur dans mes parties génitales (en dehors des rapports sexuels)
16	Ne pas pouvoir avaler (ou seulement avec beaucoup d'efforts)

- Troubles de la modulation de la vigilance

N°	Présentation de l'item
5	Avoir la sensation que mon corps ou une partie de mon corps est comme engourdi
14	Être bien mieux ou bien moins capable de sentir des odeurs que d'habitude (alors que je ne suis pas enrhumé(e)).
17	Ne pas arriver à dormir pendant des nuits, tout en actif durant la journée.
18	Ne pas pouvoir parler (ou seulement avec beaucoup d'efforts) ou ne pouvoir que chuchoter.
19	Être temporairement paralysé.

On peut noter que 3 items portent sur la douleur (3 items avec le mot douleur +1 engourdissement peut être considérée comme une perception désagréable donc une douleur)

4	Avoir mal lorsque j'urine	Réactions subjectives à des distorsions perceptives
8	Ressentir que mon corps ou une partie de mon corps est insensible à la douleur	Négligence sensorielle
10	Ressentir de la douleur dans mes parties génitales (en dehors des rapports sexuels)	Réactions subjectives à des distorsions perceptives

+

5	Avoir la sensation que mon corps ou une partie de mon corps est comme engourdi	Troubles de la modulation de la vigilance
---	--	---

Vu le nombre d'items consacré à la douleur et leur répartition dans les 3 facteurs, il ne semble donc pas avoir d'implication important du phénomène douleur par ce questionnaire, en termes de contenu. Les autres items portent sur d'autres dimensions. Des analyses plus poussées en vérifiant la saturation des items par rapport au score total seront intéressants.

1.2.2 Analyse de la 3^{ème} colonne du SDQ-20

Dans notre échantillon, nous avons un score élevé de SDQ-20, nettement supérieur à celui de la DES. Une des hypothèses possibles seraient une prévalence de problématiques de santé importantes impliquant une augmentation du score étant donné les sensations que les pathologies provoqueraient.

A cette tire, on peut noter que le SDQ-20 a une spécificité par la présence d'une 3e colonne qui est à remplir en cas de positivité de l'item proposé (si le sujet répond au-delà de 2). Il est ainsi demandé aux patients d'identifier la cause physique qui a été transmis pour expliquer ce symptôme. Les patients peuvent cocher ou entourer « non » si aucune cause physique n'a été identifiée. Cet item permet de pouvoir discriminer les symptômes en lien avec certaines pathologies, des symptômes similaires que l'on pourrait retrouver dans les problématiques somatiques. Cependant la douleur ainsi que les maladies médicalement inexplicées ou dysfonctionnelles (cf partie 1/1.6.2.3.1.3) ont une place particulière. Dans notre population, on note que les réponses suivantes pour cette 3^{ème} colonne (cf tableau 20):

Tableau 20 : type de réponse à la 3 ^{ème} colonne du SDQ-20				
Dlr	dlr secondaire à une patho	patho non dlr	stress/angoisse	autre
Douleur neuro thérapie miroir	Rhumatisme	Infection urinaire	Je me déconnecte	Cerveau qui tourne
Fibromyalgie	Arthrose	Uro rdv à venir	Angoisse	Pendant mes rêves
Fibromyalgie	Arthrose	Ménière	Stress, surmenage	Opération de la tête
Fibromyalgie	Spondy et Fibromyalgie		Insomnie	

Liés à mes crises de céphalées	Acouphène			
Migraine	Endométriose			
Fibromyalgie				
Spondy et Fibromyalgie				
Fibromyalgie				

Ainsi on comprend que beaucoup d'items de la SDQ-20 sont activés par les syndromes douloureux (primaire ou secondaire) et notre population parle peu d'autres pathologies. On pourrait donc supposer une activation du questionnaire par les conséquences des pathologies douloureuses.

Afin de tenter d'aller au-delà, nous proposons de pondérer le score du SDQ-20 en fonction des réponses de la 3^{ème} colonne pour obtenir plusieurs scores :

- Score total : reprenant l'ensemble des réponses
- Score corrigé patho: sommes des items moins ceux associés à une pathologie identifiée.
- Score corrigé patho+dlr : sommes des items moins ceux associés à une pathologie identifiée et de la douleur
- Score douleur : sommes des items où la cause identifiée est la douleur ou une pathologie douloureuse.

Tableau 21 : type de score SDQ-20 et son calcul

	Dlr	dlr secondaire patho	patho non dlr	stress/angoisse	autre	sans causes
Score total	x	x	x	x	x	x
Score corrigé patho	X	retiré	retiré	x	x	x
Score corrigé patho+dlr	retiré	retiré	retiré	x	x	x
Score douleur	x	x	retiré	retiré	retiré	retiré

Nous obtenons :

Tableau 22 : SDQ-20 et score modifié

Sujet	SCORE TOT	SCORE modifié patho	SCORE modifié - patho et dlr	SCORE Dlr
1	30	30	25	10
4	35	35	24	11
7	31	31	27	4
8	26	21	18	8
10	46	46	46	0
17	30	30	21	9
18	27	27	24	3
20	27	24	20	4
22	31	31	28	3

23	28	28	28	0
25	37	37	37	0
27	45	45	37	8
29	43	35	35	0
33	31	31	31	0
36	31	27	20	9
37	44	34	34	10
39	17	17	17	0
41	30	30	30	0
Tx Pop positif	77%	72%	50%	

Avec ses modifications nous avons une modification du taux de positivité du questionnaire qui passe de 77% (score non modifié), à 72% en cas de retrait des pathologies, à 50% en cas de retrait des pathologies et douleur.

Malgré ces aménagements, nous avons donc quand une proportion importante dans notre échantillon de dissociation somatoforme évaluée par le SDQ-20. La question d'une suractivation du questionnaire auprès des patients douloureux chroniques se posent donc et nécessite des études plus précises. Par ailleurs, on peut supposer que compte tenu de la spécificité de notre population et notamment la place prépondérante du trauma, cette proportion élevée de la dissociation somatoforme pourrait être expliquée par ce fait. Là aussi des études, avec un nombre plus important et notamment un groupe douleur chronique ne présentant, à priori, pas de problématique traumatique, pourraient permettre de finaliser la pertinence ou non de cet outil dans l'évaluation psychométrique.

Il y a un donc un intérêt à poursuivre les études psychométriques sur ces outils d'évaluation de la dissociation auprès des douleurs chroniques. Des démarches d'analyse de types IRT (« item response theory ») seraient probablement pertinentes. L'évaluation de la Dissociation Somatoforme nécessite une attention particulière portant à la fois sur sa structure, son contenu et les liens avec la problématique douloureuse.

Par contre, l'idée d'associer ces deux évaluations de la Dissociation semblent pertinentes et peut être recommandée auprès de la population douloureuse.

2. Limites de l'étude

La faible taille de la population rencontrée et analysée, au final, nous amène à devoir nuancer notre analyse et limite la portée de la réflexion.

L'investigateur et le chercheur étant là la même personne, cela apporte un biais de jugement indéniable. Ce point peut à la fois être entendu comme une richesse de ce travail mais aussi son point faible. Un gros travail de décentration de la clinique a été nécessaire pour réaliser l'analyse des données, mais un certain biais de jugement reste présent. Une analyse interjuge (notamment des corpus d'entretien) pourrait être une piste pour limiter ce biais.

Cette étude étant par ailleurs centrée sur un seul centre avec un travail spécifique au sein de l'équipe depuis de nombreuses années sur l'identification des problématiques psychopathologiques, cela peut

aussi être un argument pour expliquer la proportion importante de psycho-trauma au sein de cette population. Les professionnels somaticiens, à travers les précédentes prises en charge mais aussi les staffs et l'accompagnement dans le cadre de ce travail, ont développé une écoute et un sens d'observation de ces problématiques traumatiques probablement plus aguerries que dans d'autres structures spécialisées.

Enfin on connaît l'importance de la surévaluation par l'utilisation des questionnaires et cela se retrouve notamment par rapport aux problématiques traumatiques (Fishbain et col 2017). L'utilisation de l'évaluation psychologique nécessairement croisée avec l'entretien clinique permet de nuancer ce potentiel biais mais il reste en arrière-plan.

3. Proposition pour l'évaluation de la traumatisation et de la Dissociation auprès des patients présentant des douleurs chroniques

Nous avons déjà évoqué la nécessaire adaptation de l'évaluation et de la relation thérapeutique dans le cadre de l'accueil de population traumatisée. Les risques de mise à mal de la relation, la double peine pour les patients mais aussi l'expression clinique plus complexe amènent nécessairement à proposer des dispositifs adaptés.

Compte tenu de la proportion non négligeable d'une population traumatisée auprès des patients pris en charge en SDC, l'évaluation psychologique dans un fonctionnement interdisciplinaire prend tout son sens et relève bien des missions spécifiques des psychologues et/ou psychiatres au sein de ces structures.

De la même manière, la prise en compte du corps dans l'évaluation des populations traumatisées est un élément important et nécessite également d'être développée dans les centres de référence du psycho-trauma, probablement par l'intégration de cette dimension somatique.

Sur le plan de l'évaluation psychologique et psychopathologique, la complexité des problématiques auxquelles les patients doivent faire face amène le clinicien à devoir également intégrer plusieurs dimensions. A ce titre l'étude CHRO-PAIN-DISS ainsi réalisée, nous permet de démontrer la recevabilité de ce type de dispositif auprès de la population mais également la richesse de celui-ci. L'évaluation de la douleur, des capacités d'adaptation face à la douleur, des principales dimensions psychopathologiques ainsi que la problématique traumatique et dissociative permettent d'avoir des repères pertinents afin de définir des prises en charge étayantes.

Il serait donc intéressant dans l'évaluation des psychotraumatismes d'intégrer à la fois :

- une perspective dynamique par l'évaluation de la traumatisation (prise en compte de l'histoire, des ressources, des capacités de narration, du type de structuration traumatique, etc...)
- mais également la prise en compte à la fois des dimensions psychoformes et somatoformes de la Dissociation.

Dans ce sens l'évaluation de la dissociation, en complément de l'évaluation du psychotraumatisme, reste intéressante et à ce titre, la DES et la SDQ -20 restent des outils actuellement les seuls accessibles auprès de la population française. Elles relèvent d'une validité statistique acceptable. La spécificité auprès de la population douloureuse chronique nécessitent de poursuivre les études mais reste là aussi acceptable.

La prédominance des événements de vie traumatisant rencontrés par la population globale de notre étude confirme la nécessité d'aller au-delà de ce constat. Pourtant nous ne pouvons que constater les difficultés tant sur le plan clinique que sur le plan de recherche de l'évaluation de la traumatisation. Une piste pourrait être l'évaluation de la structuration de la traumatisation, tant sur la dimension de la dissociation que sur la dimension de la confrontation répétée aux événements traumatisants.

En effet, l'étude observationnelle réalisée confirme une grande variabilité des profils et nous proposons de réfléchir à un profil regroupant les signes de trauma et les signes de la dissociation qui pourrait prendre la forme suivante (cf figure 41)

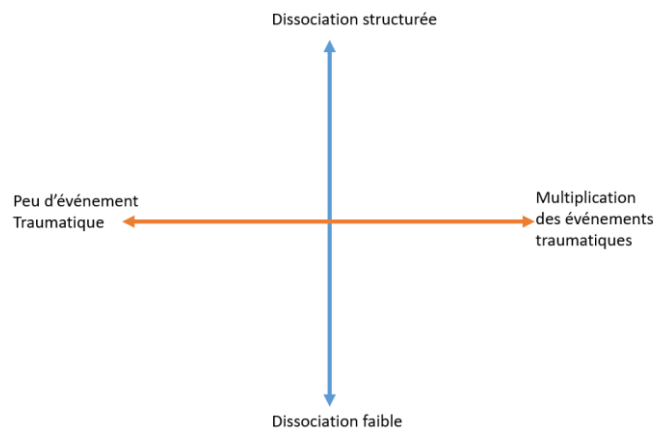


Figure 41 Proposition profil Dissociation et trauma

Nous entendons la Dissociation sur ces deux composantes (dissociation psychoforme et dissociation somatoforme) sans pouvoir les distinguer pour l'instant puisque les outils d'évaluation nécessitent une analyse statistique plus importante. Nous supposons ici qu'une dissociation élevée aura une dissociation psychoforme et somatoforme importante.

Ainsi selon ce schéma, il pourrait être supposé une structuration de la traumatisation plus importante quand le profil serait associé à une dissociation structurée et une multiplication de confrontation à des événements traumatiques (en vert sur la figure 42). Nous nous plaçons dans ce que nous avons évoqué dans la partie théorique (cf partie 1/3.).

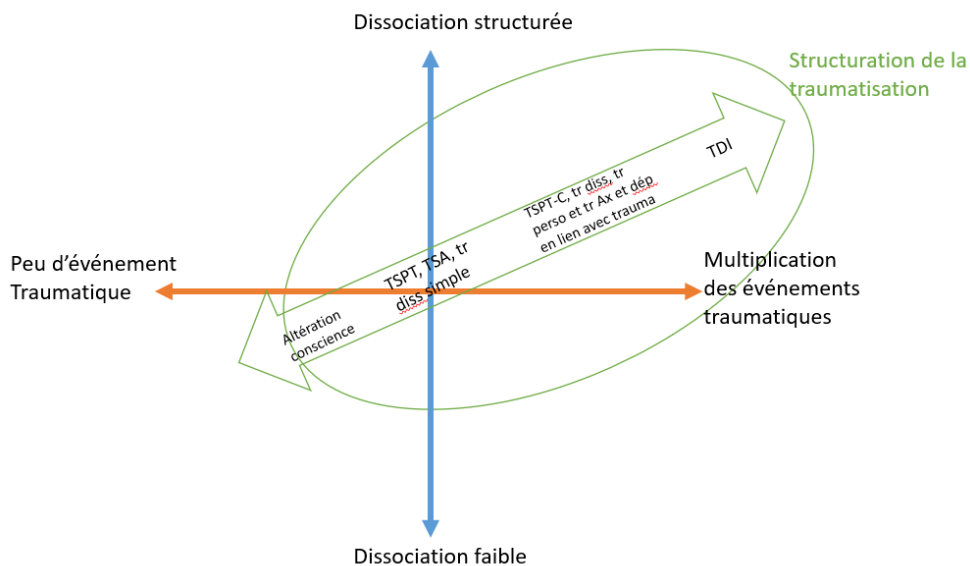


Figure 42 Proposition Profil traumatisation

Ainsi pour les situations cliniques détaillées, nous pourrions supposer une répartition comme suit :

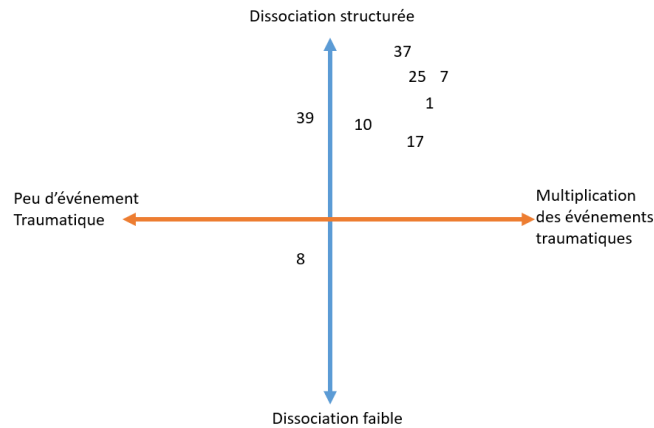


Figure 43 : Profil de traumatisation appliqué aux SCD de CHRO-PAIN-DISS

Le développement d'études, dans les années à venir, s'appuyant sur la définition du TSPT-C par la CIM-11, pourrait être une étape qui, là aussi, aidera le clinicien à pouvoir développer des prises en charge efficaces. Les liens entre TSPT-C et la dissociation commencent à être étudiés (Møller et al, 2021). Par ailleurs, l'évaluation du trouble de stress post-traumatique complexe notamment par l'utilisation de l'échelle « International Trauma Questionnaire – ITQ – Version Française » (Cloitre et al, 2018) pourrait apporter une aide notamment à visée de dépistage ou de repérage des problématiques complexes ; permettant ensuite aux professionnels de développer une évaluation spécifique ou d'orienter vers les professionnels formés.

La psychométrie étant nécessairement incluse dans une démarche plus large d'évaluation, l'étude CHRO-PAIN-DISS démontre ses limites. Ainsi inclure plusieurs entretiens cliniques, même auprès d'une population plus restreinte, permet de favoriser une alliance et une compréhension aidante de la situation tant pour les professionnels que pour les patients et de vérifier la pertinence des outils psychométriques que nous utilisons.

4. Implications sur le plan clinique

Les liens entre trauma et douleur sont suffisamment retrouvés pour que sur le plan clinique, nous puissions recommander une vigilance quant à l'accueil, l'évaluation et la prise en charge des patients. Cela nécessite donc une formation spécifique des différents intervenants dans le parcours de soins avec une adaptation des connaissances en fonction de la profession initiale, compte tenu notamment des difficultés relationnelles que la traumatisation peut générer. Cette adaptation est à construire tant en soins primaires (1^{er} acteur en contact avec les patients) qu'auprès des spécialistes et notamment les structures douleur mais également les centres de référence psycho-trauma.

Par ailleurs la 2^e recommandation importante porte sur la nécessité d'une évaluation psychologique et psychopathologique. Clairement rappelée par les professionnels du psychisme exerçant en douleur (Bioy & Lignier, 2020, Barfety-Servignat et al 2020, Aubrun et al 2019), elle reste encore à défendre dans un milieu à dominance somatique. Par ailleurs l'inadéquation entre le temps de travail et le cadre d'évaluation nécessaire à ces problématiques complexes est également une réalité de terrain qui freine clairement la qualité de ces évaluations. « *Installer une relation thérapeutique dans laquelle la personne se sent suffisamment en sécurité, où elle peut se mettre au travail dans de bonnes conditions, semble déjà en soi constituer un objectif thérapeutique de taille, qui est rarement explicité comme tel* » décrit Hélène

Dellucci en parlant de la première phase de prise en charge auprès des populations traumatisées : la stabilisation (Dellucci, 2021).

Enfin le 3e axe de recommandation porte logiquement sur l'après évaluation, et notamment la prise en soins en favorisant le développement de soins adaptés, explicités auprès du patient, en accord avec lui et intégrés dans une perspective globale tant sur le plan psychique que sur le plan somatique. L'accessibilité aux soins psychiques nécessaires est également un enjeu majeur dans le contexte actuel de définition de logique sanitaire.

Par ailleurs, nous avons déjà évoqué à plusieurs reprises le travail sur Soi, nécessaire, face à un événement de santé, une problématique chronique ou la douleur en elle-même. Ce travail reste très présent en clinique de la douleur (cf partie 1/1.6.2.1). On peut se questionner sur le devenir d'un Soi traumatisé dans une même situation. Quelles réactivations cela va amener ? Quelles déstabilisations la douleur va-t-elle apporter en empêchant, par exemple, la réalisation d'une forme d'hyperactivité (souvent mise en place pour éviter de penser aux événements du passé ou à Soi). Quelle proposition thérapeutique possible ? Retravailler le trauma au risque de favoriser une déstabilisation de l'équilibre actuel (familiale, personnel, etc...) ou aider à limiter l'impact de la douleur (optimisation de la gestion de la douleur, œuvre à une activité physique modérée mais régulière, améliorer la récupération en travaillant sur le sommeil par exemple, etc...) ? Une certaine fragilisation de ces populations devant un événement somatique peut être envisagée.

La proximité des problématiques traumatiques et de la douleur chronique nous amène à envisager des perspectives intéressantes en intégrant des principes issus de la clinique de la traumatisation chronique, notamment à partir des prises en charge dans un traitement par phase incluant une phase de :

- Stabilisation,
- Retraitement ou phase active ou phase de traitement des mémoires traumatiques
- Reconstruction ou intégration des parties dissociatives si tel est le cas

Ce type de « plan » psychothérapeutique est retrouvé dans plusieurs prises en charges complexes incluant le trauma et les troubles dissociatifs (Bourgault, 2013 ; Piedfort-Marin, 2016 ; Steele et col 2018). Il se base sur des principes évoqués par Pierre Janet à l'époque.

Il est important de noter que le traitement par phase n'est pas linéaire, nécessitant parfois de revenir par exemple à la phase de stabilisation. Par ailleurs, parfois la phase de stabilisation suffit et il n'est pas nécessaire de retravailler sur les autres phases. A noter que « *Le traitement orienté par phase peut être plutôt facile pour les cas relativement simples de traumatisation. Cependant il peut être bien plus complexe, comporter plus de modifications parmi les phases, et doit, dès lors, rencontrer des problèmes chroniques à multiples facettes* » (Van der Hart, Nijenhuis et Steele (2006 p15) cité par Steele et col, 2018).

L'impact des interventions psychologiques sur le trouble de stress post-traumatique et les symptômes de la douleur sont en cours d'étude avec des résultats mitigés (Goldstein et col, 2019). Une évaluation plus soutenue tant de la composante douleur que de la structuration traumatique sera une piste de travail pour mieux identifier les approches et leur impact. La coordination avec les approches médicales et/ou psycho-corporelles seront également une étape qui portera ses fruits.

En effet, avoir à l'esprit que « [...] *malheureusement beaucoup de survivants vivent à la limite de l'épuisement et sont ainsi plus sensibles aux intrusions de souvenirs traumatiques. Il est au-delà de leur force d'accepter les douloureuses réalités de leur vie ; ils restent ainsi bloqué dans la peur, le désespoir, la terreur. Ils se débattent souvent avec des difficultés pour réguler les expériences perturbantes, qu'il vienne de l'Intérieur ou de l'environnement [...]* » (van der Hart, 2014 – p 15) nous permet de comprendre le

maintien d'un état de stress, de tension, d'efforts majeurs pour maintenir la dissociation, pouvant laisser supposer une charge allostatique importante. Or nous connaissons les impacts négatifs du stress chronique, pouvant notamment être le lit de plusieurs pathologies, dont certaines sources de douleur chronique.

Enfin le risque de retraumatisation est important. Il commence à être évoqué dans la littérature et appelle à une réflexion sur les soins (Grossman et col, 2021 ; Schippert et col , 2021 ; Goddard, 2021). En effet, les stimulations corporelles, la relation spécifique impliquant parfois la nudité (même partielle), la description de son fonctionnement sont autant de difficultés pour les personnes traumatisées lors de la réalisation de soins. Par ailleurs, dans une perspective dynamique, il est tout à fait envisageable de considérer que la survenue d'une douleur liée par exemple à un accident ou une maladie peut elle-même retraumatiser ou réactiver la mémoire traumatique. « [...] *les mémoires traumatiques sont des déclarés sensorimoteurs qui peuvent être partiellement ou complètement re-expérimentés par l'individu. En outre elles peuvent être conscientes ou sans connaissance. Elles peuvent rester temporairement dans un état tranquille, mais sont souvent réactivées par les stimulus qui ressemblent à un certain aspect du trauma, littéralement ou symboliquement. L'évocation d'une dimension de mémoire dissociée tend à réactiver tous les composants dissociés, et a réactivé les mémoires traumatiques peut elles-mêmes retraumatiser le patient* » (Van der Hart & Steele, 1989). Une démarche préventive et une réflexion globale sur l'état de santé des personnes traumatisées et une adaptation de la prise en charge est à construire.

C'est dans ce sens qu'un rapprochement entre les SDC et les Centres de référence en psycho-trauma, sous la forme de partenariat et partage de connaissances, voire des évaluations communes, sera une voie d'évolution intéressante et prometteuse.

5. Implications sur le plan de la recherche

L'intérêt de poursuivre les recherches auprès de la population douloureuse chronique sous l'angle de la Dissociation et de la Traumatisation est une voie de recherche tout à fait encourageante. Cela pourrait porter sur plusieurs pistes de travail :

- 1) Poursuivre le développement de l'évaluation de la traumatisation tant sur le plan psychométrique que sur le plan épidémiologique
- 2) Améliorer l'évaluation des situations complexes, comme cela est le cas en douleur chronique.
- 3) Ouvrir sur une réflexion globale sur le fonctionnement humain, en étudiant la dynamique somato-psychique.

5.1 Poursuivre le développement de l'évaluation de la traumatisation et de la douleur.

Il est nécessaire de poursuivre le développement des connaissances sur les outils d'évaluation de la traumatisation et de la dissociation tant sur le plan psychométrique que sur le plan des entretiens diagnostiques. Notre revue de la littérature confirme l'existence de certains outils mais leur utilisation auprès de la population douloureuse chronique doit se travailler. Notre étude confirme la recevabilité des outils d'évaluation de la dissociation mais nous devons clairement reprendre la démarche de validité des outils psychométriques. Le taux de réponse élevé du SDQ-20 à notre population reste explicable potentiellement par l'impact de la problématique douloureuse et/ou par la grande proportion de trauma auprès de notre population. Il est nécessaire de poursuivre les études sur ce questionnement pour définir la pertinence de ces outils d'évaluation auprès des populations présentant des douleurs chroniques.

En parallèle, le développement des recherches épidémiologiques sur les troubles dissociatifs et le psychotraumatisme au sein d'une population douloureuse chronique notamment dans plusieurs centres de la douleur s'avère une piste de travail à promouvoir. Une étude similaire à celle que nous avons réalisée sur plusieurs SDC et auprès de personnes présentant des douleurs chroniques non prise en charge en SDC (ce qui correspond à l'heure actuelle à la grande majorité des douloureux chroniques français) pourrait apporter des éléments intéressants. Cela inclurait une standardisation du bilan psychologique spécifique douleur le temps de l'étude, soit des psychologues cliniciens présents dans les SDC, soit des psychologues chercheurs. Le dispositif clinique proposé dans cette étude confirme son potentiel intérêt pour la récolte des données et permet au chercheur d'avoir un substrat issu de la clinique opérationnel pour développer sa réflexion.

Enfin le développement de recherche épidémiologique sur la douleur chronique et l'état de santé des personnes confrontées à problématique dissociative et/ou traumatique complexe serait également nécessaire. La charge allostatique déjà évoqué, mais également la fragilité que nous avons déjà pu identifier auprès des patients confrontés à des problématiques de santé mentale (cf partie 1/1.2.2) nous amènent à proposer une vigilance sur leur état de santé. Par ailleurs, la fragilisation, que nous supposons, devant les soins en cas de développement d'une pathologie, nous amène à poursuivre cette voie d'étude afin de préparer les professionnels exerçant en somatique et proposer des dispositifs de santé adaptés.

5.2 Améliorer l'évaluation des situations complexes

Une voie de recherche prometteuse se retrouve en développant des recherches intégrant à la fois des évaluations précises sur la douleur, les ressources et les capacités d'adaptation ainsi que la composante traumatique et dissociative inscrite dans la psychopathologie du patient. Cela serait par exemple aidant pour mieux identifier les mécanismes en jeu dans les interventions psychothérapeutiques proposés. Ainsi une évaluation pré et post intervention psychothérapeutique sur ces paramètres (douleur, adaptation, psychopatho, traumatisation et dissociation) permettrait très probablement d'identifier des populations plus répondeuses et développer des dispositifs (ou des ensembles de dispositifs thérapeutiques) plus efficaces.

Le second intérêt serait de proposer des évaluations pré et post confrontation à la douleur notamment par exemple dans le cadre des douleurs post-opératoires ou encore dans le cadre de l'accouchement par exemple, tout en prenant en compte la détresse péri-traumatique en lien avec ces étapes potentiellement traumatisantes. Ce regard permettant d'identifier les trajectoires des individus face à la confrontation à la douleur, incluant des dimensions autour de la traumatisation et la douleur, permettrait de mieux identifier les différentes composantes influençant ces trajectoires. Dans cette perspective, il serait pertinent de développer la recherche sur la valeur traumatique de la douleur tant en intégrant la perspective de la sensibilité traumatique de la douleur développée par Katz et Kleiman (Katz, et col, 2017 ; Kleiman et col, 2011) mais aussi sur le pouvoir traumatisant de la douleur qui par l'explosion sensorielle qu'elle provoque replace le sujet devant son bagage, son vécu tant sur le plan perceptif que sur le plan moteur par ses précédentes expériences mais aussi et surtout les premiers temps de son développement sensorimoteur (Barfety-Servignat et col, 2020). Elle confronte également le sujet à des processus de deuil de perte ou d'abandon réactivés par la survenue de la douleur.

Favoriser la prise en considération de l'ensemble de ces dimensions permettrait d'améliorer nos connaissances sur les situations complexes et proposer des dispositifs plus adaptés.

5.3 Ouvrir sur une réflexion globale sur la dynamique somato-psychique

La douleur, de par son implication dans le système de régulation globale de l'individu, a très probablement une place particulière dans la conscience de Soi et la construction de l'Identité. Nous avons déjà évoqué le nécessaire travail d'adaptation, de remaniement psychique face à ce phénomène, surtout quand il est chronique (cf partie 1/1.6.2.1). Nous avons également présenté les connaissances actuelles sur le décryptage, sur le plan des neurosciences, du phénomène douleur et l'implication de la matrice douleur (cf partie 1/1.4). Cette dernière, n'étant pas spécifique de la douleur mais intégrée dans la conscience de soi, permet à Melzack et Katz de formuler l'intérêt de l'étude de la douleur dans ses rapports à Soi, au Self. Cela est également repris par Véronique Baferty-Servignat, dans une perspective psychodynamique, lorsqu'elle évoque que « *la douleur concerne le sujet au niveau de son moi-corps « comme si avec la douleur le corps se mue en psyché et la psyché en corps » (pontalis, 1977). Ce Moi est donc représenté à la fois comme un Moi corporel mais aussi comme un Moi social (Freud, 1923a) » (Baferty-Servignat et col, 2020 - page 33). Enfin on retrouve des données intéressantes également dans les travaux sur la flexibilité psychologique qui s'appuie sur une théorie du Soi à prendre en compte (Wok et col, 2016 ; Yu et col, 2016; Hellström, 2001 ; Yu et col, 2015).*

Ainsi on retrouve dans différents courants théoriques un questionnement qui pourrait avoir une valeur centrale dans la confrontation de l'individu à l'expérience douloureuse. Réunir ces différents courants, en réunissant par exemple différents experts de la question et travailler autour d'une mise en commun des connaissances pourraient être une piste de travail prometteuse. En effet, les connaissances actuelles semblent très parcellaires ou disséminées dans les différents champs théoriques. Cela pourrait rejoindre les travaux en cours sur l'amélioration des connaissances de la conscience et aussi tout ce qui est autour de la sensorialité, qui prendrait tout son sens dans les problématiques douloureuses.

Nous comprenons à travers l'ensemble de ces pistes (qui restent toutefois non exhaustives) toute la potentialité des travaux envisagés. La clinique de la douleur nous permet à la fois de travailler cette dynamique somato-psychique et d'améliorer nos connaissances sur le fonctionnement psychique. L'étude d'une population traumatisée nous permet d'observer ces processus lorsque ceux-ci sont débordés, lorsque l'intégration n'est plus possible, et nous permet d'améliorer nos connaissances sur les processus et bien évidemment développer des prises en charge beaucoup plus adaptées. Il s'agit ici de reprendre une démarche réalisée par de nombreux chercheurs (Janet, Nijenhuis, etc...). La clinique de la douleur nous permettrait d'observer ce phénomène aussi bien lorsqu'il déborde (et qu'il fait trauma), que lorsqu'il épuise (et qu'il peut produire une symptomatologie proche du trauma) ou lorsqu'il est intégré ou participe à la construction d'un nouvel équilibre, permettant ainsi une exploration plus large de la dynamique somato-psychique en jeu.

Conclusion

L'objectif de ce travail était d'explorer les liens entre trauma et douleurs. Un long travail d'intégration de la littérature scientifique et d'élaboration de repères entre les différents champs théoriques a été un préalable nécessaire. Ce premier travail place la traumatisation, et son corollaire la dissociation, comme une voie d'exploration prometteuse des liens entre trauma et douleur, permettant ainsi d'aller au-delà de la simple présence ou non du TSPT. Une attention portée au processus, à la dynamique en jeu et ses mécanismes dans la confrontation de l'individu face au trauma est une perspective tout à fait similaire aux travaux en cours sur la douleur chronique. En effet, l'étude de la chronicisation de la douleur intègre une perspective en termes de trajectoire, de parcours, de cheminement incluant à la fois les facteurs de fragilité mais également les ressources, permettant de supposer que l'intégration de la théorie en lien avec la traumatisation pourrait devenir une voie d'exploration de la chronicisation de la douleur. À ce titre la valeur traumatique de la douleur, de par son potentiel débordant les défenses psychiques de l'individu, mais aussi son caractère épuisant de ces mêmes défenses, est une voix d'entrée dans ce processus de traumatisation. Mais on sait aussi que l'exposition à des événements de vie traumatiques, notamment incluant des atteintes corporelles, expose également l'individu à plus de difficultés face à un événement de santé source de douleur.

Partant de ce constat, ce travail tente d'opérationnaliser sur le terrain cette réflexion en réalisant une étude observationnelle auprès des patients présentant une douleur chronique, pris en charge en structure d'évaluation et traitement de la douleur (SDC). C'est notamment en s'appuyant sur le dispositif clinique du bilan psychologique spécifique douleur que nous proposons de réaliser cette démarche permettant ainsi à la recherche et à la clinique de se rejoindre. L'étude CHRO-PAIN-DISS, qui est en fait une étude pilote, a permis de démontrer la faisabilité du projet et ouvre des pistes tout à fait intéressantes sur la réflexion entre trauma, douleur, capacité d'adaptation et dissociation.

Ce bilan psychologique, complexe, permet d'entendre, de percevoir, de faire des hypothèses argumentées sur la problématique face à laquelle les patients sont confrontés. Et cela en limitant le risque de déstabilisation, de décompensation de celui-ci à l'évocation de son fonctionnement psychique. En effet explorer le trauma, auprès d'une population, peut potentiellement activer toute une série de questions éthiques, épistémologiques et méthodologiques. Cela requiert une nécessaire collaboration pluridisciplinaire et pluriprofessionnelle. Ne pas inclure cette perspective ouvre sur un risque d'une vision « tout trauma » pour expliquer la problématique du patient, d'activer des stéréotypes ou d'appliquer, sans réflexion, différents modèles. Le propre du psychologue clinicien et du chercheur est de travailler avec le doute, de questionner les supposées certitudes afin d'accroître des connaissances et faire évoluer les pratiques et les théories. Comment envisager une théorie sur l'humain fixe, définie à un moment donné, alors que le propre de l'être humain est justement d'évoluer, de changer en permanence, quel que soit la voie choisie ? Or explorer ce fonctionnement lorsque celui-ci est débordé, dépassé, figé dans un fonctionnement plus ou moins efficient, est une voie d'exploration intéressante du fonctionnement humain. Les théories psychologiques se sont d'ailleurs pour la plupart développées à partir de ce constat. Cependant l'étude de la traumatisation et de la chronicisation de la douleur nous permet d'aller au-delà d'une théorie psychologique de l'humain mais bien d'ouvrir sur une théorie du fonctionnement humain, profondément ancré dans une dynamique somato-psychique, acteur sein d'un environnement.

Mais pour avancer dans cette réflexion, nous devons tout d'abord revoir les connaissances actuelles sous le prisme de notre population. Ainsi la question de la Dissociation, moteur essentiel de la traumatisation, a très peu été étudiée auprès des patients présentant des douleurs chroniques (encore moins en France). Qu'en est-il de ces processus lorsque l'individu est face à une douleur chronique ? Sont-ils présents ? sous quelle forme ? à quelle intensité ? avec quelles conséquences ? Autant de questionnements intéressants

pour lesquels la littérature reste peu contributive. La science, au sens d'un ensemble cohérent de connaissances relatives à certaines catégories de faits, d'objets ou de phénomènes obéissant à des lois et/ou vérifiés par les méthodes expérimentales (définition Larousse), nécessite le recours à différentes méthodologies et étapes. Or face à une situation complexe comme la douleur chronique et la traumatisation, ainsi que leur interaction supposée, la réflexion scientifique doit inclure plusieurs séquences, plusieurs démarches que l'on peut être amené à retrouver dans le développement d'intervention complexe. Mais favoriser cette approche au sein du domaine qui nous intéresse, relève d'un travail de titan. Tout est à construire, car nous retrouvons très peu d'éléments en France. L'environnement du laboratoire APEMAC, qui développe ces approches complexes dans plusieurs domaines de santé, peut être un terrain formidable au développement en douleur chronique, pour peu que l'on aille au-delà du symptôme. Le travail et la collaboration incluant des méthodologies différentes, des moments différents d'intervention et des objectifs complémentaires d'études apportent des pistes prometteuses.

Dans ce contexte, nous avons choisi d'investir une démarche incluant une méthodologie mixte. En effet sur le plan quantitatif, la piste de l'évaluation psychométrique reste trop incertaine auprès des patients présentant des douleurs chroniques. Les outils d'évaluation de la traumatisation, validés le plus souvent auprès d'une population traumatisée, sont très peu utilisés en clinique de la douleur. Nous devons au préalable questionner leur validité et leur impact auprès de notre population. C'est ce que nous avons proposé de faire à travers notre étude pilote. Nous avons ainsi pu démontrer la réceptivité des questionnaires d'évaluation de la Dissociation, tant sur le plan psychoforme que somatoforme. Cependant la spécificité auprès de la population douloureuse chronique est encore à travailler car nous avons une suractivation du SDQ-20 dans notre population. Celle-ci peut s'expliquer à la fois par une activation spécifique en lien avec la douleur mais également par rapport à la spécificité de notre population particulièrement exposée au psychotraumatisme.

Sur le plan qualitatif, nous souhaitons explorer les processus en jeu et tenter de les appréhender dans le contexte clinique du bilan psychologique. La richesse des situations cliniques et la diversité des processus en jeu nous permettent de soutenir l'idée de la complexité de la douleur chronique et la place prépondérante, dans notre population, de la traumatisation, à la fois dans ces dimensions fixées (comme défense ou comme état réactionnel), et à la fois en tant source de souffrance. Les 8 situations cliniques ainsi travaillées, nous permettent d'avoir un substrat étayé de ces processus confirmant la pertinence de l'identification du niveau de structuration de la traumatisation. La question de l'identification des processus dissociatifs est plus délicate, d'autant plus qu'une grande partie de ceux-ci ont une expression non verbale, non incluse dans cette étude. Le recours à la vidéo permettrait d'inclure ces dimensions. Par ailleurs, nos situations cliniques nous permettent d'explorer la question de la dissociation somatoforme d'autant plus que celle-ci est paradoxalement très peu explorée dans les différentes théories psychopathologiques. Inclure les dimensions corporelles et comportementales de la dissociation dans la réflexion en lien avec la traumatisation semble tout à fait nécessaire et peut être un pont entre la clinique de la traumatisation et celle de la douleur chronique. L'ensemble des experts du domaine confirme la spécificité du trauma en cas de douleur chronique et inversement. L'exploration de la dissociation somatoforme pourrait être une piste pertinente pour avancer sur ces questions.

Enfin comme tout travail de recherche, de nombreux renoncements ont été nécessaires pour aboutir à un état des lieux de la réflexion actuelle. Celle-ci est encore à l'état embryonnaire et ne demande qu'à grandir avec l'apport des différents courants, des différents chercheurs et cliniciens. Ce travail nous a confirmé la nécessité de poursuivre les liens entre clinique et recherche, de garder une vision pluridisciplinaire et intégrative et de ne pas s'enfermer dans des certitudes. La clinique en SDC nous confronte à la complexité du phénomène et l'absence de moyen. Ainsi dans un temps limité, il est nécessaire de comprendre la

situation du patient et de sa problématique, tout en favorisant une contenance, une limitation de l'errance et une orientation en termes de prise en charge. La clinique de la douleur est souvent le lieu de la reconstruction de lien, de réinvestissement de relation respectueuse de l'individu et de son cheminement, d'ouverture vers un nouvel équilibre somato-psychique que l'on espère plus serein et source à nouveau de créativité et d'actions. Réaliser ce travail nous a permis de sortir de l'aspect mortifère de la chronicité pour ouvrir sur des pistes qu'il convient de créer maintenant... peut-être par des ponts entre la clinique de la traumatisation et celle de la douleur chronique pour enfin offrir aux patients des dispositifs de prise en soin adapté, respectueusement de leur fonctionnement et leur permettant d'être en accord avec Soi.

Bibliographie

- Albaret, M.-C., Sastre, M. T. M., Cottencin, A., & Mullet, E. (2004) The Fear of Pain questionnaire : Factor structure in samples of young, middle-aged and elderly European people. *European Journal of Pain*, 8(3), 273-281. <https://doi.org/10.1016/j.ejpain.2003.09.005>
- Allen JG, Coyne L, Console DA. (1997) Dissociative detachment relates to psychotic symptoms and personality decompensation. *Compr Psychiatry*. Nov-Dec; 38(6):327-34. doi: 10.1016/s0010-440x(97)90928-7
- American Psychiatric Association (2015) *DSM-5, Manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux*, coord Crocq M-A., Guelfi, J.D., Elsevier, 1114 pages.
- Aquarone, R. (2012) Dissociation: a valid concept? , *The British Journal of Psychiatry*, 200 (2) , 163 - 164 DOI : <https://doi.org/10.1192/bjp.200.2.163a>
- Asmundson GJG, Norton G. (1995) Anxiety sensitivity in patients with physically unexplained chronic back pain: A preliminary report. *Behav Res Ther*; 33:771-77.
- Asmundson G.J.G., Coons MJ, Taylor S, Katz J. (2002) PTSD and the experience of pain: Research and clinical implications of shared vulnerability and mutual maintenance models. *Can J Psychiatry*; 47: 930-37.
- Asmundson G.J.G. (2014). The emotional and physical pains of trauma : contempory and innovate approaches for treating co-occurring PTSD and Chronic Pain, *Depression and Anxiety*, 31(9), 717-720. <https://doi.org/10.1002/da.22285>
- Asmundson, G. J. G., & Katz, J. (2008). Understanding pain and posttraumatic stress disorder comorbidity : Do pathological responses to trauma alter the perception of pain?: *Pain*, 138(2), 247-249. <https://doi.org/10.1016/j.pain.2008.06.020>
- Asmundson, G. J. G., & Nicholas Carleton, R. (2005). Fear of Pain is Elevated in Adults with Co-Occurring Trauma-Related Stress and Social Anxiety Symptoms, *Cognitive Behaviour Therapy*, 34(4), 248-255. <https://doi.org/10.1080/16506070510011557>
- Astill Wright, L., Roberts, N. P., Lewis, C., Simon, N., Hyland, P., Ho, G. W. K., McElroy, E., & Bisson, J. I. (2021) High prevalence of somatisation in ICD-11 complex PTSD : A cross sectional cohort study. *Journal of Psychosomatic Research*, 148, 110574. <https://doi.org/10.1016/j.jpsychores.2021.110574>
- Aubrun, F., Conradi, S., Le Chevalier, A., Piano, V., & Société française d'étude et de traitement de la douleur. (2019). *Structures Douleur Chronique en France (SDC) : Guide de bonnes pratiques*, Med-Line, 216 pages.
- Auxéméry, Y. (2012). Une conception moderne du traumatisme psychique à l'usage des médecins somaticiens : Des différentes formes cliniques du trauma à leurs perspectives pharmacologiques. *La Revue de Médecine Interne*, 33(12), 703-708. <https://doi.org/10.1016/j.revmed.2012.08.016>
- Auxéméry, Y. (2019). Vers une nouvelle nosographie des troubles psychiques post-traumatiques : Intérêts et limites. *European Journal of Trauma & Dissociation*, 3(4), 245-256. <https://doi.org/10.1016/j.ejtd.2019.02.002>

- Bailly, F. (2022). Prévenir la chronicisation de douleurs rachidiennes. *Revue du Rhumatisme Monographies*. <https://doi.org/10.1016/j.monrhu.2022.07.003>
- Baldo, É. (2020). Chapitre 16. Douleurs en psychiatrie, Dans Bioy & Lignier (dir), *Clinique et psychopathologie de la douleur*, (p 181-188), Dunod. <https://doi.org/10.3917/dunod.bioy.2020.01.0181>
- Balez, R., Couturaud, F., & Touffet, L. (2015) « Effet placebo », des convictions personnelles aux représentations collectives : Relecture psychosociale d'un phénomène pharmacodynamique. *Annales Pharmaceutiques Françaises*, 73(6), 411-421. <https://doi.org/10.1016/j.pharma.2015.04.006B>
- Barfety-Servignat V, Bioy A. (2022) *16 cas cliniques en psychopathologie de la douleur*. Paris, Dunod. ISBN 978-2-10-083576-8
- Barfety-Servignat, V. (2021) L'étude de cas. Chapitre 6, Dans Bioy & Lignier (dir), *Clinique et psychopathologie de la douleur*, (p 95-113), Dunod. <https://doi.org/10.3917/dunod.casti.2021.01.0095>
- Barfety-Servignat V. (2020b) Somatisations, Chapitre 7, dans Bioy & Lignier (dir), *Clinique et psychopathologie de la douleur*, (p 69-81), Dunod. <https://doi.org/10.3917/dunod.bioy.2020.01.0069>
- Barfety-Servignat, V. & Conradi, S., (2020) Psychologie et psychopathologie de la douleur -chapitre 3 - dans Barfety-Servignat, V, Conradi, S., Masselin-Dubois, A., *Le psychologue en clinique de la douleur*, (p 47-58), In Press.
- Barfety-Servignat, V. (2019). La question du diagnostic psychologique en consultation douleur. *Annales médicopsychologiques*, 177 (4), 352-357. <https://doi.org/10.1016/j.amp.2018.01.011>
- Barfety-Servignat, V, Conradi, S., Masselin-Dubois, A., *Le psychologue en clinique de la douleur*, 2020, In Press, 205 pages.
- Bassan, F., Conradi, S., & Brennstuhl, M.-J. (2018). Chapitre 1. Les paradigmes de la douleur. Dans Brennstuhl (dir) *Prendre en charge la douleur chronique* (p. 14-39), Dunod. <https://www.cairn.info/prendre-en-charge-la-douleur-chronique--9782100778775-p-14.htm>
- Bauerheim, N., Masseret, É., Mercier, E., Dequin, P.-F., & El-Hage, W. (2013). État de stress post-traumatique après un séjour en réanimation : Influence des modalités de sédation. *La Presse Médicale*, 42(3), 287-294. <https://doi.org/10.1016/j.lpm.2012.06.010>
- Beck, J. G., & Clapp, J. D. (2011). A different kind of comorbidity : Understanding posttraumatic stress disorder and chronic pain. *Psychological Trauma: Theory, Research, Practice, and Policy*, 3(2), 101-108. <https://doi.org/10.1037/a0021263>
- Benedetti, E. (2004). Mécanismes de l'effet placebo. *Doul et Analg.* 1, 9-12.
- Benedict TM, Keenan PG, Nitz AJ, Moeller-Bertram T. Post-Traumatic Stress Disorder Symptoms Contribute to Worse Pain and Health Outcomes in Veterans With PTSD Compared to Those Without: A Systematic Review With Meta-Analysis. *Mil Med.* 2020 Sep 18;185(9-10):e1481-e1491. doi: 10.1093/milmed/usaa052. PMID: 32248229
- Berlemont, C., Conradi, S., Piano, V. (2022) *La Boite à outils de la douleur, Evaluation et Traitement*, Dunod, 196 pages. ISBN 978-2-10-083636-9
- Berquin, A. (2010). Le modèle biopsychosocial : Beaucoup plus qu'un supplément d'empathie. *Revue Médicale Suisse*, 6 : 1511-3.

- Berquin, A., & Grisart, J. (2016) Syndrome fibromyalgique : Faut-il voir pour croire ? Dans Berquin & Grisart, *Les défis de la douleur chronique*, (p 429-454) Mardaga.
- Berquin, A., Grisart, J. (2016) *Les défis de la douleur chronique*, Mardaga, 574 pages.
- Bérubé, M., Choinière, M., Laflamme, Y. G., & Gélinas, C. (2016). Acute to chronic pain transition in extremity trauma : A narrative review for future preventive interventions (part 1). *International Journal of Orthopaedic and Trauma Nursing*, 23, 47-59. <https://doi.org/10.1016/j.ijotn.2016.04.002>
- Bicego, A., Rousseaux, F., Faymonville, M.-E., Nyssen, A.-S., & Vanhauzenhuyse, A. (2021). Neurophysiology of hypnosis in chronic pain : A review of recent literature. *American Journal of Clinical Hypnosis*, 64(1), 62-80. <https://doi.org/10.1080/00029157.2020.1869517>
- Bioy, A. (2020) Chapitre 2. De la plainte douloureuse vers le récit de soi. Dans : Bioy & Lignier (dir) *Clinique et Psychopathologie de la douleur*, (p. 19-30).Dunod. <https://doi.org/10.3917/dunod.bioy.2020.01.0019>
- Bioy, A. (2007). Lorsque les médecins de la douleur font de la psychologie.... *Le Journal des psychologues*, 246, 35-39. <https://doi.org/10.3917/jdp.246.0035>
- Bioy, A. & Lignier, B, (ss la direction), *Clinique et Psychopathologie de la douleur*, Dunod, 2020, 213 pages.
- Bioy, A., & Bachelart, M. (2010). L'alliance thérapeutique : Historique, recherches et perspectives cliniques. *Perspectives Psy*, 49(4), 317-326. <https://doi.org/10.1051/ppsy/2010494317>
- Bioy, A., & Defontaine-Catteau, M.-C. (2014). Importance du traumatisme psychique en clinique de la douleur. *Douleur et Analgésie*, 27(2), 67-67. <https://doi.org/10.1007/s11724-014-0390-z>
- Bioy, A., (2017), *Hypnose*, Que sais-je, PUF, 126 pages.
- Bioy, A., Castillo, M. & Koenig, M. (2021). Chapitre 1. La méthode qualitative et ses enjeux. Dans : Bioy, Castillo, Koenig (dir), *Les méthodes qualitatives en psychologie clinique et psychopathologie* (pp. 21-33), Dunod. <https://doi.org/10.3917/dunod.casti.2021.01.0021>
- Bioy, A., Conradi, S., & Barfety-Servignat, V. (2014). Entendre, évaluer et répondre au traumatisme psychique. *Douleur et Analgésie*, 27(2), 75-81. <https://doi.org/10.1007/s11724-014-0387-7>
- Bioy, A., Duplan, B., Henry, F., Masselin-Dubois, A.(2020) Comment pense-t-on la douleur en psychologie ? Chapitre 2 dans Barfety-Servignat. V, Conradi. S., Masselin-Dubois. A., *Le psychologue en clinique de la douleur*, (p 29-46)In Press.
- Biro, D. (2010) Is There Such a Thing as Psychological Pain? And Why It Matters. *Culture, Medicine and Psychiatry*, 34(4), 658-667. <https://doi.org/10.1007/s11013-010-9190-y>
- Bob, P. (2008) Pain, dissociation and subliminal self-representations. *Consciousness and Cognition*, 17(1), 355-369. <https://doi.org/10.1016/j.concog.2007.12.001>
- Boon, Draijer, MattheB (2007) Interview pour troubles dissociatifs et symptômes liées au trauma ITDST. https://www.irpt.ch/data/web/irpt.ch/uploads/pdf/iddts_fr.pdf
- Boudou, M., Séjourné, N., & Chabrol, H. (2007). Douleur de l'accouchement, dissociation et détresse périnatales comme variables prédictives de symptômes de stress post-traumatique en post-partum. *Gynécologie Obstétrique & Fertilité*, 35(11), 1136-1142. <https://doi.org/10.1016/j.gyobfe.2007.09.014>

- Bouhassira, D., & Attal, N. (2019). The multiple challenges of neuropathic pain. *Neuroscience Letters*, 702, 6-10. <https://doi.org/10.1016/j.neulet.2018.11.054Ce>
- Boureau, F., Luu, M., Doubrère, J. F., & Gay, C. (1984) Élaboration d'un questionnaire d'auto-évaluation de la douleur par liste de qualificatifs : comparaison avec le McGill Pain Questionnaire. *Thérapie*, 39, 119-129.
- Bourgault, M. (2013) Prise en charge des patients souffrant de DESNOS (8. TRAUMA COMPLEXE OU DESNOS - dans Marianne Kédia et col., *L'Aide-mémoire de psychotraumatologie*, (p 64 à 71) Dunod.
- Bransfield & Friedman. (2019) Differentiating Psychosomatic, Somatopsychic, Multisystem Illnesses, and Medical Uncertainty. *Healthcare*, 7(4), 114. <https://doi.org/10.3390/healthcare7040114>
- Brasseur L. (1997) *Le traitement de la douleur*, Doin éditeur, p 277.
- Brennstuhl, M.-J., Tarquinio, C., & Montel, S. (2014). Chronic Pain and PTSD : Evolving Views on Their Comorbidity: Chronic Pain and PTSD: Evolving Views on Their Comorbidity. *Perspectives in Psychiatric Care*, 51(4), 295-304. <https://doi.org/10.1111/ppc.12093>
- Brown, D.,(2012) Neuroimagerie de l'état de stress post-traumatique et des troubles dissociatifs - chapitre 7, dans dans Kédia et col., *Dissociation et mémoire traumatique*, (p177-220) Dunod. <https://doi.org/10.3917/dunod.kedia.2019.01>
- Brown, R. J. (2006) Different Types of "Dissociation" Have Different Psychological Mechanisms. *Journal of Trauma & Dissociation*, 7(4), 7-28. https://doi.org/10.1300/J229v07n04_02
- Calvino, B. (2007) Les mécanismes de la douleur : Pain mechanisms. *Psycho-Oncologie*, 1(2), 81-87. <https://doi.org/10.1007/s11839-007-0025-1>
- Carvalho, A. C. F., Poli Neto, O. B., Crippa, J. A. D. S., Hallak, J. E. C., & Osório, F. D. L. (2015) Associations between chronic pelvic pain and psychiatric disorders and symptoms. *Archives of Clinical Psychiatry (São Paulo)*, 42(1), 25-30. <https://doi.org/10.1590/0101-60830000000042>
- Casassus, P. (2021) Effet placebo ? Effet nocebo ? Qu'en sait-on ? *Médecine des Maladies Métaboliques*, 15(2), 194-200. <https://doi.org/10.1016/j.mmm.2021.01.012>
- Casey, C. Y., Greenberg, M. A., Nicassio, P. M., Harpin, E. R., & Hubbard, D. (2008) Transition from acute to chronic pain and disability : A model including cognitive, affective, and trauma factors: *Pain*, 134(1), 69-79. <https://doi.org/10.1016/j.pain.2007.03.032>
- Castro, D. (2016) Introduction, Dans : Castro, *Pratique de l'examen psychologique en clinique adulte: Approches intégratives* (pp. 1-9) ; Dunod.
- Castro, D. (2020) Chapitre 3. La recherche à base de méthodologie mixte : une nécessité scientifique et professionnelle. Dans : Angélick Schweizer éd., *Les méthodes mixtes en psychologie: Analyses qualitatives et quantitatives : de la théorie à la pratique* (pp. 63-84) Dunod. <https://doi.org/10.3917/dunod.schwe.2020.01.0063>
- Chanquoy, L. (2005) *Statistiques appliquées à la psychologie et aux sciences humaines et sociales*, Hachette, 318 pages.
- Chapman, C. R., & Vierck, C. J. (2017) The Transition of Acute Postoperative Pain to Chronic Pain : An Integrative Overview of Research on Mechanisms. *The Journal of Pain*, 18(4), 359.e1-359.e38. <https://doi.org/10.1016/j.jpain.2016.11.004>

- Charré, S. (2021). Un millefeuille pour évaluer la douleur. Une approche comportementale pratique ou comment intégrer l'approche biopsychosociale au quotidien. *Douleurs : Évaluation - Diagnostic - Traitement*, 22(1), 34-45. <https://doi.org/10.1016/j.douleur.2021.01.007>
- Cloitre, M., Shevlin, M., Brewin, C. R., Bisson, J. I., Roberts, N. P., Maercker, A., Karatzias T., Hyland, P., (2018), The International Trauma Questionnaire: development of a self-report measure of ICD-11 PTSD and complex PTSD, *Acta Psychiatr Scand*: 138: 536–546 DOI: 10.1111/acps.12956
- Cohen, M., Quintner, J., & van Rysewyk, S. (2018). Reconsidering the International Association for the Study of Pain definition of pain. *PAIN Reports*, 3(2), e634. <https://doi.org/10.1097/PR9.0000000000000634>
- Colin A. Ross, MS., FRCPC Sharon Heber, M.D. G. Ron Norton, Ph.D. Donna Anderson, M.D., FRCPC Geri Anderson, R.P.N. Paul Barchet, M.D. (2006) The Dissociative Disorders Interview Schedule, *American Journal of Psychiatry*, 147(12), pp. 1698-b–1699. <https://doi.org/10.1176/ajp.147.12.1698-b>
- Conradi S ; Reiter F, A. (2020) Chapitre 9 Facteurs de chronicisation, facteurs de prévention. Dans Bioy & Lignier (dir) *Clinique et Psychopathologie de la douleur*, (pp. 97-112), Dunod. <https://doi.org/10.3917/dunod.bioy.2020.01.0097>
- Conradi, S. & Miller, F. (2020). Chapitre 1. Évaluation de la douleur. Dans : Bioy & Lignier (dir), *Clinique et psychopathologie de la douleur* (pp. 3-18). Dunod. <https://doi.org/10.3917/dunod.bioy.2020.01.0003>
- Conradi, S., & Régnier, M. (2019) De la question de l'évaluation psychologique et de la psychométrie en douleur chronique. *Pratiques Psychologiques*, 25 (1), 51-61. <https://doi.org/10.1016/j.prps.2018.02.002>
- Conradi, S., Gkiouzeli, A, Brennstuhl, M.J., Tarquinio C. (2022) Interventions complexes en douleur : une perspective d'avenir ; *Douleur analg.* (ss presse) DOI 10.3166/dea-2022-0229
- Cordova, M.J., Riba, M.B. and Spiegel, D. (2017) Post-traumatic stress disorder and cancer, *The Lancet Psychiatry*, 4(4), pp. 330–338. doi:10.1016/S2215-0366(17)30014-7
- Covington, E. C. (2000) Psychogenic Pain—What It Means, Why It Does Not Exist, and How to Diagnose It. *Pain Medicine*, 1(4), 287-294. <https://doi.org/10.1046/j.1526-4637.2000.00049.x>
- Crombez, G., Beirens, K., Van Damme, S., Eccleston, C., & Fontaine, J. (2009). The unbearable lightness of somatisation : A systematic review of the concept of somatisation in empirical studies of pain, *Pain*, 145(1), 31-35. <https://doi.org/10.1016/j.pain.2009.04.006>
- Dadgostar, A., Bigder, M., Punjani, N., Lozo, S., Chahal, V., & Kavanagh, A. (2017) Does preoperative depression predict post-operative surgical pain : A systematic review. *International Journal of Surgery*, 41, 162-173. <https://doi.org/10.1016/j.ijssu.2017.03.061>
- Dany, L., Apostolidis, T., Blois, S., Roussel, P., & Carayon, S. (2008). Douleur, stratégies d'ajustement et détresse psychologique. Analyse complémentaire sur la validité française du coping strategies questionnaire. *Douleur et Analgésie*, 21(4), 227-234. <https://doi.org/10.1007/s11724-008-0102-7>
- Dany, L., Roussel, P., Carayon, S., Blois, S., & Apostolidis, T. (2009). Adaptation et validation française de l'inventaire de croyances et perceptions associées à la douleur. *Pratiques Psychologiques*, 15(3), 387-404. <https://doi.org/10.1016/j.prps.2007.12.009>
- Darves-Bornoz, J.-M., Degiovanni, A., & Gaillard, P. (1999). Validation of a French Version of the Dissociative Experiences Scale in a Rape-Victim Population. *The Canadian Journal of Psychiatry*, 44(3), 271-275. <https://doi.org/10.1177/070674379904400308>

- Defontaine-Catteau, M.-C. (1990). Corps et organe douloureux dans le dessin de la douleur. *Douleur et Analgésie*, 3, 83-87.
- Defontaine-Catteau, M.-C., & Bera-Louville, A. (2012). Syndrome douloureux régional complexe : De la psychologie à la psychopathologie. *La Lettre de médecine physique et de réadaptation*, 28(2), 105-109. <https://doi.org/10.1007/s11659-012-0293-9>
- Defontaine-Catteau, M.-C., & Bioy, A. (2014). Place du traumatisme psychique en clinique de la douleur. *Douleur et Analgésie*, 27(2), 68-74. <https://doi.org/10.1007/s11724-014-0381-4>
- Defontaine-Catteau, M.-C. (2003) Douleur : aspects liés au traumatisme, dans Allaz (A.-F.), Aspects psychologiques de la douleur chronique, Institut UPSA de la douleur.
- Defrin, R., Schreiber, S., & Ginzburg, K. (2015) Paradoxical Pain Perception in Posttraumatic Stress Disorder : The Unique Role of Anxiety and Dissociation. *The Journal of Pain*, 16(10), 961-970. <https://doi.org/10.1016/j.jpain.2015.06.010>
- Delli Noci C., Berna C. (2015) Traumatisme et douleur chronique : échos et amplifications des souffrances physiques et psychiques ; *Rev Med Suisse* ; 11 : 1395-9
- Dellucci, H. (2021) Chapitre 7. La stabilisation : la pierre angulaire d'un traitement efficace en psychotraumatologie. Dans : Joanna Smith éd., *Psychothérapie de la dissociation et du trauma* (pp. 75-99): Dunod. <https://doi.org/10.3917/dunod.smith.2021.01.0075>
- Denis, A., & Callahan, S. (2009) État de stress post-traumatique et accouchement classique : Revue de littérature. *Journal de Thérapie Comportementale et Cognitive*, 19(4), 116-119. <https://doi.org/10.1016/j.jtcc.2009.10.002>
- DGOS, INSTRUCTION N° DGOS/PF2/2016/160 du 23 mai 2016 relative à l'appel à candidatures destiné au renouvellement du dispositif des structures labellisées pour la prise en charge de douleur chronique en 2017, et au relevé de leur activité 2016. NOR : AFSH1613721J
- Doth, A. H., Hansson, P. T., Jensen, M. P., & Taylor, R. S. (2010). The burden of neuropathic pain : A systematic review and meta-analysis of health utilities. *Pain*, 149(2), 338-344. <https://doi.org/10.1016/j.pain.2010.02.034>
- Duckworth, M. P., Iezzi, T., Archibald, Y., Haertlein, P., & Klinck, A. (2000) Dissociation and Posttraumatic Stress Symptoms in Patients With Chronic Pain. *International Journal of Rehabilitation and Health*, 11.125-139.
- Dugas, Freeston, Provencher, Lachance, Ladouceur, Gosselin (2001) Le questionnaire sur l'inquiétude et l'anxiété. Validation dans des échantillons cliniques et non cliniques ; *Journal de Thérapie comportementale et cognitive (JTCC)*, 11, 1, 31-36.
- Dumet N & Broyer G (ss la dir) (2002) Cliniques du corps ; PUL, 256 pages.
- Dupuy, M. Da Silva, B. Salmon, S. Grunenwald, P. Caron (2016) Stress post-traumatique et chirurgie hypophysaire : résultats préliminaires d'une étude pilote, *Annales d'Endocrinologie*, 77 (4), 300. <https://doi.org/10.1016/j.ando.2016.07.162>
- Egloff, N., Cámara, R. J. A., von Känel, R., Klingler, N., Marti, E., & Ferrari, M.-L. G. (2014) Hypersensitivity and hyperalgesia in somatoform pain disorders. *General Hospital Psychiatry*, 36(3), 284-290. <https://doi.org/10.1016/j.genhosppsy.2014.01.011>

- Ehlert, U., Heim, C., & Hellhammer, D. H. (1999) Chronic Pelvic Pain as a Somatoform Disorder. *Psychotherapy and Psychosomatics*, 68(2), 87-94. <https://doi.org/10.1159/000012318>
- El-Hage, W., Darves-Bornoz, J.-M., Allilaire, J.-F., & Gaillard, P. (2002) Posttraumatic Somatoform Dissociation in French Psychiatric Outpatients. *Journal of Trauma & Dissociation*, 3(3), 59-74. https://doi.org/10.1300/J229v03n03_04
- El-Hage, W., Lamy, C., Goupille, P., Gaillard, P., & Camus, V. (2006) Fibromyalgie : Une maladie du traumatisme psychique ? *La Presse Médicale*, 35(11), 1683-1689. [https://doi.org/10.1016/S0755-4982\(06\)74881-3](https://doi.org/10.1016/S0755-4982(06)74881-3)
- Elklit, A., & Christiansen, D. M. (2009) Predictive factors for somatization in a trauma sample. *Clinical Practice and Epidemiology in Mental Health*, 5(1), 1. <https://doi.org/10.1186/1745-0179-5-1>
- Ertan D, Aybek S, LaFrance WC Jr, Kanemoto K, Tarrada A, Maillard L, El-Hage W, Hingray C. (2022) Functional (psychogenic non-epileptic/dissociative) seizures: why and how? *J Neurol Neurosurg Psychiatry*. 93(2):144-157. doi: 10.1136/jnnp-2021-326708. Epub 2021 Nov 25. PMID: 34824146
- Fattahzadeh-Ardalani, G., Aghazadeh, V., Atalu, A., & Abbasi, V. (2017) Somatoform dissociation, fatigue severity and pain behavior compared in patients with migraine headache and in healthy individuals. *Neurology International*, 9(2). <https://doi.org/10.4081/ni.2017.7015>
- Feizerfan & Sheh (2015) Transition from acute to chronic pain. *Continuing Education, Anaesthesia Critical Care & Pain*, 15(2), 98-102. <https://doi.org/10.1093/bjaceaccp/mku044>
- Ferragut Eliane (ss la dir) ; *Psychopathologie de la Douleur*, Masson, 2001, 142 pages.
- Ferreri, F., Agbokou, C., Peretti, C.-S., & Ferreri, M. (2011) Psychotraumatismes majeurs : État de stress aigu et états de stress post-traumatique. *EMC - Psychiatrie*, 8(1), 1-16. [https://doi.org/10.1016/S0246-1072\(11\)48126-8](https://doi.org/10.1016/S0246-1072(11)48126-8)
- Fishbain, D. A., Pulikal, A., Lewis, J. E., & Gao, J. (2017). Chronic Pain Types Differ in Their Reported Prevalence of Post-Traumatic Stress Disorder (PTSD) and There Is Consistent Evidence That Chronic Pain Is Associated with PTSD : An Evidence-Based Structured Systematic Review. *Pain Medicine*, 18 (4), 711-735. <https://doi.org/10.1093/pm/pnw065>
- Fitzcharles, M.-A., Cohen, S. P., Clauw, D. J., Littlejohn, G., Usui, C., & Häuser, W. (2021) Nociplastic pain : Towards an understanding of prevalent pain conditions. *The Lancet*, 397(10289), 2098-2110. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(21\)00392-5](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(21)00392-5)
- Flaten & Absi, (2015). *Neuroscience of Pain, Stress, and Emotion : Psychological and Clinical Implications*. Elsevier Science, 312 pages. ISBN : 978-0-12-800538-5
- Fletcher, D., & Martinez, V. (2014). Opioid-induced hyperalgesia in patients after surgery : A systematic review and a meta-analysis. *British Journal of Anaesthesia*, 112(6), 991-1004. <https://doi.org/10.1093/bja/aeu137>
- Flor, H. (2017). Pain has an element of blank—A biobehavioral approach to chronicity. *Pain*, 158(1), S92-S96. <https://doi.org/10.1097/j.pain.0000000000000850>
- Fossard, O. & Lahya, S. (2018). Le psychotrauma complexe : diagnostic et prise en charge. *Rhizome*, 69-70, 12-12. <https://doi.org/10.3917/rhiz.069.0012>
- French, D. J. , ROACH P.J., MAYES S. (2002) Peur du mouvement chez des accidentés du travail l'Echelle de Kinésiophobie de Tampa (EKT) ; *Revue canadienne des sciences du comportement*, 34:1, 28-33.

- French, D. J., Noël, M., Vigneau, F., French, J. A., Cyr, C. P., & Evans, R. T. (2005) L'Échelle de dramatisation face à la douleur PCS-CF : Adaptation canadienne en langue française de l'échelle «Pain Catastrophizing Scale». *Canadian Journal of Behavioural Science - Revue canadienne des sciences du comportement*, 37(3), 181-192. <https://doi.org/10.1037/h0087255>
- Gagliese, L., & Katz, J. (2000). Medically unexplained pain is not caused by psychopathology. *Pain Research and Management*, 5, 251–257.
- Garcia-Larrea, L. (2012). Les souffrances de la matrice douleur. 12e Congrès annuel de la SFETD, *Douleurs : Evaluation - Diagnostic – Traitement*, 13, A3-A4. <https://doi.org/10.1016/j.douler.2012.08.017>
- Garcia-Larrea, L., & Bastuji, H. (2018). Pain and consciousness. *Progress in Neuro-Psychopharmacology and Biological Psychiatry*, 87, 193-199. <https://doi.org/10.1016/j.pnpbp.2017.10.007>
- Garcia-Larrea, L., & Peyron, R. (2013). Pain matrices and neuropathic pain matrices : A review. *Pain*, 154(Supplement 1), S29-S43. <https://doi.org/10.1016/j.pain.2013.09.001>
- Gatchel, R., Bevers, K., Licciardone, J., Su, J., Du, Y., & Brotto, M. (2018). Transitioning from Acute to Chronic Pain : An Examination of Different Trajectories of Low-Back Pain. *Healthcare*, 6(2), 48. <https://doi.org/10.3390/healthcare6020048>
- Gellatly, R., & Beck, A. T. (2016). Catastrophic Thinking : A Transdiagnostic Process Across Psychiatric Disorders. *Cognitive Therapy and Research*, 40(4), 441-452. <https://doi.org/10.1007/s10608-016-9763-3>
- Goddard, A. (2021). Adverse Childhood Experiences and Trauma-Informed Care. *Journal of Pediatric Health Care*, 35(2), 145-155. <https://doi.org/10.1016/j.pedhc.2020.09.001>
- Goldstein, E., McDonnell, C. ; Atchley, R., Dorado, K., Bedford, C., ; Brown, R. L. ; Zgerska, A. E. (2019) The Impact of Psychological Interventions on Posttraumatic Stress Disorder and Pain Symptoms: A Systematic Review and Meta-Analysis. *The Clinical Journal of Pain*, 35(8), 703-712. doi : 10.1097/AJP.0000000000000730
- Grossman, S., Cooper, Z., Buxton, H., Hendrickson, S., Lewis-O'Connor, A., Stevens, J., Wong, L.-Y., & Bonne, S. (2021) Trauma-informed care : Recognizing and resisting re-traumatization in health care. *Trauma Surgery & Acute Care Open*, 6(1), e000815. <https://doi.org/10.1136/tsaco-2021-000815>
- Guillemont, C. (2003). Intérêt de l'examen psychologique de l'adulte dans le diagnostic de la douleur. *Le Carnet PSY*, 82(5), 20-23. <https://doi.org/10.3917/lcp.082.0001>
- Hadjistavropoulos, T. & Craig, K. D. (2004) An Introduction to Pain: Psychological Perspectives ; Dans Hadjistavropoulos, T. & Craig, K. D. *Pain : Psychological perspectives* (p 1-12) Lawrence Erlbaum.
- Hellström, C. (2001) Temporal dimensions of the self-concept : Entrapped and possible selves in chronic pain. *Psychology & Health*, 16(1), 111-124. <https://doi.org/10.1080/08870440108405493>
- Hirsch, F. & Conradi, S. (2020) Psychotraumatisme et douleur, Dans Bioy & Lignier (dir), *Clinique et psychopathologie de la douleur* (p 127-134) Dunod. <https://doi.org/10.3917/dunod.bioy.2020.01.0127>
- Holmes, E., Brown, R., Mansell, W., Fearon, R., Hunter, E., Frasquilho, F., & Oakley, D. (2005) Are there two qualitatively distinct forms of dissociation? A review and some clinical implications. *Clinical Psychology Review*, 25(1), 1-23. <https://doi.org/10.1016/j.cpr.2004.08.006>
- INSERM (2020) Fibromyalgie. Collection Expertise collective. Montrouge : EDP Sciences, 908 pages.

Irachabal, S., Koleck, M., Rasclé, N., & Bruchon-Schweitzer, M. (2008). Stratégies de coping des patients douloureux : Adaptation française du coping strategies questionnaire (CSQ-F). *L'Encéphale*, 34(1), 47-53. <https://doi.org/10.1016/j.encep.2006.11.002>

Katz, J., & Seltzer, Z. (2009) Transition from acute to chronic postsurgical pain : Risk factors and protective factors. *Expert Review of Neurotherapeutics*, 9(5), 723-744. <https://doi.org/10.1586/ern.09.20>

Katz, J., Fashler, S., Wicks, C., Pagé, M. G., Roosen, K., Kleiman, V., & Clarke, H. (2017) Sensitivity to Pain Traumatization Scale : Development, validation, and preliminary findings. *Journal of Pain Research*, Volume 10, 1297-1316. <https://doi.org/10.2147/JPR.S134133>

Keane TM, Barlow DH (2002) Posttraumatic stress disorder. Dans Barlow DH, editor. *Anxiety and its disorders*. New York: Guilford;. p. 418–53

Kédia, M. (2009) La dissociation : Un concept central dans la compréhension du traumatisme. *L'Évolution Psychiatrique*, 74(4), 487-496. <https://doi.org/10.1016/j.evopsy.2009.09.013>

Kédia, M., Vanderlinden, J., Lopez, G., Saillot, I., & Brown, D. (2012). Dissociation et mémoire traumatique. Dunod, 254 pages. <https://doi.org/10.3917/dunod.kedia.2019.01>

Keefe FJ, Brown GK, Wallston KA, Caldwell DS. (1989) Coping with rheumatoid arthritis pain: catastrophizing as a maladaptive strategy. *Pain.*;37(1):51-56. doi: 10.1016/0304-3959(89)90152-8. PMID: 2726278.

Keefe, F. J., Lefebvre, J. C., Egert, J. R., Affleck, G., Sullivan, M. J., & Caldwell, D. S. (2000) The relationship of gender to pain, pain behavior, and disability in osteoarthritis patients : The role of catastrophizing: *Pain*, 87(3), 325-334. [https://doi.org/10.1016/S0304-3959\(00\)00296-7](https://doi.org/10.1016/S0304-3959(00)00296-7)

Khitab, A., Reid, J., Bennett, V., Adams, G. C., & Balbuena, L. (2013) Late Onset and Persistence of Post-Traumatic Stress Disorder Symptoms in Survivors of Critical Care. *Canadian Respiratory Journal*, 20(6), 429-433. <https://doi.org/10.1155/2013/861517>

Kleiman, V., Clarke, H., & Katz, J. (2011). Sensitivity to Pain Traumatization : A Higher-Order Factor Underlying Pain-Related Anxiety, Pain Catastrophizing and Anxiety Sensitivity among Patients Scheduled for Major Surgery. *Pain Research and Management*, 16(3), 169-177. <https://doi.org/10.1155/2011/932590>

Kuner, R., & Flor, H. (2017). Structural plasticity and reorganisation in chronic pain. *Nature Reviews Neuroscience*, 18(1), 20-30. <https://doi.org/10.1038/nrn.2016.162>

Kuner, R., & Flor, H. (2018). Neural Circuits of Chronic Pain. *Neuroscience*, 387, 1-3. <https://doi.org/10.1016/j.neuroscience.2018.07.001>

Ladds, E., Redgrave, N., Hotton, M., & Lamyman, M. (2017) Systematic review : Predicting adverse psychological outcomes after hand trauma. *Journal of Hand Therapy*, 30(4), 407-419. <https://doi.org/10.1016/j.jht.2016.11.006>

Langford, D. J., Theodore, B. R., Balsiger, D., Tran, C., Doorenbos, A. Z., Tauben, D. J., & Sullivan, M. D. (2018) Number and Type of Post-Traumatic Stress Disorder Symptom Domains Are Associated With Patient-Reported Outcomes in Patients With Chronic Pain. *The Journal of Pain*, 19(5), 506-514. <https://doi.org/10.1016/j.jpain.2017.12.262>

- Langlois, P., Perrochon, A., David, R., Rainville, P., Wood, C., Vanhauzenhuyse, A., Pageaux, B., Ounajim, A., Lavallière, M., Debarnot, U., Luque-Moreno, C., Roulaud, M., Simoneau, M., Goudman, L., Moens, M., Rigoard, P., & Billot, M. (2022) Hypnosis to manage musculoskeletal and neuropathic chronic pain : A systematic review and meta-analysis. *Neuroscience & Biobehavioral Reviews*, 135, 104591
- Lantéri-Minet, M., Duru, G., Mudge, M., & Cottrell, S. (2011) Quality of life impairment, disability and economic burden associated with chronic daily headache, focusing on chronic migraine with or without medication overuse : A systematic review. *Cephalgia: An International Journal of Headache*, 31(7), 837-850. <https://doi.org/10.1177/0333102411398400>
- Laroche, F. (2019). La fibromyalgie en France : Vécu quotidien, fardeau professionnel et prise en charge. Enquête nationale auprès de 4516 patients. *Revue du rhumatisme*, 80 (1), 90-95. <https://doi.org/10.1016/j.rhum.2018.01.002>
- Larøi, F., J. Billieux, A.-C. Defeldre, G. Ceschi, & M. Van der Linden (2013) Factorial structure and psychometric properties of the French adaptation of the Dissociative Experiences Scale (DES) in non-clinical participants. *European Review of Applied Psychology*. 63 (4), 203-208. <https://doi.org/10.1016/j.erap.2013.04.004>
- Leeuw M, Goossens ME, Linton SJ, Crombez G, Boersma K, Vlaeyen JW (2007) The fear-avoidance model of musculoskeletal pain: current state of scientific evidence. *J Behav*;30(1):77-94. doi: 10.1007/s10865-006-9085-0. Epub. PMID: 17180640.
- Legrain, V., Iannetti, G. D., Plaghki, L., & Mouraux, A. (2011). The pain matrix reloaded. *Progress in Neurobiology*, 93(1), 111-124.
- Lemogne C, (2015) Présent et avenir des troubles somatoformes, *European Psychiatry*, 30 (S2: HS1), S40 - S41. <https://doi.org/10.1016/j.eurpsy.2015.09.115>
- Lemogne, C. (2018). Chapitre 27. Le patient dont les symptômes physiques sont attribués à une cause psychologique. Dans : Cédric Lemogne éd., *Psychiatrie de liaison* (pp. 252-266), Lavoisier.
- Lesley, J., & Varvin, S. (2016). 'Janet vs Freud' on Traumatization : A Critique of the Theory of Structural Dissociation from an Object Relations Perspective, *British Journal of Psychotherapy*, 32(4), 436-455. <https://doi.org/10.1111/bjp.12249>
- Lionet, B., & Marecaux, A. (2019). Qu'en est-il de la conversion en clinique de la douleur ? *Douleurs : Évaluation - Diagnostic - Traitement*, 20(6), 272-278. <https://doi.org/10.1016/j.douler.2019.10.001>
- Lionet, B., (2018), Douleur et mobilité psychique : aspects psychologiques de la remise en mouvement chez les personnes atteintes de douleur chronique, Université de Paris 8 Vincennes – St Denis
- Ludwig L, Pasman JA, Nicholson T, Aybek S, David AS, Tuck S, Kanaan RA, Roelofs K, Carson A, Stone J. (2018) Stressful life events and maltreatment in conversion (functional neurological) disorder: systematic review and meta-analysis of casecontrol studies. *Lancet Psychiatry*, 5 (4), p 307-320. [https://doi.org/10.1016/S2215-0366\(18\)30051-8](https://doi.org/10.1016/S2215-0366(18)30051-8)
- Marchand S. (2009) Le phénomène de la douleur, Comprendre pour soigner, Masson, 378 pages.
- Martin, M.Y., Bradley, L. A, Alexandre, R.W., Alarcón, G.S., Triana-Alexander, M., Aaron, L. A., Alberts, K. R. (1996) Coping strategies predict disability in patients with primary fibromyalgia. *Pain*, 68 (1) - 45-53 doi : 10.1016/S0304-3959(96)03179-X

- Masquelier, É., & D'Haeyere, J. (2021) Activité physique dans la prise en charge de la fibromyalgie. *Revue du Rhumatisme Monographies*, 88(3), 219-224. <https://doi.org/10.1016/j.monrhu.2021.01.008>
- McCracken, L. M., & Dhingra, L. (2002) A Short Version of the Pain Anxiety Symptoms Scale (PASS-20) : Preliminary Development and Validity. *Pain Research and Management*, 7(1), 45-50. <https://doi.org/10.1155/2002/517163>
- McCracken, L. M., Zayfert, C., & Gross, R. T. (1992) The pain anxiety symptoms scale : Development and validation of a scale to measure fear of pain: *Pain*, 50(1), 67-73. [https://doi.org/10.1016/0304-3959\(92\)90113-P](https://doi.org/10.1016/0304-3959(92)90113-P)
- Meli L, Birk J, Edmondson D, Bonanno GA. (2020) Trajectories of posttraumatic stress in patients with confirmed and rule-out acute coronary syndrome, *General Hospital Psychiatry*, 62, 37–42. doi:10.1016/j.genhosppsy.2019.11.006.
- Melzack, R. & Katz, J.(2004) The Gate Control Theory: Reaching for the Brain Dans Hadjistavropoulos, T., & Craig, K. D. *Pain : Psychological perspectives*. (p13-34) Lawrence Erlbaum
- Melzack, R. (2005). Evolution of the Neuromatrix Theory of Pain. Presented at the Third World Congress of World Institute of Pain, Barcelona 2004. *Pain Practice*, 5(2), 85-94. <https://doi.org/10.1111/j.1533-2500.2005.05203.x>
- Melzack, R., & Katz, J. (2013). Pain. *Wiley Interdisciplinary Reviews: Cognitive Science*, 4(1), 1-15. <https://doi.org/10.1002/wcs.1201>
- Merskey, H. (2009). Somatization : Or another God that failed: *Pain*, 145(1), 4-5. <https://doi.org/10.1016/j.pain.2009.04.031>
- Merskey, H., Albe Fessard, D.G. and Bonica, J.J. (1979) Pain Terms: A List with Definitions and Notes on Usage. *Pain*, 6, 249-252.
- Meulders, A. (2020) Fear in the context of pain : Lessons learned from 100 years of fear conditioning research. *Behaviour Research and Therapy*, 131, 103635. <https://doi.org/10.1016/j.brat.2020.103635>
- Micoulaud-Franchi J.A., Lemogne. C., Quilès C. (2019) Définition des troubles somatoformes : entre symptômes physiques et symptômes mentaux Des évolutions majeures dans leur approche ; 69 *Revue du praticien*, 197-204.
- Mihaescu G, Vanderlinden J, Séchaud M, Heize X, Baettig D. (1998) Le questionnaire de dissociation DIS-Q : résultats préliminaires dans une population Suisse francophone. *Encéphale*;24:337–46.
- Minjard, R., & Barfety-Servignat, V. (2019) Méthode d'évaluation psychologique et psychopathologique du patient douloureux chronique. *Douleur et Analgésie*, 32(3), 177-182. <https://doi.org/10.3166/dea-2019-0076>
- Moeller-Bertram, T., Keltner, J., & Strigo, I. A. (2012) Pain and post traumatic stress disorder – Review of clinical and experimental evidence. *Neuropharmacology*, 62(2), 586-597. <https://doi.org/10.1016/j.neuropharm.2011.04.028>
- Moeller-Bertram, T., Strigo, I. A., Simmons, A. N., Schilling, J. M., Patel, P., & Baker, D. G. (2014) Evidence for Acute Central Sensitization to Prolonged Experimental Pain in Posttraumatic Stress Disorder. *Pain Medicine*, 15(5), 762-771. <https://doi.org/10.1111/pme.12424>

- Møller, L., Bach, B., Augsburger, M., Elklit, A., Søggaard, U., & Simonsen, E. (2021). Structure of ICD-11 complex PTSD and relationship with psychoform and somatoform dissociation. *European Journal of Trauma & Dissociation*, 5(3), 100233. <https://doi.org/10.1016/j.ejtd.2021.100233>
- Morel Fatio. M. & Leroy, B., *Réadaptation du handicap douloureux chronique*, Elsevier Masson, 2019, 402 pages.
- Myhren H, Tøien K, Ekeberg O, Karlsson S, Sandvik L, Stokland O. (2009)Patients' memory and psychological distress after ICU stay compared with expectations of the relatives. *Intensive Care Med*. Dec;35(12):2078-86. doi: 10.1007/s00134-009-1614-1. Epub 2009 Sep 15. PMID: 19756511.
- Neblett, R. (2017). Pain catastrophizing : An historical perspective. *Journal of Applied Biobehavioral Research*, 22(1), e12086. <https://doi.org/10.1111/jabr.12086>
- Nijenhuis, E. R. S., Spinhoven, P., Van Dyck, R., Der Hart, O. V., & Vanderlinden, J. (1996). The Development and Psychometric Characteristics of the Somatoform Dissociation Questionnaire (SDQ-20): *The Journal of Nervous and Mental Disease*, 184(11), 688-694. <https://doi.org/10.1097/00005053-199611000-00006>
- Nijenhuis, E. R. S., Spinhoven, P., van Dyck, R., van der Hart, O., & Vanderlinden, J. (1998) Psychometric Characteristics of the Somatoform Dissociation Questionnaire : A Replication Study1. *Psychotherapy and Psychosomatics*, 67(1), 17-23. <https://doi.org/10.1159/000012254>
- Nijenhuis ERS, Van Dyck R, Spinhoven P, Van der Hart O, Chatrou M, Vanderlinden J., Moene, F. (1999) Somatofom dissociation discriminates among diagnostic categories over and above general psychopathology. *Australian and New Zealand Journal of Psychiatry* ; 33:511-520.
- Nijenhuis, E. R. S. (2000) Somatoform Dissociation : Major Symptoms of Dissociative Disorders. *Journal of Trauma & Dissociation*, 1(4), 7-32. https://doi.org/10.1300/J229v01n04_02
- Nijenhuis, E. R. S., van Dyck, R., Ter Kuile, M. M., Mourits, M. J. E., Spinhoven, Ph., & van der Hart, O. (2003). Evidence for associations among somatoform dissociation, psychological dissociation and reported trauma in patients with chronic pelvic pain. *Journal of Psychosomatic Obstetrics & Gynecology*, 24(2), 87-98. <https://doi.org/10.3109/01674820309042806>
- Nijenhuis E.R.S., (2004), Dissociative Disorders and Somatoforme Disociation : effects of endocrination. A corespondance in *The British Journal of Psychiatry*, p82-85, dans Nijenhuis E.R.S. *Somatoforme Dissociation*, A Norton Professional Book.
- Nijenhuis, E. R. S., & van der Hart, O. (2011). Dissociation in Trauma : A New Definition and Comparison with Previous Formulations. *Journal of Trauma & Dissociation*, 12(4), 416-445. <https://doi.org/10.1080/15299732.2011.570592>
- Norton PJ, Asmundson GJG. (2003) Amending the fear-avoidance model of chronic pain: What is the role of physiological arousal? *The Behavior Therapist*, 34. p. 17–30.
- Otis, J. D., Keane, T. M., & Kerns, R. D. (2003). An examination of the relationship between chronic pain and post-traumatic stress disorder. *The Journal of Rehabilitation Research and Development*, 40(5), 397. <https://doi.org/10.1682/JRRD.2003.09.0397>

Ozen, B., Özdemir, Y. O., & Bestepe, E. E. (2018). Childhood trauma and dissociation among women with genito-pelvic pain/penetration disorder. *Neuropsychiatric Disease and Treatment*, 14, 641-646. <https://doi.org/10.2147/NDT.S151920>

Pagé MG, Dassieu L, Develay É, Roy M, Vachon-Preseau É, Lupien S, Rainville P. (2021) Stress and Pain Before, During and After the First Wave of the COVID-19 Pandemic: An Exploratory Longitudinal Mixed Methods Study. *Front Pain Res.* 24;2:725893. doi: 10.3389/fpain.2021.725893.

Pagé MG, Ladha KS. (2022) Moving Beyond a Single Score: The Upward Trajectory of Perioperative Pain Assessment. *Anesth Analg.* 1;134(2):276-278. doi: 10.1213/ANE.0000000000005759. PMID: 35030123.

Pagé, M. G., Romero Escobar, E. M., Ware, M. A., & Choinière, M. (2017). Predicting treatment outcomes of pain patients attending tertiary multidisciplinary pain treatment centers : A pain trajectory approach. *Canadian Journal of Pain*, 1(1), 61-74. <https://doi.org/10.1080/24740527.2017.1325715>

Panisch, L. S. (2020). Conceptualizations of dissociation and somatization in literature on chronic pelvic pain in women : A scoping review. *European Journal of Trauma & Dissociation*, 4(1), 100093. <https://doi.org/10.1016/j.ejtd.2019.01.001>

Pelcovitz D, van der Kolk B, Roth S, Mandel F, Kaplan S, Resick P. (1997) Development of a criteria set and a structured interview for disorders of extreme stress (SIDES). *J Trauma Stress*; 10(1):3-16. doi: 10.1023/a:1024800212070. PMID: 9018674.

Piedfort-Marin, O. (2016) Traitement du Syndrome de stress post-traumatique complexe basé sur la théorie des états du Moi : Une étude de cas. *Psychothérapies*, 36(3), 179-186. <https://doi.org/10.3917/psys.163.0179>

Piedfort-Marin, O., Tarquinio, C., Steinberg, M., Azarmsa, S., Cuttelod, T., Piot, M.-E., Wisler, D., Zimmermann, E., & Nater, J. (2022). Reliability and validity study of the French-language version of the SCID-D semi-structured clinical interview for diagnosing DSM-5 and ICD-11 dissociative disorders. *Annales Médico-Psychologiques, Revue Psychiatrique*, 180(6), S1-S9. <https://doi.org/10.1016/j.amp.2020.12.012>

Pohl, M. (2014). Sensibilisation nociceptive centrale : Systèmes de signalisation cellulaire et moléculaire. *Douleurs : Evaluation - Diagnostic - Traitement*, 15(2), 44-51. <https://doi.org/10.1016/j.douler.2014.02.001>

Rainville et D. D. Price (2004) The neurophenomenology of hypnosis and hypnotic analgesia, dans D. D. Price et M. C. Bushnell (dir.), *Psychological Methods of Pain Control: Basic Science and Clinical Perspectives*, Seattle, IASP Press. Cité dans <https://books-openedition-org.bases-doc.univ-lorraine.fr/pum/14567>

Rainville, P. (2008) Douleur, conscience et émotions. In Beaulieu, P. (Ed.), *Repenser la douleur*. Presses de l'Université de Montréal. doi :10.4000/books.pum.14567 ou <https://books-openedition-org.bases-doc.univ-lorraine.fr/pum/14567#ftn19>

Raja, S. N., Carr, D. B., Cohen, M., Finnerup, N. B., Flor, H., Gibson, S., Keefe, F. J., Mogil, J. S., Ringkamp, M., Sluka, K. A., Song, X.-J., Stevens, B., Sullivan, M. D., Tutelman, P. R., Ushida, T., & Vader, K. (2020) The revised International Association for the Study of Pain definition of pain : Concepts, challenges, and compromises. *Pain*, 161(9), 1976-1982. <https://doi.org/10.1097/j.pain.0000000000001939>

Reedijk, W. B., van Rijn, M. A., Roelofs, K., Tuijl, J. P., Marinus, J., & van Hilten, J. J. (2008) Psychological features of patients with complex regional pain syndrome type I related dystonia. *Movement Disorders*, 23(11), 1551-1559. <https://doi.org/10.1002/mds.22159>

Rexand-Galais, F., Maillard, B. & Héry, C. (2017) La dimension transgénérationnelle dans la clinique de la douleur et de la maladie somatique grave. *Psychothérapies*, 37, 113-124. <https://doi.org/10.3917/psys.172.0113>

Romeo, A., Tesio, V., Ghiggia, A., Di Tella, M., Geminiani, G. C., Farina, B., & Castelli, L. (2022). Traumatic experiences and somatoform dissociation in women with fibromyalgia. *Psychological Trauma: Theory, Research, Practice, and Policy*, 14(1), 116-123. <https://doi.org/10.1037/tra0000907>

Roussel, P., Carayon, S., Apostolidis, T., Dany, L., & Blois, S. (2010). Étalonnage de l'inventaire de croyances et perceptions associées à la douleur (ICPD). *Douleur et Analgésie*, 23(4), 239-245. <https://doi.org/10.1007/s11724-010-0187-7>

Saravane, D (2019) Chapitre Douleur et Santé mentale dans Morel Fatio M. & Leroy B. *Réadaptation du handicap de chronique* (p 95-102) Elsevier Masson.

Schippert, A. C. S. P., Grov, E. K., & Bjørnnes, A. K. (2021) Uncovering re-traumatization experiences of torture survivors in somatic health care : A qualitative systematic review. *PLOS ONE*, 16(2), e0246074. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0246074>

Schütze, R., Rees, C., Smith, A., Slater, H., Campbell, J. M., & O'Sullivan, P. (2018) How Can We Best Reduce Pain Catastrophizing in Adults With Chronic Noncancer Pain? A Systematic Review and Meta-Analysis. *The Journal of Pain*, 19(3), 233-256. <https://doi.org/10.1016/j.jpain.2017.09.010>

Séjourné, N., De la Hammaide, M., Moncassin, A., O'Reilly, A., & Chabrol, H. (2018) Étude des relations entre la douleur de l'accouchement et du post-partum, et les symptômes dépressifs et traumatiques. *Gynécologie Obstétrique Fertilité & Sénologie*, 46(9), 658-663. <https://doi.org/10.1016/j.gofs.2018.06.002>

Semiz, M., Kavakci, O., Peksen, H., Tuncay, M. S., Ozer, Z., Aydinkal Semiz, E., & Kaptanoglu, E. (2014) Post-Traumatic Stress Disorder, Alexithymia and Somatoform Dissociation in Patients with Fibromyalgia. *Türkiye Fiziksel Tip ve Rehabilitasyon Dergisi*, 60(3), 245-251. <https://doi.org/10.5152/tftrd.2014.48254>

Sengul, Y., Sengul, H. S., & Tunç, A. (2018) Psychoform and somatoform dissociative experiences in migraine : Relationship with pain perception and migraine related disability. *Idегgyógyászati Szemle*, 71(11-12), 385-392. <https://doi.org/10.18071/isz.71.0385>

Serra, E., Monestès, J.L. (2012) Chapitre 1 Histoire des thérapies cognitives et comportementales de la douleur : les modèles, Dans Laroche F & Roussel D (dir) *Douleur chronique et thérapie comportementale et cognitive* (p17-28)Edition In Press.

SFAR, SFETD, *Le livre blanc de la douleur post-opératoire*, 2021, https://sfetd-douleur.org/wp-content/uploads/2022/sfar_livre_blanc_de_la_douleur_2022_interactive_file.pdf

SFETD, La prise en considération des dimensions psychologiques auprès du patient douloureux chroniques, Cahier n°1, 2013

SFETD, (2017) le livre Blanc de la Douleur SFETD [internet]; 280 pages.

- Sharp, T. J., & Harvey, A. G. (2001). Chronic pain and posttraumatic stress disorder : Mutual maintenance? *Clinical Psychology Review*, 21(6), 857-877. [https://doi.org/10.1016/S0272-7358\(00\)00071-4](https://doi.org/10.1016/S0272-7358(00)00071-4)
- Spinhoven, P., Roelofs, K., Moene, F., Kuyk, J., Nijenhuis, E., Hoogduin, K., & Van Dyck, R. (2004). Trauma and Dissociation in Conversion Disorder and Chronic Pelvic Pain. *The International Journal of Psychiatry in Medicine*, 34(4), 305-318. <https://doi.org/10.2190/YDK2-C66W-CL6L-N5TK>
- Steele, K., Boon, S., van der Hart, O. (2018) *Traiter la dissociation d'origine traumatique, Approche pratique et intégrative* ; DeBoeck, 624 pages.
- Steinberg, Whashington, 1994 ; M Steinberg, P Hall (1997) The SCID-D Diagnostic Interview and Treatment Planning in Dissociative Disorders, *Bull Menninger Clin*, 61 (1), 108-20.
- Streltzer, J. (2019). Iatrogenic Psychopathology in Chronic Pain. *Psychotherapy and Psychosomatics*, 88(5), 312-312. <https://doi.org/10.1159/000502153>
- Sullivan, M. J. L., & Neish, N. (1999). The effects of disclosure on pain during dental hygiene treatment: The moderating role of catastrophizing. *Pain*, 79(2-3), 155-163. [https://doi-org.bases-doc.univ-lorraine.fr/10.1016/S0304-3959\(98\)00163-8](https://doi-org.bases-doc.univ-lorraine.fr/10.1016/S0304-3959(98)00163-8)
- Sullivan, M. J. L., Bishop, S. R., & Pivik, J. (1995). The Pain Catastrophizing Scale : Development and Validation. *Psychological Assessment*, 7(4), 524-532.
- Sullivan, M. J. L., Stanish, W., Waite, H., Sullivan, M., & Tripp, D. A. (1998). Catastrophizing, pain, and disability in patients with soft-tissue injuries: *Pain*, 77(3), 253-260. [https://doi.org/10.1016/S0304-3959\(98\)00097-9](https://doi.org/10.1016/S0304-3959(98)00097-9)
- Sullivan, M. J. L., Thorn, B., Haythornthwaite, J. A., Keefe, F., Martin, M., Bradley, L. A., & Lefebvre, J. C. (2001). Theoretical Perspectives on the Relation Between Catastrophizing and Pain. *The Clinical Journal of Pain*, 17(1), 52-64.
- Sullivan, M., Adams, H., Stanish, W., & Savard, A. (2005). La réduction de facteurs de risque de chronicité et le retour au travail. *Perspectives interdisciplinaires sur le travail et la santé*, 7-2. <https://doi.org/10.4000/pistes.3203>
- Szymkiewicz, A., Conradi, S., Piano, V., Gillet, D., & Mick, G. (2021). Parcours de santé en douleur chronique en France : De l'histoire à l'innovation. *Douleur et Analgésie*, 34(2), 97-103. <https://doi.org/10.3166/dea-2020-0130>
- Tarquinio, C., & Auxéméry, Y. (2022). *Manuel des troubles psychotraumatiques , théories et pratiques cliniques*. Dunod, 721 pages..
- Tarquinio, C., Houllé, W. A., & Tarquinio, P. (2017). Discussion autour du traumatisme complexe : Émergence du concept, étiologie et critères diagnostiques. *Sexologies*, 26(2), 79-86. <https://doi.org/10.1016/j.sexol.2016.03.007>
- Tarquinio, Cyril ; Montel Sébastien. (2014). *Les Psychotraumatismes*. Dunod 220 pages.
- Tolmunen T, Lehto SM, Julkunen J, Hintikka J, Kauhanen J. (2014) Trait anxiety and somatic concerns associate with increased mortality risk: a 23-year follow-up in aging men. *Ann Epidemiol*; 24(6):463-8.
- Trachsel, L. A., Munakomi, S., & Cascella, M. (2022). Pain Theory. In StatPearls [Internet]. *StatPearls Publishing*. <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK545194>

- Treede, R.-D. (2018). The International Association for the Study of Pain definition of pain : As valid in 2018 as in 1979, but in need of regularly updated footnotes. *PAIN Reports*, 3(2), e643. <https://doi.org/10.1097/PR9.0000000000000643>
- Treede, R.-D., Rief, W., Barke, A., Aziz, Q., Bennett, M. I., Benoliel, R., Cohen, M., Evers, S., Finnerup, N. B., First, M. B., Giamberardino, M. A., Kaasa, S., Korwisi, B., Kosek, E., Lavand'homme, P., Nicholas, M., Perrot, S., Scholz, J., Schug, S., ... Wang, S.-J. (2019). Chronic pain as a symptom or a disease : The IASP Classification of Chronic Pain for the International Classification of Diseases (ICD-11). *Pain*, 160(1), 19-27. <https://doi.org/10.1097/j.pain.0000000000001384>
- Van der Hart, O., Nijenhuis, E.R.S., Steele, K., (2010, 2014) *Le soi hanté*, Edition de boeck, 537 pages.
- Van der Hart, O., Steele, K., (1989). Le traitement des mémoires traumatiques : Synthèse, réalisation et intégration. *Journal of Traumatic Stress*, 2(4); 1-15.
- Van der Kolk, Pelcovitz, Herman, Roth, Kaplan, Waldinger, Guastela, Spitzer, (1999) Development of a criteria set and a structured interview for disorders of extreme stress (SIDES), *Journal of trauma*, 10(1) , 3-16. <https://doi.org/10.1002/jts.2490100103>
- Vanderliden, J., (2012) Chapitre 3 : Outils diagnostiques des troubles Dissociatifs : une évaluation multidimensionnelle, dans Kédia et col, *Dissociation et mémoire traumatique*, (p 53-84), Dunod.
- Vlaeyen, J. W. S., & Crombez, G. (2009). La psychologie de la peur et de la douleur. *Revue du Rhumatisme*, 76(6), 511-516. <https://doi.org/10.1016/j.rhum.2009.03.004>
- Vlaeyen, J. W. S., Crombez, G., & Linton, S. J. (2016). The fear-avoidance model of pain: *PAIN*, 157(8), 1588-1589. <https://doi.org/10.1097/j.pain.0000000000000574>
- Vogel, M., Krippel, M., Frenzel, L., Riediger, C., Frommer, J., Lohmann, C., & Illiger, S. (2019). Dissociation and Pain-Catastrophizing : Absorptive Detachment as a Higher-Order Factor in Control of Pain-Related Fearful Anticipations Prior to Total Knee Arthroplasty (TKA). *Journal of Clinical Medicine*, 8(5), 697. <https://doi.org/10.3390/jcm8050697>
- Waddington, A. (2003). État de stress post-traumatique : Le syndrome aux différents visages. *L'Encéphale*, XXIX : 20-27.
- Waisman, A., Pavlova, M., Noel, M., & Katz, J. (2022). Painful reminders : Involvement of the autobiographical memory system in pediatric postsurgical pain and the transition to chronicity. *Canadian Journal of Pain = Revue Canadienne De La Douleur*, 6(2), 121-141. <https://doi.org/10.1080/24740527.2022.2058474>
- Waller, G., Hamilton, K., Elliott, P., Lewendon, J., Stopa, L., Waters, A., Kennedy, F., Lee, G., Pearson, D., Kennerley, H., Hargreaves, I., Bashford, V., & Chalkley, J. (2001). Somatoform Dissociation, Psychological Dissociation, and Specific Forms of Trauma. *Journal of Trauma & Dissociation*, 1(4), 81-98. https://doi.org/10.1300/J229v01n04_05
- Wok, S.S.W., Chan, E.C.C., Chen, P.P. et al. The "self" in pain: the role of psychological inflexibility in chronic pain adjustment. *J Behav Med* 39, 908–915 (2016). <https://doi-org.bases-doc.univ-lorraine.fr/10.1007/s10865-016-9750-x>
- Wong, J. J., Tricco, A. C., Côté, P., Liang, C. Y., Lewis, J. A., Bouck, Z., & Rosella, L. C. (2022). Association Between Depressive Symptoms or Depression and Health Outcomes for Low Back Pain : A Systematic Review and Meta-analysis. *Journal of General Internal Medicine*, 37(5), 1233-1246. <https://doi.org/10.1007/s11606-021-07079-8>

YAO S.-N. , J. COTTRAUX, I. NOTE, C. DE MEY-GUILLARD, E. MOLLARD, V. VENTUREYRA (2003) Évaluation des états de stress post-traumatique : validation d'une échelle, la PCLS, *Encéphale*, 846(3), 193-277. ISSN 0013-7006, <http://dx.doi.org/ENC-6-2003-29-3-0013-7006-101019-ART5>

Yu, L., McCracken, L. M., & Norton, S. (2016). The Self Experiences Questionnaire (SEQ) : Preliminary analyses for a measure of self in people with chronic pain. *Journal of Contextual Behavioral Science*, 5(3), 127-133. <https://doi.org/10.1016/j.jcbs.2016.07.006>

Yu, L., Norton, S., Harrison, A., & McCracken, L. M. (2015). In search of the person in pain : A systematic review of conceptualization, assessment methods, and evidence for self and identity in chronic pain. *Journal of Contextual Behavioral Science*, 4(4), 246-262. <https://doi.org/10.1016/j.jcbs.2015.10.003>

Liste des figures et tableaux

- Page 13: Encadré 1 : modèle cartésien
- Page 14 : Illustration 1 : histoire des connaissances sur la douleur
- Page 16 : Figure 1 : Fig 1.1 La douleur, une perception complexe (Bassan et col, 2018 – p18)
- Page 22 : Figure 2 : Un phénomène complexe dans un système complexe
- Page 32: Figure 3: Figure 2: Conceptual model of sensory, motivational and clinical control determination of pain (Melzack, & Katz,2013)
- Page 26 : Figure 4 : Figure 3.2 Membres de la famille des « syndromes de sensibilisation centrale » (CSS) (Inserm, 2020 - p 173)
- Page 27 : Figure 5 : Figure 3 A. Douleur physiologique et B Douleur Dysfonctionnelle (Inserm, 2020)
- Page 30: Figure 6 : Nociceptive pathways from periphery to brain (Kuner & Flor, 2017)
- Page 31 : Figure 7 : Structural end functional changes in the human brain in chronic pain condition (Kuner & Flor, 2017)
- Page 32 : Figure 8 : Pain Matrix (Melzack, 2004)
- Page 32 : Figure 9 : Pain Matrix – version traduite à partir de Melzack, 2004
- Page 36 : Tableau 1 : Différents mécanismes de douleur
- Page 37-38: Tableau 2 : Douleur chronique CIM-11
- Page 39 : Figure 10 : Douleur Chronique CIM-11
- Page 40 : Figure 11 : Psychopathologie de la Douleur
- Page 46-47 : Tableau 3 : Différentes problématiques douloureuses selon E.Ferragut (2001)
- Page 50 : Tableau 4 : Principaux fardeaux de la douleur chronique (Berlemont et col, 2022)
- Page 51-52 : Tableau 5 : Douleur et Santé mentale (réalisé à partir de Baldo,2020 et Saravane,2019)
- Page 54-61 : Tableau 6 : Terminologie du somatoforme
- Page 62 : Tableau 7 : Evolution des troubles somatoformes entre le DSM-IV et le DSM-V
- Page 65 : Tableau 8 : Appellation traditionnelle, hors nomenclature DSM, des principaux « troubles à symptomatologie non spécifiés » ou « syndrome fonctionnel somatique » par spécialité médicale non psychiatrique (Micoulaud-Franchi et col, 2019)
- Page 66 : Figure 12 : Repères sur les problématiques somatoformes (Berlemont et col, 2022)
- Page 68-70 : Tableau 9 : repères sur la somatisation (Barfety-Servignat et col, 2020b)
- Page 72 : Figure 13 : Figure 9.1 le modèle de chronicisation selon F.Bourreau (Conradi & Reiter, 2020)
- Page 73 : Figure 14 : Figure 1 : Le processus de chronicisation (les Fleurs du mal) – Berquin & Grisart, 2016
- Page 77 : Figure 15 : Figure 1 Le modèle cognitivo-comportementale de la peur liée à la douleur (Vlaeyen & Crombez, 2009)
- Page 78 : Figure 16 : Triade de l'identification à l'interprétation ?
- Page 78 : Figure 17 : figure 1 : determinant of chronic pain (Flor, 2017)
- Page 79 : Figure 18 : Figure 3 : A mechanistic approach chronic pain (Flor, 2017)
- Page 81 : Figure 19 : Figure 5 : Schematic illustration of the process involved in the development of chronic postsurgical pain and pain disability showing relationships (arrows) among preoperative, intraoperative and posoperative factors (Katz & Seltzer, 2009)
- Page 84 : Figure 20 : Figure 1.3 Les troubles psychiques post-traumatiques (Tarquinio & Auxéméry, 2022 - p 17)
- Page 85 - 86 : Tableau 10 : Formes cliniques post-traumatiques (A partir de Tarquinio, Auxéméry 2022 p 17-23)
- Page 88 : Figure 21 : Le Trouble de Stress Post-traumatique selon le DSM-V
- Page 90 : Figure 22 : CIM-11 Le trouble de stress-postraumatique complexe
- Page 91 : Figure 23 : Figure 5.1 Manifestations du trauma complexe (Tarquinio & Auxéméry, 2022)

Page 92 : [Figure 24](#) : Dissociation traumatique

Page 93 : [Figure 25](#) : Dissociation Structurale de la Personnalité à partir de Van der Hart, Nijenhuis & Steele, 2006

Page 98 : [Figure 26](#) : Figure 1 Symptômes psychologiques, états et processus associées à l'étiquette de la dissociation

Page 99 : [Figure 27](#) : Continuum de la dissociation

Page 100 : [Tableau 11](#) : Troubles dissociatifs DSM-V et CIM-11

Page 101-102: [Tableau 12](#) : TDI et TIDP selon la CIM-11

Page 103 : [Figure 28](#) : Structuration de la Dissociation

Page 105 : [Tableau 13](#) : Les différentes manifestations de la dissociation selon Suzette Boon 2021

Page 107 : [Figure 29](#) : [Tableau 13.3](#) Prévalence de TSPT selon le type de douleur (Tarquinio & Auxéméry, 2022)

Page 108: [Figure 30](#) : Figure 1 : chronic pain and posttraumatic Stress Disorder : mutual maintenance (Sharp & Harvey, 2001)

Page 108 : [Figure 31](#) : Modèle de la vulnérabilité partagée

Page 109 : [Figure 32](#) :Modèle de la triple vulnérabilité

Page 110 : [Figure 33](#) : Pistes pour expliquer les liens entre trauma et douleur à partir d'Asmundson et col,2002

Page 113 : [Figure 34](#) : Evolution du modèle Trauma et douleur testé par Casey et col, 2008

Page 119-120: [Tableau 13](#) : Les différentes temporalités du trauma et de la douleur

Page 125 : [Tableau 14](#) : Les différents entretiens diagnostiques des troubles dissociatifs

Page 129 : [Figure 35](#) : Conséquences du bilan psychologique spécifique douleur

Page 130 : [Figure 36](#) : : Composition du bilan psychologique spécifique douleur

Page 131 : [Figure 37](#) : Profil psychométrique

Page 134 : [Figure 38](#) : Design CHRO-PAIN-DISS

Page 134: [Tableau 15](#) : CHRO – PAIN – DISS données

Page 135-136 : [Tableau 16](#) : Description détaillée des données récoltées dans l'étude

Page 137 : [Figure 39](#) : Vision synthétique de l'étude CHRO-PAIN-DISS

Page 138-158 : Présentation des statistiques en tableau et/ou graphe de S1 à S78

Page 143 : [Figure 40](#) : Présentation schématisée de la population SCD

Page 227-228: [Tableau 19](#) : Présentation synthétique de la population CHRO-PAIN-DISS

Page 235 : [Tableau 20](#) : type de réponse à la 3ème colonne du SDQ-20

Pages 236 : [Tableau 21](#) : type de score SDQ-20 et son calcul

Page 236-237 : [Tableau 22](#) : SDQ-20 et score modifié

Pages 240 : [Figure 41](#) : proposition profil dissociation et trauma

Pages 240 : [Figure 42](#) : proposition profil traumatisation

Pages 241 : [Figure 43](#) : Profil traumatisation appliquée aux SCD de CHRO-PAIN-DISS

Annexes

Annexe 1 : Fiche trouble dissociatif

Annexe 2 : Revue de la littérature

Dissociation et Douleur

Annexe 3 : Revue des outils
psychométriques évaluant le trauma

Annexe 4 : Revue des outils
psychométriques évaluant la Dissociation

Annexe 5 : Fiche descriptive des
questionnaires psychométriques

Annexe 6 :Données psychométrie CHRO-
PAIN-DISS

Annexe 7 : Tableau des corrélations

Annexe 8 : Questionnaire douleur envoyé
au domicile

Annexe 1 : Fiche descriptif des troubles dissociatifs

Troubles Dissociatifs DSM 5 2013-APA

Trouble dissociatif de l'identité 300.14

Critères diagnostiques

A. Perturbation de l'identité caractérisée par deux ou plusieurs états de personnalité distincte ce qui peut être décrit dans certaines cultures comme une expérience de possession. La perturbation de l'identité implique une discontinuité marquée du sens de soi et de l'agentivité, accompagnée d'altérations, en rapport avec celle-ci, de l'affect, du comportement, de la conscience, de la mémoire, de la perception, de la cognition et/ou du fonctionnement sensorimoteur. Ces signes et ces symptômes peuvent être observés par les autres ou bien rapportés par le sujet lui-même.

B. Fréquents trous de mémoire dans le rappel d'événements quotidiens, d'informations personnelles importantes et/ou d'événements traumatiques, qui ne peuvent pas être des oublis ordinaires.

C. Les symptômes sont à l'origine d'une détresse cliniquement significative ou d'une altération du fonctionnement social, professionnel ou dans d'autres domaines importants.

D. La perturbation ne fait pas partie d'une pratique culturelle ou religieuse largement admise. (N.B. : Chez l'enfant, les symptômes ne s'expliquent pas par la représentation de camarades de jeu imaginaires ou d'autres jeux d'imagination).

E. Les symptômes ne sont pas imputables aux effets physiologiques d'une substance (par ex : les trous de mémoire ou les comportements chaotiques au cours d'une intoxication par l'alcool) ou à une autre affection médicale (p. ex. des crises comitiales partielles complexes).

Diagnostic différentiel :

- Autres troubles dissociatifs spécifiés
- trouble dépressif caractérisé
- trouble bipolaire
- trouble de stress post-traumatique

Diagnostic différentiel :

- trouble dissociatif de l'identité
- trouble stress de post-traumatique
- troubles neurocognitifs
- troubles liés à une substance
- amnésie post-traumatique dû à un trauma crânien
- convulsion
- stupeur catatonique
- trouble factice et simulation
- modification de la mémoire normale et liée à l'âge

- troubles psychotiques troubles induits par une substance ou un médicament
- trouble de la personnalité trouble de conversion (troubles à symptomatologie neurologique fonctionnelle)
- convulsion
- trouble factice et simulation

Amnésie dissociative 300.12 (F44.0)

Critère diagnostique :

- A. incapacité de se rappeler des informations autobiographiques importante habituellement traumatique ou stressante qui ne peut pas être un oubli banal. NB l'amnésie dissociative consiste en une amnésie localisée ou sélective pour une ou plusieurs événements spécifiques ou bien en une amnésie globale de son identité et de son histoire.
- B. les symptômes sont à l'origine d'une détresse cliniquement significative ou d'une altération du fonctionnement social professionnel ou dans d'autres domaines importants.
- C. la perturbation n'est pas imputable aux effets physiologiques d'une substance (par exemple l'alcool ou d'autres drogues donnant lieu à un abus un médicament) ou une autre affection neurologique ou médical (par exemple des crises comitiales partielle complexe, une amnésie globale transitoire [ictus amnésique], les séquelles d'un traumatisme crânien ou cérébral) ou une autre maladie neurologique.
- D. la perturbation ne s'explique pas mieux par un trouble dissociatif de l'identité, un trouble de stress post-traumatique, un trouble de stress aigu, un trouble à symptomatologie somatique un trouble neuro cognitif majeur ou léger.

Spécifiée si (300.13) : avec fugue dissociative = voyage apparemment intentionnel où errance en état de perplexité associés à une amnésie de son identité ou d'autres informations autobiographique importante

Dépersonnalisation déréalisation 300.6

Critère diagnostique :

- A. expérience prolongée de dépersonnalisation, de déréalisation ou bien les 2 .
 1. Dépersonnalisation : expérience d'irréalité, de détachement ou bien d'être un observateur extérieur de ses propres pensées de ses sentiments, de ses sensations de son corps ou de ses actes (par exemple altérations perceptives,

déformation de la perception du temps, impression d'un soi irréel ou absent, indifférence émotionnelle et/ou engourdissement physique).

2. **Déréalisations** : expérience d'irréalité ou de détachement du monde extérieur (par exemple les personnes ou les objets sont ressenties comme étant irréel perçu comme dans un rêve dans un brouillard, sans vie ou bien visuellement déformée).
- B. pendant les expériences de dépersonnalisation ou de déréalisation, l'appréciation de la réalité demeure intacte.
- C. les symptômes sont à l'origine d'une détresse cliniquement significative ou d'une altération du fonctionnement social professionnel ou dans d'autres domaines importants.
- D. La perturbation n'est pas imputable aux effets physiologiques d'une substance (par exemple une drogue donnant lieu à un abus un médicament) ou à une autre affection médicale (par exemple des crises comitiales).
- E. la perturbation n'est pas mieux expliquée par un autre trouble mental, comme une schizophrénie, un trouble panique, un trouble dépressif caractérisé, un trouble de stress aigu, un trouble stress post-traumatique ou un autre trouble dissociatif.

Diagnostic différentiel :

- crainte excessive d'avoir une maladie
- trouble dépressif caractérisé
- trouble obsessionnelle compulsif
- autres troubles dissociatifs
- troubles anxieux
- troubles psychotiques
- trouble induit par une substance ou un médicament
- trouble mental dû à une autre affection médicale

Autre trouble dissociatif spécifié 300.15 (F44.89)

Cette catégorie s'applique aux tableaux cliniques où prédominent des symptômes caractéristiques d'un trouble dissociatif, entraînant une détresse cliniquement significative ou une altération du fonctionnement social, professionnel ou dans d'autres domaines importants, sans toutefois remplir complètement les critères de l'un des troubles du chapitre des troubles dissociatifs. La catégorie « autre trouble dissociatif spécifié » est utilisée dans des situations où le clinicien choisit de communiquer la raison particulière pour laquelle le tableau clinique ne remplit les critères d'aucun trouble spécifique de ce chapitre. Cela se fait en enregistrant « autre trouble dissociatif spécifié » suivi de la raison particulière (par ex. « transe dissociative »).

Des exemples de tableaux cliniques qui peuvent être qualifiés par la désignation « autre trouble spécifié » sont les suivants :

1. **Syndrome chronique et récurrents de symptômes dissociatifs mixtes** : Cette catégorie inclut des perturbations de l'identité associées à des failles non graves dans le sens du soi et de l'agentivité, ou à des altérations de l'identité ou à des épisodes de possession chez une personne qui ne rapporte pas une amnésie dissociative.
2. **Perturbation de l'identité dues à des environnements de persuasion coercitive prolongée** : Les personnes qui ont été soumises à des environnements coercitive intense (p. ex. lavage de cerveau, rééducation idéologique, rééducation idéologique chez des prisonniers, torture, emprisonnement politique prolongé) peuvent présenter des modifications durables ou des questionnements conscients concernant leur identité.
3. **Réactions dissociatives aiguës à des événements stressants** : Cette catégorie s'adresse à des situations aiguës et transitoires qui durent typiquement moins d'un mois, et parfois seulement quelques heures ou quelques jours. Ces situations sont par une restriction du champ de conscience, de la dépersonnalisation, de la déréalisation, des perturbations des perceptions (p. ex. ralentissement du temps, des micro-amnésies, une stupeur transitoire et/ou des altérations du fonctionnement sensori-moteur (p. ex. analgésie, paralysie).
4. **Transe dissociative** : Cette situation est caractérisée par une restriction aiguë ou une perte complète de la conscience de son environnement immédiat, ce qui se manifeste par un manque profond de réactivité ou une insensibilité aux stimuli environnementaux. Ce manque de réactivité peut être accompagné par des comportements stéréotypés mineurs (p. ex. mouvements des doigts) dont la personne n'est pas consciente ou qu'elle ne peut pas contrôler, ainsi que par des paralysies ou une perte de connaissance transitoire. La transe dissociative ne fait pas partie des pratiques religieuse ou culturelles collectives généralement admises.

Trouble dissociatif non spécifiés 300.15

Cette catégorie s'applique aux tableaux cliniques où prédominent des caractéristiques d'un trouble dissociatif, entraînant une détresse cliniquement significative ou une altération du fonctionnement social, professionnel ou dans d'autres domaines importants, sans toutefois remplir complètement les critères de l'un des troubles du chapitre des troubles dissociatifs. La catégorie « trouble dissociatif spécifié » est utilisée dans des situations où le clinicien choisit de ne pas spécifier la raison particulière pour laquelle les critères d'aucun trouble dissociatif spécifique sont remplis, et inclut des tableaux cliniques où l'information est insuffisante pour un diagnostic plus spécifique (p. ex. aux urgences).

Annexe 2 : Revue de littérature Dissociation et Douleur

	Revue	Année	Titre	Auteurs	Évaluation	Évaluation douleur	Hypothèses	Population	Résultats	RQ
fondamental		1992	Pain and suffering as a function of dissociation level and instructional set.	Giolas, Marina H.; Sanders, Barbara	DES	Tolérance par la durée de la stimulation - parle de douleur sensorielle et la douleur affective mais on ne sait pas comment elle a été évaluée	Gestion de la douleur expérimentale en cas de dissociation	96 étudiantes premier cycle réparties en 2 groupes en fonction de leur niveau de Dissociation (Score seuil de 20) + 3 conditions de gestion de la douleur (imaginaires, distraction, rien) dans une procédure de douleur expérimentale ischémique	Dans les 3 conditions, ceux qui ont un score plus élevé de Dissociation tolèrent mieux la douleur / La principale conclusion de cette étude était que les femmes ayant des scores DES élevés sont capables de tolérer la douleur physique plus longtemps que celles ayant des scores DES inférieurs. Leur plus grande tolérance semble provenir d'une capacité à réduire la souffrance face à la douleur sensorielle	Que des femmes ! Comment évaluer la douleur ?
	The Clinical Journal of Pain	2011	Characteristics of response to experimental pain in sexually abused women.	Granot, Michal; Somer, Eli; Zisman-Ilani, Yaara; Beny, Ahuva; Sadger, Ronit; Mirkin, Ronit; Moont, Ruth; Yovell, Yoram	DES, dépression BDI et anxiété Sheehan		étudier la sensibilité à la douleur expérimentale auprès d'une population de femmes abusées sexuellement sévères	21 femmes abusées sévères / 21 femmes contrôles dans un protocole de douleur expérimentale + stimulation douloureuse sur l'avant bras	Réponse paradoxale à la douleur retrouvée corrélées à la somatisation et perso et pas la DES	
	Journal of Psychiatry & Neuroscience	2011	Effects of trauma-related cues on pain processing in posttraumatic stress disorder: An fMRI investigation.	Mickleborough, Marla J. S.; Daniels, Judith K.; Coupland, Nicholas J.; Kao, Raymond; Williamson, Peter C.; Lanius, Ulrich F.; Hegadoren, Kathy; Schore, Allan	des, BDI, CADSS	EN	étudier la neuroimagerie dans le cadre d'un PTSD en situation de stimulation douloureuse et non douloureuse expérimentale et une évocation traumatique ou non	17 patients PTSD et 26 sujets témoins exposés à des traumatismes mais sans PTSD	chez les patients atteints de stress post-traumatique, le rappel entraînera de manière dépendante de l'état une plus grande activation dans les régions du cerveau impliquées dans l'analgésie induite par le stress. Les analyses corrélationnelles soutiennent l'hyperinhibition corticale de l'amygdale en fonction de la dissociation	
	Psychiatry Research	1999	EEG theta activity and pain insensitivity in self-injurious borderline patients.	Russ, Mark J.; Campbell, Scott S.; Kakuma, Tatsuyuki; Harrison, Katherine; Zanine, Elizabeth	DES, dépression BDI et anxiété Sheehan	mesures EEG, évaluation douleur,	étudier les réactions neurophysiologiques auprès d'une population de trouble de la personnalité limite dans le cadre de l'automutilation	4 groupes (TL avec mutilation, TL sans mutilation, dépression sévère et contrôle), douleur expérimentale pressur à froid	L'activité thêta était significativement corrélée à l'évaluation de la douleur (Pearson partiel $r = -0,43$, $P = 0,0001$) et au score de l'Echelle des expériences dissociatives (Pearson partiel $r = 0,32$, $P = 0,01$)	que des femmes !
			-						-	

	The Sciences and Engineering / Résumé unifié	1998	Dissociation, childhood trauma, locus of control and coping style among fibromyalgia and other chronic pain patients.	Albrecht, William Joseph Jr	Dissociation (outils ?), LOC, et antécédents de trauma	FM + douleur chronique			aucune relation entre les facteurs et la pb douloureuse / pas de répartition homogène de la Dissociation ni à la normalité de distribution	
FM	Turk J Phys Med Reha	2014	Post-Traumatic Stress Disorder, Alexithymia and Somatoform Dissociation in Patients with Fibromyalgia	Murat SEMİZ, Önder KAVAKCI, Halil PEKŞEN, Mehmet Sıddık TUNÇAY, Zafer ÖZER, Esra Aydıncal SEMİZ, Ece KAPTANOĞLU	questionnaire de dissociation somatoforme (SDQ), l'échelle de diagnostic post-traumatique (PDS), l'échelle de Toronto Alexithymia (TAS) et le questionnaire sur les traumatismes de l'enfance (CTQ)	FIQ	étudier l'impact du TSPT, l'alexithymie et les symptômes dissociatifs influencent positivement les niveaux de douleur et d'incapacité liée à la FM chez les patients atteints de FM	cinquante-six patients consécutifs atteints de FM admis au service de consultation externe / Quarante-six patients atteints de polyarthrite rhumatoïde (PR) ont été recrutés comme témoins.	Le nombre de patients rapportant au moins un événement traumatique était plus élevé dans le groupe FM (19, 33,9%) que dans le groupe PR (6, 13%) (X2 = 5,9, p = 0,015). Un trouble de stress post-traumatique (SSPT) a été trouvé chez six (10,7%) des 56 sujets atteints de FM. Dans le groupe PR, aucun patient ne répondait aux critères du SSPT. Parmi ceux avec groupe FM et expériences traumatiques, les scores FIQ étaient plus élevés chez les patients avec que sans ESPT (p = 0,02). De plus, une corrélation positive entre les expériences traumatiques et l'utilisation d'analgésiques (r = 0,415, p = 0,002) a également été observée. Les patients FM avaient des scores significativement plus élevés que les patients PR au CTQ, SDQ et TAS.	on ne connaît pas les niveaux de douleur entre les deux pathologies ni l'invalidité dans la population témoins
	Journal of Psychiatry and Neurological Sciences	2017	The relationship of childhood trauma, dissociative experiences and depression with pain in female patients with fibromyalgia: A cross-sectional study.	Karas, Hakan; Yildirim, Ejder Akgun; Kucukgoncu, Suat; Yakut, Umut	Beck Depression Inventory (BDI), Childhood Trauma Questionnaire (CTQ), Dissociative Experiences Scale (DES), Somatoform Dissociation Questionnaire (SDQ) (VAS)	EVA douleur	lien entre dissociation et fibromyalgie	40 patients fibromyalgique VS groupe témoin (38) en bonne santé	La violence émotionnelle, la négligence physique, la violence physique, les scores CTQ total, SDQ et DES se sont révélés significativement plus élevés dans le groupe fibromyalgie que dans le groupe témoin. Seule la différence pour les scores SDQ est restée significative lors d'une comparaison entre les groupes en contrôlant les niveaux de dépression. Les scores de dissociation du somatoforme se sont révélés être un prédicteur significatif de l'intensité de la douleur chez les patients atteints de fibromyalgie.	
			-							
Douleur chronique	International Journal of Rehabilitation & Health	2000	Dissociation and posttraumatic stress symptoms in patients with chronic pain.	Duckworth, Melanie P.; Iezzi, Tony; Archibald, Yvonne; Haertlein, Patricia; Klinck, Ann	DES +MMPI2+MMPIpk	mpi	lien Dissociation TSPT et douleur chronique	71 patients de différents services de médecine générale, douleur de plus de 6 mois, non identification de l'étiologie, exclusion si antécédents de psychose, antécédent de dépression majeure, si TC, si altérations cognitives ou intellectuelles, si syndrome neuropathique, douleur chronique non continue	score moyen douloureux 10,37 / comparaison des patients traumatisés et non traumatisés (+ de dissociation dans trauma) / plus de dissociation chez les jeunes /L'absence d'association entre la gravité de la douleur et la dissociation, la gravité de la douleur et la détresse émotionnelle mérite d'être abordée	pas de groupe contrôle (par ex: patient hospitalisé non douloureux)

Pain medecin e	2001	Pain-determined Dissociation Episodes.	Fishbain, David A.; Cutler, R. B.; Rosomoff, H. L.; Rosomoff, R. Steele	DES maintenant et avant le début des douleurs		décrit l'impact de l'augmentation des niveaux de douleur sur la genèse de deux types de troubles de dissociation, la fugue dissociative (DF) et le trouble d'identité dissociative (DID), chez les patients souffrant de douleur chronique	6 patient sur 2544 douloureux chronique pris en charge entre 1992 et 2000. 2 DID et 4 fugue dissociative	pourcentage de fréquence de dissociation pour cette population était de 0,235%. Pour les quatre PCD DF, les épisodes de dissociation ont commencé après le début de la douleur chronique. Les six (100%) PWCP ont décrit ou associé leurs épisodes de dissociation à des moments où leur douleur augmenterait. Les scores moyens à l'échelle de dissociation pour les quatre DF PWCP étaient de 1,4 +/- 1,11 douleur pré-chronique et 20,53 +/- 16,82 au moment de l'identification du trouble dissociatif (avec douleur chronique)	
Journal of Psychoactive Drugs	2016	Sexual abuse and its relation to chronic pain among women from a methadone maintenance clinic versus a sexual abuse treatment center.	Peles, Einat; Seligman, Zivya; Bloch, Miki; Potik, David; Sason, Anat; Schreiber, Shaul; Adelson, Miriam	DES echelle YAO compulsive et obsessionnelle et l'entretien semi-structuré de stress extrême (ESPT Complexe)	douleur chronique, douleur chronique sévère,	etude auprès d'une population clinique d'abus sexuel et douleur chronique et sa relation à la dépendance d'opioïdes	femmes ayant eu des abus sexuel et sous ttt méthadone et femmes ayant subis abus sexuel mais pas de dépendance	Les douleurs chroniques sévères étaient plus fréquentes chez les femmes victimes d'abus sexuels sans antécédents de dépendance aux opioïdes (64% sur 25), suivies par les femmes MMT abusées sexuellement (30,9% sur 68) et les femmes MMT sans antécédents d'abus sexuels (25% sur 8). , p = 0,01). La sévérité de la douleur était corrélée à la dissociation et aux scores de PTSD complexes. Les femmes victimes de violence sexuelle non-MMT avaient des taux plus élevés de scores de dissociation élevés (DES ≥ 30) et de TSPT complexe, mais moins de symptômes de trouble obsessionnel-compulsif (score ≥ 16) que les femmes victimes de violence sexuelle MMT. La douleur chronique s'est révélée très répandue chez les femmes victimes de violence sexuelle, indépendamment du fait qu'elle était maintenue à la méthadone avec des antécédents de dépendance / hyperalgésie aux opioïdes ?	
Journal of Interpersonal Violence	2012	Child Abuse and Chronic Pain in a Community Survey of Women	Christine A. Walsh, Alberta, Canada Ellen Jamieson Harriet MacMillan Michael Boyle	Ontario Mental Health Supplement (OHSUP), Child Maltreatment History Self-Report (CMHSR), Composite International Diagnostic Interview (CIDI),	partie douleur du the Health Utilities Index-Mark III (HUI-III; Feeny et al., 2002). (free of pain or discomfort, pain or discomfort that does not prevent any activities, pain or discomfort that prevents a few, some, or most activities)	relation entre les antécédents autodéclarés de violence physique et sexuelle sur des enfants et la douleur chronique chez les femmes	chez les femmes (N = 3381) dans un échantillon communautaire de la province / entre 15 et 65 ans / 3 381 sujets (78% de la population totale pec)	La douleur chronique était significativement associée à la violence physique, à l'éducation et à l'âge des répondants et n'était pas liée à la violence sexuelle envers les enfants seule ou en combinaison avec la violence physique, les troubles mentaux (anxiété, dépression ou toxicomanie) ou un faible revenu. Le nombre de problèmes de santé et de troubles de santé mentale ne modifiait pas la relation entre la violence physique et la douleur chronique.	

	Journal of clinical medicine	2018	Dissociation and Pain-Catastrophizing: Absorptive Detachment as a Higher-Order Factor in Control of Pain-Related Fearful Anticipations Prior to Total Knee Arthroplasty (TKA)	Matthias Vogel, Martin Krippel, Lydia Frenzel, Christian Riediger, Jörg Frommer, Christoph Lohmann and Sebastian Illiger	l'indice d'arthrose des universités Western Ontario et McMaster (WOMAC), le cribleur de traumatologie de l'enfance (CTS), une version abrégée des expériences de dissociation. L'échelle (FDS-20),	le bref inventaire des symptômes (BSI-18), l'échelle de la douleur et la catastrophisation (PCS) et l'échelle de la kinésiophobie de Tampa (TSK)	teste les hypothèses d'un chevauchement et d'une organisation hiérarchique du catastrophisme face à la douleur et de la dissociation	93 participants atteints d'arthrose du genou et d'arthroplastie du genou	Les trois facteurs: (1) le facteur catastrophisme face à la douleur, (2) le détachement d'absorption et (3) la conversion expliquaient au total 60% de la variance des deux échelles. Les facteurs dissociatifs étaient liés au traumatisme infantile et le facteur Catastrophisme face à la douleur à la douleur au genou. Cette dernière était prédite par un détachement absorbant, c'est-à-dire une perturbation de la perception qui interférait avec l'intégration d'expériences liées à un traumatisme, y compris éventuellement une chirurgie invasive. Le détachement absorbant représente une affectivité négative et permet de maîtriser les angoisses liées à la douleur (y compris le catastrophisme face à la douleur)	
Douleur du dos	The Clinical Journal of Pain	2002	Childhood traumatic events and dissociative experiences in patients with chronic headache and low back pain.	Yücel, Basak; Özyalcin, Süleyman; Sertel, H. Özlem; Çamlica, Hakan; Ketenci, Aysegül; Talu, Gül K.	DES, SDQ, Echelle abus ou négligence dans l'enfance		examiner les expériences traumatisantes et dissociatives auprès d'une population de céphalées chroniques et lombalgiques / turquie	73 Patients - 41 céphalées et 32 lombalgie		
Headache	The Clinical Journal of Pain	2002	Childhood traumatic events and dissociative experiences in patients with chronic headache and low back pain.	Yücel, Basak; Özyalcin, Süleyman; Sertel, H. Özlem; Çamlica, Hakan; Ketenci, Aysegül; Talu, Gül K.	DES, SDQ, Echelle abus ou négligence dans l'enfance		examiner les expériences traumatisantes et dissociatives auprès d'une population de céphalées chroniques et lombalgiques / turquie	73 Patients - 41 céphalées et 32 lombalgie		

	Journal of Psychosomatic Research	2014	Childhood trauma and dissociation in tertiary care patients with migraine and tension type headache: A controlled study	Kucukgoncu S, Yildirim Ornek F, Cabalar M, Bestepe E, Yayla V.	formulaire socio-démographique, questionnaire sur les traumatismes de l'enfance (CTQ) + DES + SDQ	EVA, diagnostic médical et exclusion des pathologies autres	i) de comparer la gravité de la dissociation somatoforme et psychoforme et traumatisme infantile chez les patients migraineux (M), les patients souffrant de céphalées de tension (CT) et les témoins sains; ii) pour identifier toute relation entre les caractéristiques des céphalées et les symptômes dissociatifs et traumatiques expériences de l'enfance chez les patients	composé de 79 patients souffrant de migraine, 49 patients atteints de TTH et 40 témoins sains.	score moyen + significativement chez les patients atteints de CT et M; les scores moyens de négligence émotionnelle et de violence physique étaient plus élevés chez les patients CT ; et le score CTQ total était plus élevé chez les patients CT que chez M ou contrôles sains. Les scores moyens DES étaient significativement plus élevés chez les patients CT que chez les patients migraineux et les témoins; et les scores SDQ étaient plus élevés dans les deux groupes de céphalées que chez les témoins. Durée et gravité des maux de tête étaient significativement liés aux scores de maltraitance infantile chez les migraines mais pas chez les patients CT.	
douleur liée à un rituel	International Journal for the Psychology of Religion	2013	Pain and sacrifice: Experience and modulation of pain in a religious piercing ritual.	Jegindø, Else-Marie Elmholdt; Vase, Lene; Jegindø, Jens; Geertz, Armin W.	scan (evaluation psychiatrie) DES	EVA attendu et réel	2 études pour étudier les liens entre douleur, rituels et l'impact de la dissociation lors du rituel religieux qui implique un percings / étude 1 était pour évaluer les attentes face à la douleur supposé du rituel / étude 2 par entretien 1 à 4 semaines après le rituels et mesures	44 sujets	les participants à Thaipusam ressentent de faibles niveaux de douleur pendant le rituel et que les attentes, les significations, la prière	
douleur en général	American Journal of Men's Health	2017	Death anxiety and pain catastrophizing among male inmates with nonsuicidal self-injury behavior: A comparative study.	Enea, Violeta; Dafinoiu, Ion; Bogdan, Georgiana; Matei, Carmen	DES, anxiété mort, stay	PCS	évaluation dissociation, anxiété face à la mort et catastrophisme face à la douleur auprès d'une population carcérale avec automutilation	30 femmes / dont une partie sans automutilation / en dehors psychose /	pas de différences significatives entre les deux groupes	
			-							

Douleur pelvienne	Neuropsychiatric Disease and Treatment	2018	Childhood trauma and dissociation among women with genito-pelvic pain/penetration disorder.	Özen, Beliz; Özdemir, Y. Özey; Beştepe, E. Emrem	DES CSQ 20 questionnaire traumatisme chez l'enfant CTQ28		recherche les trauma infantile et les états dissociatifs	55 patients / 61 groupe témoins sains	scores d'abus sexuel, d'abus émotionnel et de négligence émotionnelle, qui comprennent les sous-groupes de CTQ, ont été trouvés élevés parmi les femmes avec GPP / PD par rapport au groupe témoin ($p = 0,003$, $p = 0,006$, $p = 0,001$). Alors qu'une différence significative entre les scores SDQ des deux groupes a été obtenue ($p = 0,000$), aucune différence significative n'a été détectée entre les scores DES des deux groupes ($p = 0,392$).	
	The Clinical Journal of Pain	2011	Characteristics of response to experimental pain in sexually abused women.	Granot, Michal; Somer, Eli; Zisman-Ilani, Yaara; Beny, Ahuva; Sadger, Ronit; Mirkin, Ronit; Moont, Ruth; Yovell, Yoram	DES, dépression BDI et anxiété Sheehan		etudier la sensibilité à la douleur expérimentale auprès d'une population de femmes abusées sexuellement sévères	21 femmes abusées sévères / 21 femmes contrôles dans un protocole de douleur expé thermique + stimulation douloureuse sur l'avant bras	réponse paradoxale à la douleur retrouvée corrélées à la somatisation et perso et pas la DES	
	Obstetrics & Gynecology	1997	Dissociation, Somatization, Substance Abuse, and Coping in Women With Chronic Pelvic Pain	BADURA	DES COPE entretien structuré	pas evaluation / recrutement de personnes prises en charge to the multidisciplinary Chronic Pelvic Pain Clinic in the Department of Obstetrics and Gynecology at the University of Iowa	l'association entre des antécédents d'abus positifs et les niveaux élevés de dissociation, de somatisation et de toxicomanie souvent observés dans la population de douleurs pelviennes chroniques	46 femmes souffrant de douleurs pelviennes chroniques.	les femmes ayant des antécédents d'abus sexuel ou physique autodéclarés ont des scores de dissociation, de somatisation et de toxicomanie significativement plus élevés que les femmes sans antécédent / es corrélations positives significatives ont été trouvées entre les rapports de dissociation et de somatisation avec des stratégies d'adaptation inadaptées et entre la dissociation, la somatisation et la toxicomanie	que des femmes
	Journal of Trauma & Dissociation,	2011	Somatoform and psychoform dissociation among women with orgasmic and sexual pain disorders.	Farina, Benedetto; Mazzotti, Eva; Pasquini, Paolo; Mantione, Maria Giuseppina	DES CSQ 20 IERS		evaluation des paramètres dans le cas de dysfonctionnement sexuels féminins psychogène	200 patientes sollicité, 152 complet avec répartition en fonction étiologie / au final 17 femmes avec dysfonctionnement sexuels féminins psychogène /comparaison vec les autres groupes	forte association avec la dissociation somatoforme, lien retrouvé entre Dissociation somato et psycho	

Annexe 3 : revue des outils psychométriques évaluant le trauma

Nom de l'outils	abréviation	auteur initial	auteur version française	nb items	composition	
Liste d'événements potentiellement traumatique				18	Nb total d'événement + Age du trauma + age du début des symptômes + avez-vous pensé de façon pénible cette dernière semaine	
Peritraumatic Distress Inventory	PDI		Brunet et al, 2001	13	Lickert 0 à 4	
Questionnaires des expériences de dissociation péritraumatique	QDEP	Brumes, 2005	Marma et al, 1997	10	Lickert 1 à 5	
Impact Of Event Scale revised /	IES R	Weiss DS. The Impact of Event Scale - Revised: Assessing psychological trauma and PTSD Dans: Wilson JP & Keane TM, éditeurs Assessing psychological trauma and PTSD . New York, NY: The Guilford Press; c2004. p. 168–89	D.S. Weiss et Marmar 1997 . Brunet A, St-Hilaire A, Jehel L, King S. Validation d'une version française de l'échelle d'impact des événements révisée . Can J Psychiatry Rev Can Psychiatr . 2003. février; 48 (1): 56–61.	22	Lickert 0 à 4	
Echelle de stress-postraumatique (DSM4)	PCL-S		Yao, Cottraux, Note, De Mey-Guillard, Mollard, Ventureyra ; Encéphale, 2003	17	lickert de pas du tout à extremement sur le dernier mois + noter l'événement concerné + date	44 score seuil - TSPT non complet 34-44
Echelle de stress-postraumatique (DSM5)	PCL-5	Weathers FW, Litz BT, Keane TM, Palmieri PA, Marx BP, Schnurr PP. La liste de contrôle du SSPT pour DSM-5 (PCL-5). Échelle disponible auprès du National Center for PTSD à www.ptsd.va.gov . 2013.	Ashbaugh, A. R., Houle-Johnson, S., Herbert, C., El-Hage, W., & Brunet, A. (2016). Psychometric Validation of the English and French Versions of the Posttraumatic Stress Disorder Checklist for DSM-5 (PCL-5). PLOS ONE, 11(10), e0161645. https://doi.org/10.1371/journal.pone.0161645	20	lickert de pas du tout à extremement sur le dernier mois + noter l'événement concerné	score de 31 ou 32 (GB/F) - 7 facteurs retrouvés
Traumatic Experiences Checklist	TEC	Nijenhuis, Van der Hart & Vanderlinden Assen-Amsterdam-Leuven, Traduction Follack, 2007; Carruzzo, Zimmermann & Rougemont-Bücking, 2012.		29 + 4 + démo	liste d'événements + question qualitative sur le vécu + soutien + situation perso, socio,	
Echelle d'évaluation standardisée du trouble de stress post-traumatique pour le DSM IV CAPS Clinician Administrated Posttraumatic Stress Disorder Scale				22		

Annexe 4: Revue des outils psychométriques évaluant la dissociation

<i>Nom de l'outils</i>	<i>Auteur initial</i>	<i>Auteur version française</i>	<i>Composition</i>	<i>Application</i>	<i>nb items</i>
Dissociative Experiences Scale DES	Bernstein, Carlson et Putnam, 1986 + Whright et Loftus (1999)	F. Larøi*, J. Billieux*, A.-C. Defeldre, G. Ceschi, & M. Van der Linden (2013). Factorial structure and psychometric properties of the French adaptation of the Dissociative Experiences Scale (DES) in non-clinical participants. <i>European Review of Applied Psychology</i> .	Échelle en 11 points entre beaucoup moins que les autres à beaucoup plus que les autres	Épisode de dissociation liés au « pilote automatique » : associé à différents types d'échecs cognitifs (mémoire, attention) + épisode de dissociation « défensifs » : amnésie dissociative et/ou dépersonnalisation 8 – déréalisation 8	28
Dissociative Experiences Scale DES	Bernstein, Carlson et Putnam, 1986 + Bernstein, Carlson et Putnam 1993 On update on the dissociative experiences scale	Jean-Michel Darves-Bornoz, Andrée Degiovanni, Philippe Gaillard, Validation of a French Version of the Dissociative Experiences Scale in a Rape-Victim Population, <i>Can J Psychiatry</i> 1999 ;44:271–275	Moyenne des pourcentages de 0 à 100% de jamais à tout le temps / 3 facteurs : Dépersonnalisation-Déréalisation, (11) - fragmentation par amnésie de l'identité + amnésie dissociative (11) ou fragment identitaire amnésique - absorption et implication imaginaire (6)	Score seuil = 25 / scores limites pour la recherche d'un trouble dissociatif - Nijenhuis 1999 Des scores ≥ 30 dans un échantillon nord-américain et, respectivement, ≥ 25 dans un échantillon néerlandais	28
DES-Taxon DES-T	Waller, Putnam & Carlson, 1996		DES-Taxon = un sous-ensemble de 8 questions servant à diagnostiquer une dissociation pathologique: Q 3, 5, 7, 8, 12, 13, 22, 27		8
Dissociation somatoforme SDQ 20	Nijenhuis, Spinhoven, Van Dyck, Van der Hart, Vanderlinden ; The development and psychometric characteristics of the somatoform dissociation questionnaire (SDQ-20) <i>J Nerv Ment Dis</i> , 1996, 184 : 688-694.	EL Hage, Validation de la version française du SDQ-20 ; questionnaire de dissociation somatoforme, <i>Stress et Trauma</i> , 2004 ; 4 (4) : 291-297	3 dimensions évaluées négligence sensorielle, réactions subjectives à des distorsions perceptives, troubles de la modulation de la vigilance	Score total > 28 (Tarquinio, Auxéméry 2022) + investiguer un éventuel trouble dissociatif. Trouble dissociatif de l'identité : M=55. Trouble dissociatif n.s. : M=44. (AFTD + Nijenhuis et col, 1996)	20
SDQ 5	Réalisé à partir du SDQ-20		items 4, 8, 13, 15 and 18 du SDQ-20.	score de ≥ 8 selon Nijenhuis 1999, 2004 p57 : score varie entre 5 et 25	5

Dissociation questionnaire DIS-Q	Vanderlinden, Van Dyck, Vandereycken, Vertommen, Jan Verkes, The Dissociation Questionnaire (DIS-Q) : Development and characteristics of a new Self-Report Questionnaire, Clinica Psychology and Psychotherapy, vol 1 (1), 21-27, 1993.	Mihaescu G, Vanderlinden J, Sechaud M, Heinze X, Velardi A, Finot SC, et al. Le questionnaire de dissociation DIS-Q: résultats préliminaires dans une population suisse francophone. L'Encéphale 1998;24(4):337-46.	4 facteurs : Confusion d'identité et fragmentation (25)/ Perte de contrôle (18)/ Amnésie (14)/ Absorption (6)		63
Dissociative experiences measure Oxford DEMO	Emma Černisa, Myra Cooperb, Carmen Chan ; Developing a new measure of dissociation: The Dissociative Experiences Measure, Oxford (DEMO) ; Psychiatric research 269 (2018) 229-236		Échelle entre 1 et 5 sur la fréquence du signe	Passation en ligne existe	30
Multidimensional Inventory Dissociation MID	Paul F. Dell PhD (2006) The Multidimensional Inventory of Dissociation (MID): A Comprehensive Measure of Pathological Dissociation, Journal of Trauma & Dissociation, 7:2, 77-106 https://doi.org/10.1300/J229v07n02_06	trad S.goffinet 2002	échelle de 0 à 10	https://www.mid-assessment.com/	218
Inventraire de détachement et de la compartimentalisation DCI.	Chandele Butler, Martin J. Dorahy and Warwick Middleton ; The Detachment and Compartmentalization Inventory (DCI): An assessment tool for two potentially distinct forms of dissociation The Detachment and Compartmentalization Inventory (DCI): An assessment tool for two potentially distinct forms of dissociation ; JOURNAL OF TRAUMA & DISSOCIATION, 2019. https://doi.org/10.1080/15299732.2019.1597809		14 facettes et 23 sous échelles diagnostiques.		22
The Development of the Somatoform Dissociation Index (SDI)	Frank Leavitt PhD (2001) The Development of the Somatoform Dissociation Index (SDI), Journal of Trauma & Dissociation, 2:3, 67-78, DOI: 10.1300/J229v02n03_05				

Annexe 5 : Présentation de la psychométrie :

Détail des questionnaires par fiche individuelle et Présentation de l'outils :

- CSQ-F
- PCS
- PASS 20
- ICPD
- TAMPA
- DES
- SDQ-20
- PCL-S

CSQ-F

- Version originale : Coping Strategies questionnaire / Rosentiel, 1983
- Version française (si différent) : CSQ-F Coping Strategie questionnaire- française / Irachabal et col / 2008

10	Prière-Espoir	21	Dramatisation
11	Ignorer les sensations douloureuses		

Construction :

- **Nombre d'items** : 21 items
- **Consigne** : « Dans quelle mesure utilisez-vous les stratégies proposées ci-dessous pour faire face à votre douleur au quotidien ? Remplissez vous-même ce questionnaire de manière la plus spontanée possible, ceci ne vous prendra que quelques minutes. Quand j'ai mal ... »
- **Cotation** :
 - o échelle de Likert en 4 points
 - o de 1 à 4 (jamais – parfois – souvent – très souvent) / pas d'item inversé
 - o Répartition des scores en fonction des facteurs :

1.	Ignorer les sensations douloureuses	12	Distraction
2.	Distraction	13	Prière-Espoir
3.	Réinterprétation	14	Dramatisation
4.	Ignorer les sensations douloureuses	15	Distraction
5.	Distraction	16	Ignorer les sensations douloureuses
6.	Dramatisation	17	Prière-Espoir
7.	Ignorer les sensations douloureuses	18	Réinterprétation
8.	Réinterprétation	19	Dramatisation
9.	Réinterprétation	20	Distraction

Interprétation :

- Score par stratégies / 5 stratégies : Ignorer les sensations douloureuses, Dramatisation, Distraction, Prière-Espoir, Réinterprétation
- Comparaison avec la moyenne (Irachabal et col, 2008)

	Moyenne	Ecart Type
Distraction	12,59 (8/17)	4,55
Dramatisation	9,69 (6/13)	3,72
Ignorance	10,93 (7/15)	3,82
Réinterprétation	6,65 (4/13)	2,95
Prière	6,06 (3/9)	3,32

- Met en évidence un profil de stratégie plus ou moins utilisées par le patient
- Stratégies protectrices et d'autres moins (Dany et col, 2008)

	INTENSITE DE LA DOULEUR SEMAINE	NIVEAU DE DOULEUR GENERAL	ANXIETE	DEPRESSION
PRIERE	G et mini +	+	+	-
DISTRACTION	Maxi +		+	

DRAMATISATION	G Mini Maxi +	+	+	+
REINTERPRETATION			-	-
IGNORANCE		-	-	

PRIERE

- plus la douleur ressentie en général et la douleur minimale ressentie au cours de la semaine passée sont élevées, plus la stratégie de type prière est mise en œuvre.
- plus l'anxiété est importante, plus les patients ont tendance à utiliser la prière comme stratégie de coping.
- plus les patients mettent en œuvre la stratégie d'ajustement de type prière, plus le niveau de douleur général est élevé
- plus les patients utilisent la stratégie d'ajustement de type prière, moins ils ont un niveau de dépression élevé

DISTRACTION

- plus les patients utilisent une stratégie de type distraction, plus leur niveau de douleur maximal au cours de la semaine précédente est élevé
- plus les patients mettent en œuvre la stratégie d'ajustement de type distraction, plus ils ont un niveau d'anxiété élevé

REINTERPRETATION

- plus les individus mettent en œuvre une stratégie de type réinterprétation, moins leur niveau de dépression est élevé.
- Plus la réinterprétation est mise en œuvre, moins le niveau d'anxiété est élevé

DRAMATISATION

- plus le niveau de douleur général est élevé, plus les niveaux de douleur la plus faible et la plus élevée ressentis au cours de la semaine passée sont élevés, plus les patients ont un niveau d'anxiété et de dépression élevé, moins ils se sentent soulagés et plus la stratégie de type dramatisation est mise en œuvre.

- plus ils usent d'une stratégie de type dramatisation, plus le niveau de douleur est élevé
- plus ils usent d'une stratégie de type dramatisation, plus le niveau d'anxiété est élevé
- Plus ils usent d'une stratégie de type dramatisation, plus le niveau de dépression est élevé

IGNORANCE

- Plus les patients ont recours à une stratégie de type ignorance, moins ils sont anxieux et moins la douleur perçue en général est intense.

Article de validation :

- Original : Rosenstiel, A., & Keefe, F. (1983). The use of coping strategies in chronic low back pain patients: Relationship to patient characteristics and current adjustment. In Pain (Vol. 17, Issue 1, pp. 33–45). Doi:10.1016/0304-3959(83)90125-2
- Validation française : Irachabal S, Koleck M, Rascle N, et al. (2008) Stratégies de coping des patients douloureux : adaptation française du coping strategies questionnaire. Encéphale 34: 47-53
- Qualité psychométrique : L. Dany, P. Roussel, T. Apostolidis, S. Carayon, S. Bloi ; Douleur, stratégies d'ajustement et détresse psychologique. Analyse complémentaire sur la validité française du « coping strategies questionnaire » ; Doul. et Analg. (2008) 21: 227–234 Springer 2008 DOI 10.1007/s11724-008-0102-7

Stratégies de gestion de la douleur

Dans quelle mesure utilisez-vous les stratégies proposées ci-dessous pour faire face à votre douleur au quotidien ?
Remplissez vous-même ce questionnaire de manière la plus spontanée possible, ceci ne vous prendra que
quelques minutes
Quand j'ai mal ...

		Jamais	Parfois	Souvent	Très souvent
1	Je fais comme si elle n'était pas là				
2	Je pense aux choses que j'aime faire				
3	J'essaie de ne pas y penser, comme si ce n'était pas mon corps, mais plutôt quelque chose séparée de moi				
4	Je l'ignore				
5	Je pense à des personnes avec lesquelles j'aime être				
6	Je m'inquiète tout le temps de savoir si ça va finir				
7	Je ne porte aucune attention à la douleur				
8	Je fais comme si ça ne faisait pas partie de moi				
9	J'imagine que la douleur est en dehors de mon corps				
10	Je compte sur ma foi en Dieu				
11	Je ne pense pas à la douleur				
12	J'essaie de penser à quelque chose d'agréable				
13	Je prie Dieu que ça ne dure pas longtemps				
14	J'ai l'impression de ne plus pouvoir continuer				
15	Je repense à des moments agréables du passé				
16	Je continue comme si de rien n'était				
17	Je prie pour que la douleur disparaisse				
18	J'essaie de prendre de la distance par rapport à la douleur comme si elle était dans le corps de quelqu'un d'autre				
19	J'ai l'impression de ne plus pouvoir supporter la douleur				
20	Je fais quelque chose qui me plaît comme regarder la télé ou écouter de la musique				
21	C'est terrible et j'ai l'impression que jamais ça n'ira mieux				

PCS

- Version originale : Pain Catastrophizing Scale /Sullivan, Bishop et Pivik, 1995
- Version française : PCS-CF : Pain Castrastrophizing Scale – Canadienne Française ou Echelle des pensées catastrophiques liées à la douleur / 1995 -RCD

Construction :

- Nombre d'items : 13
- Consigne : « *Tout le monde est confronté à la douleur à un moment ou un autre de sa vie. Il peut s'agir de maux de tête, de douleurs dentaires, articulaires ou musculaires. Les situations pouvant entraîner la douleur ne sont pas rares : maladie, blessure, soins dentaires, chirurgie par exemple. Nous nous intéressons ici à ce que vous pouvez penser et ressentir lorsque vous avez mal. Vous trouverez ci-dessous treize phrases qui décrivent divers sentiments et pensées pouvant être associés à la douleur. A l'aide des choix de réponse suivants, veuillez indiquer à quel point les pensées et les sentiments décrits vous correspondent quand vous avez mal.* »
- Cotation :
 - 0 à 4 en fonction de la fréquence de présentation de l'item / 0 pas du tout, 1 un peu, 2 modérément, 3 beaucoup, 4 tout le temps
 - Calcul du score global + score en fonction du facteur pour identifier la prédominance de l'un ou l'autre
 - Impuissance face à la douleur : 1,2,3, 4, 5, 12

- Amplification par l'attention : 6, 7, 13
- Rumination face à la douleur : 8, 9, 10, 11

- 6 semaines minimum de délai entre 2 passations (French et Col, 2005 p 189)

Interprétation :

- Score seuil évoqué de 30 (de 20 à 30 dans le cadre d'une présentation congrès de Sullivan)
- Score facteur / pas de donnée

Article de validation :

- **Original** : Sullivan, M. J. L., Bishop, S. R., & Pivik, J. (1995). The Pain Catastrophizing Scale: development and validation. *Psychological Assessment*, 7, 524–532
- **Validité française** : L'Echelle de dramatisation face à la douleur PCS-CF Adaptation canadienne en langue française de l'échelle « Pain Catastrophizing Scale » FRENCH Douglas J. ; NOËL Marc ; VIGNEAU François ; FRENCH Julie A. ; CHANTAL P. ; EVANS R. *Thomas Canadian journal of behavioural science* ISSN 0008-400X CODEN CJBSAA 2005, vol. 37, no3, pp. 181-192
- **Qualité psychométrique** : 3 facteurs le plus souvent retrouvés dans les analyses factorielles, validation dans plusieurs langues, traduisant un caractère assez universel de ce facteur

- Le PCS a démontré une consistance interne élevée (coefficient alpha = 0,87) et est associé à l'augmentation de la douleur ou de l'incapacité, ainsi qu'au statut d'emploi (Sullivan et coll., 1995; Sullivan et Neish, 1998; Sullivan, Stanish, Sullivan et Tripp, 2002; Sullivan et Stanish, 2003) cité dans Sullivan, Michael & Adams, Heather & Stanish, William & Savard, André. (2005). La réduction de facteurs de risque de chronicité et le retour au travail. Perspectives interdisciplinaires sur le travail et la santé. 10.4000/pistes.3203.
- Van Damme S, Crombez G, Bijttebier P, Goubert L, Van Houdenhove B. A confirmatory factor analysis of the Pain Catastrophizing Scale: invariant factor structure across

clinical and non-clinical populations. *Pain*. 2002;96(3):319-324. doi:10.1016/s0304-3959(01)00463-8 : 3 échantillons différents de langue néerlandaise: 550 étudiants indolores, 162 patients souffrant de lombalgies chroniques et 100 patients atteints de fibromyalgie , confirmation des 3 facteurs.

- **Voir aussi** : Osman et al, 1997, 2000
- **Article récent** : Schutze et col, 2018.

Tout le monde est confronté à la douleur à un moment ou un autre de sa vie. Il peut s'agir de maux de tête, de douleurs dentaires, articulaires ou musculaires. Les situations pouvant entraîner la douleur ne sont pas rares : maladie, blessure, soins dentaires, chirurgie par exemple.

Nous nous intéressons ici à ce que vous pouvez penser et ressentir lorsque vous avez mal. Vous trouverez ci-dessous treize phrases qui décrivent divers sentiments et pensées pouvant être associés à la douleur. A l'aide des choix de réponse suivants, veuillez indiquer à quel point les pensées et les sentiments décrits vous correspondent quand vous avez mal.

0 – pas du tout 1 – un peu 2 – modérément 3 – beaucoup 4- tout le temps
Quand j'ai mal...

- Je m'inquiète tout le temps car je me demande si la douleur va s'arrêter
- Je sens que je n'en peux plus
- C'est terrible et je pense que cela ne va jamais s'arranger
- C'est horrible et je me sens dépassé(e)
- J'ai le sentiment de ne plus pouvoir supporter la douleur
- J'ai peur que la douleur devienne plus forte
- Je n'arrête pas de penser à d'autres moments où j'ai eu mal
- Je souhaite désespérément que la douleur disparaisse
- C'est comme si je ne pouvais pas m'empêcher d'y penser
- Je pense tout le temps à la douleur et à quel point c'est douloureux
- Je veux désespérément que la douleur disparaisse et j'y pense tout le temps
- Je ne peux rien faire pour réduire l'intensité de la douleur
- Je me demande si quelque chose de grave pourrait arriver

... **Total**

Questionnaire réalisé par Michael JL Sullivan,
1995

PASS 20

- Version originale : PAIN ANXIETY SYMPTOMS SCALE / McCracken et Dhingra, 2002
- Version française : pas connue à ce jour

Construction :

- L'outil initial comptait 63 items, puis version à 20 items
- la PASS-20 mesure les réactions de crainte et d'anxiété causées par la douleur.
- 4 facteurs identifiés :
 - o Cognitive : items 1.2.3.4.5
 - o Evitement : items 6.7.8.9.10
 - o Peur : items 11.12.13.14.15
 - o Anxiété : items 16.17.18.19.20
- Cotation
Echelle de Likert en 6 points allant de jamais (0) à toujours (5)
- Consigne :

Interprétation :

Interprétation McCracken et al. 2002

Subscale	Mean	SD
Cognitive (items 1 to 5)	12.27	6.73
Escape/avoidance (items 6 to 10)	12.84	6.11
Fear (items 11 to 15)	7.37	6.38
Physiological anxiety (items 16 to 20)	6.15	5.69
Total	38.62	20.38

Article de validation :

- Original : McCracken, L. M., Zayfert, C., & Gross, R. T. (1992). The Pain Anxiety Symptoms Scale: development and validation of a scale to measure fear of pain. *Pain*, 50(1), 67-73. Et pour la PASS 20 : Lance M McCracken, & Lara Dhingra. (2002). A Short Version of the Pain Anxiety Symptoms Scale (PASS-20): Preliminary Development and Validity. *Pain Research & Management*, 7(1), 45-50. <https://doi.org/10.1155/2002/517163>
- Qualité psychométrique : Jeffrey Roelofs, Lance McCracken, Madelon L. Peters, Geert Crombez, Gerard van Breukelen, and Johan W. S. Vlaeyen ; Psychometric Evaluation of the Pain Anxiety Symptoms Scale (PASS) in Chronic Pain Patients *Journal of Behavioral Medicine*, Vol. 27, No. 2, April 2004

PASS (20)
Deuxième traduction

	Jamais					Toujours
	0	1	2	3	4	5
1. Je n'arrive pas penser correctement quand j'ai mal	0	1	2	3	4	5
2. Pendant les épisodes douloureux, il est difficile de penser à autre chose que la douleur	0	1	2	3	4	5
3. Quand j'ai mal, je pense tout le temps à la douleur	0	1	2	3	4	5
4. Il est difficile de me concentrer quand j'ai mal	0	1	2	3	4	5
5. Je m'inquiète quand j'ai mal	0	1	2	3	4	5
6. Je vais immédiatement me coucher quand j'ai une douleur importante	0	1	2	3	4	5
7. J'arrête ce que je fais quand je sens la douleur arriver	0	1	2	3	4	5
8. Lorsque je sens la douleur arriver, je prends un médicament pour réduire son intensité	0	1	2	3	4	5
9. J'évite les tâches importantes quand j'ai mal	0	1	2	3	4	5
10. J'essaie d'éviter les activités qui sont source de douleur	0	1	2	3	4	5
11. Je pense que si ma douleur devient trop importante, elle ne se calmera jamais.	0	1	2	3	4	5
12. Quand j'ai mal, j'ai peur que quelque chose d'horrible puisse m'arriver.	0	1	2	3	4	5
13. Quand j'ai mal, je pense que je suis peut-être gravement malade	0	1	2	3	4	5
14. Les sensations douloureuses sont terrifiantes	0	1	2	3	4	5
15. Quand les douleurs sont fortes, je pense que je pourrais être paralysé(e) ou handicapé(e) d'avantage	0	1	2	3	4	5
16. Je me mets à trembler quand je fais une activité qui va provoquer des douleurs	0	1	2	3	4	5
17. La douleur semble accélérer mon rythme cardiaque	0	1	2	3	4	5
18. Quand j'ai mal j'ai des vertiges.	0	1	2	3	4	5
19. La douleur me provoque des nausées	0	1	2	3	4	5
20. J'éprouve des difficultés à calmer mon corps après une période de douleur	0	1	2	3	4	5

ICPD

- Version originale : Pain Beliefs and perceptions inventory (PBPI) / Herda, 1994
- Version française : Inventaire de croyances et de perceptions associées à la douleur (ICPD) / Dany et col, 2009

Construction :

- Nombre d'items : 16
- Échelles de Lickert en 4 points, de 1 pas du tout d'accord à 4 tout à fait d'accord (Dany et al., 2009)
- Consigne :

« Voici un certain nombre de propositions liées à votre douleur. Indiquez votre degré d'accord pour chacune de ces propositions. Exemple : si vous n'êtes pas du tout d'accord avec une proposition, entourez 1. Au contraire, si vous êtes tout à fait d'accord avec une proposition, entourez 4. Vous pouvez aussi entourer la réponse 2 lorsque que vous n'êtes plutôt pas d'accord et 3 lorsque vous êtes plutôt d'accord. »

- 4 dimensions : mystère, continuité, pérennité, culpabilité

Cotation de l'échelle	
Sous-échelles	Items à additionner ensemble
Constance	3* + 5 + 9 + 15
Pérennité	8* + 11* + 14*
Mystère	1 + 2 + 4 + 7 + 13
Culpabilité	6 + 10 + 12
La cotation des items suivis d'une * doit être inversée (1 devient 4, 2 devient 3, 3 devient 2 et 4 devient 1)	
M = mystère ; Co = constance ; Cu = culpabilité ; P = pérennité.	

- Cotation : calcul d'une classe en fonction de l'importance de la croyance (i.e du score brut à la dimension) (Roussel et col, 2010)

Tableau 2 Étalonnage des différentes dimensions de l'ICPD

Étalonnage de la dimension constance				
Classe	Scores bruts	Pourcentages théoriques	Pourcentages cumulés théoriques	Pourcentages cumulés observés
1	(4-10)	20	20	23,4
2	(11-12)	20	40	40,8
3	(13-14)	20	60	64,3
4	(15)	20	80	80,8
5	(16)	20	100	100
Étalonnage de la dimension pérennité				
Classe	Scores bruts	Pourcentages théoriques	Pourcentages cumulés théoriques	Pourcentages cumulés observés
1	(3-6)	20	20	33
2	(7)	20	40	49,1
3	(8)	20	60	65,4
4	(9)	20	80	81,5
5	(10-12)	20	100	100
Étalonnage de la dimension mystère				
Classe	Scores bruts	Pourcentages théoriques	Pourcentages cumulés théoriques	Pourcentages cumulés observés
1	(5-11)	20	20	18,5
2	(12-14)	20	40	44,2
3	(15)	20	60	59,6
4	(16-17)	20	80	82,4
5	(18-20)	20	100	100
Étalonnage de la dimension culpabilité				
Classe	Scores bruts	Pourcentages théoriques	Pourcentages cumulés théoriques	Pourcentages cumulés observés
1	(3)	20	20	30,8
2	(4)	20	40	45,1
3	(5)	20	60	62,3
4	(6)	20	80	80,1
5	(7-12)	20	100	100

- Interprétation :

Situer l'individu, relativement, à l'échantillon de référence en utilisant les classes. Quelques exemples (Dany et al., 2009) :

- Un individu obtenant un score de 6 dans la dimension constance appartient à la première classe et se situe donc de manière basse par rapport à l'échantillon de référence

- puisque 80% des individus ont un score plus élevé que lui sur cette dimension
- Un individu obtenant un score de 18 dans la dimension mystère appartient à la classe 5 et se situe de façon élevé par rapport aux autres individus puisqu'il fait partie des 20% des douloureux qui perçoivent le plus leur douleur comme mystérieuse
 - Un individu obtenant un score de 5 dans la dimension culpabilité se trouve dans la classe 3 et se situe donc de façon moyenne par rapport à l'échantillon de référence puisque 40% des individus ont un score de culpabilité plus faible et 40% ont un score de culpabilité plus élevé que lui

Article de validation :

- **Qualité psychométrique** : (Herda, 1994)

- **Original**: Herda CA, Siegeris K, Basler HD (1994) The pain beliefs and perceptions inventory: further evidence for a 4-factor structure. *Pain* 57:85–90
- **Version française** : Dany L, Roussel P, Carayon S, et al (2009) Adaptation et validation française de l'inventaire de croyances et perceptions associées à la douleur: the pain beliefs and perceptions inventory (PBPI). *Prat Psychol* 15:387–404 + Roussel, P., Carayon, S., Apostolidis, T., Dany, L., & Blois, S. (2010). Étalonnage de l'inventaire de croyances et perceptions associées à la douleur (ICPD). *Douleur et Analgésie*, 23(4), 239-245. <https://doi.org/10.1007/s11724-010-0187-7>

Usage :

- **Clinique** : L'ICPD dispose d'une valeur diagnostique. L'étalonnage permet aux praticiens pour rendre compte de la situation biopsychosociale des patients. Recherches complémentaires à envisager pour mieux préciser l'impact et le sens des dimensions dans la trajectoire de prises en charge, idem pour évaluer l'opérationnalité de l'ICPD sur la pratique et l'orientation thérapeutique des patients.

TABLE VI
CRITERIA CORRELATIONS OF PBAPI SUBSCALES WITH
CONSTRUCT VALIDITY VARIABLES

Variables	TIME	CONST	ACC	MYST	S-B
Age	0.27 **	0.26 **	0.18	0.00	-0.09
Frequency	0.57 ***	0.68 ***	0.27 **	0.07	-0.23 *
Duration	0.09	-0.03	0.16	-0.01	0.18
STAI	0.28 **	0.25 *	0.21	0.27 **	0.07
Trouble List	0.28 **	0.30 ***	0.16	0.13	0.11
VAS	0.35 ***	0.38 ***	0.19	0.22	-0.17
Catastrophizing	0.35 ***	0.27 **	0.29 **	0.34 ***	0.07
Coping	-0.20	-0.12	-0.20	-0.21	0.15

Bonferroni-adjusted significance levels: * $P < 0.00125$; ** $P < 0.00025$; *** $P < 0.000025$.

TABLE V
SUMMARY STATISTICS FOR THE PBAPI AND CONSTRUCT
VALIDITY VARIABLES

Subscale	k	Mean	S.D.	Cronbach's α
Time	9	2.8	6.6	0.78
Acceptance	5	0.9	4.2	0.72
Constancy	4	1.9	3.9	0.83
MYST	4	1.4	3.5	0.64
S-B 3	-	3.9	2.0	0.80
Age	-	54.3	15.3	-
Frequency	-	3.1	0.96	-
Duration	-	111.9	129.2	-
STAI	20	42.2	11.9	0.93
Trouble List	24	26.4	12.7	0.88
VAS	-	65.7	21.5	-
Catastrophizing	9	2.61	0.98	0.77
Coping	9	2.64	0.92	0.76

k = number of items.

Note: Time is the weighed sum of Acceptance and Constancy.

ICPD Inventaire de croyances et de perceptions associées à la douleur

Voici un certain nombre de propositions liées à votre douleur. Indiquez votre degré d'accord pour chacune des propositions.

Exemple : si vous n'êtes pas du tout d'accord avec une proposition, entourez 1. Au contraire si vous êtes tout à fait d'accord avec une proposition, entourez 4. Vous pouvez aussi entourer la réponse 2 lorsque vous n'êtes plutôt pas d'accord et 3 lorsque vous êtes plutôt d'accord.

	Pas du tout d'accord	Un peu d'accord	Plutôt d'accord	Tout à fait d'accord
1. Personne n'est capable de me dire pourquoi j'ai mal	1	2	3	4
2. Je pensais que ma douleur pouvait être guérie, mais maintenant je n'en suis plus aussi sûr	1	2	3	4
3. Il y a des moments où je n'ai pas mal	1	2	3	4
4. Ma douleur est difficile à comprendre pour moi	1	2	3	4
5. J'ai constamment mal	1	2	3	4
6. Si j'ai mal c'est uniquement de ma faute	1	2	3	4
7. Je n'ai pas assez d'informations à propos de ma douleur	1	2	3	4
8. Ma douleur est un problème temporaire dans ma vie	1	2	3	4
9. J'ai l'impression que je me réveille avec la douleur et que je m'endors avec elle	1	2	3	4
10. Je suis la cause de ma douleur	1	2	3	4
11. Il existe un moyen de guérir ma douleur	1	2	3	4
12. Je me fais des reproches quand j'ai mal	1	2	3	4
13. Je n'arrive pas à comprendre pourquoi j'ai mal	1	2	3	4
14. Un jour, de nouveau, je n'aurai plus mal du tout	1	2	3	4
15. Ma douleur varie en intensité mais elle est toujours présente avec moi	1	2	3	4

TAMPA – TSK -17

- Version originale : TAMPA SCALE KINESIOPHOBIE – TSK / Clark et col / 1996
- Version française (si différent) : Echelle TAMPA (TSK-CF) traduite par GRISART & MASQUELIER ou EKT / French / 2002

Construction :

- Nombre d'items : 17 items
- Cotation :
 - o échelle de likert de fortement en désaccord à fortement en accord / côté de 1 à 4 /
 - o items inversés : 4, 8, 12, 16.
- Consigne : « *Même à cette époque de haute technologie, il ne faut pas négliger une des plus importantes sources d'information à votre sujet : il s'agit de vos sentiments ou de vos intuitions à propos de ce qui arrive à votre corps. Répondez aux questions suivantes en utilisant l'échelle de droite. Répondez vraiment en fonction de votre impression et pas en fonction de ce que les autres pensent que vous devriez croire. Il ne s'agit pas d'un test de connaissance médicale. Nous voulons savoir comment vous voyez les choses.* »

Interprétation :

- Cut off de 40 / plus la kinésiophobie est sévère, plus le score sera élevé

Article de validation :

- Original:
 - o Clark ME, Kori SH, Brockel J. Kinesiophobia and chronic pain: psychometric characteristics and factor analysis of the Tampa Scale. Am Pain Soc Abstracts 1996.
 - o Kori KS, Miller RP, Todd DD. Kinisophobia: a new view of chronic pain behaviour. Pain Manag 1990;3: 35–43
- Version Française : Douglas, French, Roach, Mayes, Peur du mouvement chez des accidentés du travail : l'échelle de kinésiophobie de Tampa (EKT) ; Revue canadienne du comportement, 2002, 34 :1, 28-33. Doi : 10.1037/h0087152
- Qualité psychométrique :
 - o Jeffrey Roelofs Judith K Sluiter Monique H W Frings-Dresen Johan W.S. Vlayen The Tampa Scale for Kinesophobia: Evidence for cultural invariance across various musculoskeletal pain conditions. January 2007
 - o Douglas J. French, Christopher R. France, François Vigneau, Julie A. French, R. Thomas Evans; Fear of movement/(re)injury in chronic pain: A psychometric

assessment of the original English version of the Tampa scale for kinesiophobia (TSK) ; Pain 2007.

Autre version :

- TSK-AA, 6 items, score entre 6 et 24
- TSK-11
- SF-TSK 5 items, score allant de 5 à 20
- TSK-TM (trouble mandibulaire)

Même à cette époque de haute technologie, il ne faut pas négliger une des plus importantes sources d'information à votre sujet : il s'agit de vos sentiments ou de vos intuitions à propos de ce qui arrive à votre corps.

Répondez aux questions suivantes en utilisant l'échelle de droite.

Répondez vraiment en fonction de votre impression et pas en fonction

de ce que les autres pensent que vous devriez croire. Il ne s'agit pas d'un test de connaissance médicale. Nous voulons savoir comment vous voyez les choses.

Consignes : Veuillez lire attentivement chaque question et encrer le numéro qui correspond le mieux à ce que vous ressentez.		Fortement en désaccord	Légèrement en désaccord	Légèrement en accord	Fortement en accord
1.	J'ai peur qu'en faisant de l'exercice, cela ne me blesse	1	2	3	4
2.	Si je vais au-delà de mes limites pour dépasser la douleur, elle pourrait augmenter	1	2	3	4
3.	Mon corps me dit que quelque chose ne va pas et que cela constitue un danger pour lui	1	2	3	4
4.*	Ma douleur serait probablement diminuée si je faisais de l'exercice	1	2	3	4
5.	Les gens ne prennent pas mon état de santé suffisamment au sérieux	1	2	3	4
6.	Mon accident a fragilisé mon corps pour le reste de ma vie.	1	2	3	4
7.	La douleur signifie qu'il y a toujours une lésion	1	2	3	4
8.*	Ce n'est pas parce que quelque chose aggrave ma douleur que cela signifie que c'est dangereux	1	2	3	4
9.	J'ai peur de me faire mal ou de me blesser par mégarde	1	2	3	4
10	En étant attentif à ne faire que des gestes adéquats, je peux éviter d'augmenter la douleur	1	2	3	4
11	Le maintien d'une telle douleur signifie que j'ai probablement quelque chose de grave	1	2	3	4
12.*	Malgré ma douleur, je serais mieux si j'avais plus d'activités physiques	1	2	3	4
13.	La douleur me fait savoir quand je dois arrêter mes exercices afin de ne pas entraîner des dommages corporels	1	2	3	4
14.	Ce n'est pas vraiment très bon pour une personne dans un état comme le mien d'être physiquement active	1	2	3	4
15.	Je ne peux pas tout faire comme les autres, sinon cela pourrait causer des lésions dans mon organisme	1	2	3	4
16.*	Même si certaines choses entraînent une douleur, je ne pense pas qu'elles soient réellement dangereuses	1	2	3	4
17.	Personne ne devrait faire de l'exercice lorsqu'il(elle) a mal	1	2	3	4

ÉCHELLE TAMPA (TSK-CF) Kori et al., 1990, traduite par GRISART & MASQUELIER, Cliniques Universitaires Saint-Luc, 1200 Bruxelles

DES

- Version originale : Dissociative Experiences Scales ; Bernstein & Putnam, 1986
- Version française (si différent) : Echelle des expériences dissociatives ; Darves-Bornoz et col, 1999

Construction :

- Nombre d'items : 28 items décrivant une situation pour laquelle le patient doit donner une fréquence d'apparition / entre 0% jamais et 100% tout le temps
- Cotation :
 - o calcul d'une moyenne au regard des 28 items
 - o score par facteur :
 - Dépersonnalisation-Déréalisation : 1 2 3 7 12 13 14 16 19 23 28 (11 items)
 - Fragmentation de l'identité et amnésie dissociative : 4 5 6 8 9 10 11 21 22 26 27 (11 items)
 - Absorption et implication imaginaire : 14 15 17 18 20 24 28 (6 items)
- Consigne : « *Ce questionnaire comprend 28 questions concernant des expériences que vous pouvez avoir dans votre vie quotidienne. Nous souhaitons déterminer avec quelle fréquence vous arrivent ces expériences. Il est important, cependant, que vos réponses montrent avec quelle fréquence ces expériences vous arrivent en dehors des moments où vous pouvez être sous l'influence d'alcool ou de drogues. Pour répondre aux questions, nous vous prions de déterminer avec quel degré la sensation décrite dans la question s'applique à vous et de marquer la ligne avec un trait vertical à la place appropriée, comme le montre l'exemple ci-dessous.*
Par exemple comme ceci : *Il arrive à certaines personnes d'être tellement dans leurs pensées, qu'elles n'entendent pas la sonnette. Entourez le chiffre correspondant au pourcentage de temps durant lequel vous éprouvez cette expérience.* »

Interprétation : définition d'un score seuil de 25 pour lesquels on suppose la présence d'un trouble dissociatif, à confirmer par un entretien diagnostique (Nijenhuis, 1999) – score > 40 troubles dissociatifs +

Article de validation :

- Original: Bernstein, E. M., & Putnam, F. W. (1986). Development, Reliability, and Validity of a Dissociation Scale. *Journal of Nervous and Mental Disease*, 174(12), 9.
- Version Française : Darves-Bornoz, J.-M., Degiovanni, A., & Gaillard, P. (1999). Validation d'une version française de l'échelle des expériences dissociatives dans une population victime de viol. *The Canadian Journal of Psychiatry*, 44(3), 271-275.
<https://doi.org/10.1177/070674379904400308>
- Qualité psychométrique : Bernstein, I. H., Ellason, J. W., Ross, C. A., & Vanderlinden, J. (2001). On the Dimensionalities of the Dissociative Experiences Scale (DES) and the Dissociation Questionnaire (DIS-Q). *Journal of Trauma & Dissociation*, 2(3), 101-120.
https://doi.org/10.1300/J229v02n03_07

Autre version :

- Larøi, F., Billieux, J., Defeldre, A.-C., Ceschi, G., & Van der Linden, M. (2013). Factorial structure and psychometric properties of the French adaptation of the Dissociative Experiences Scale (DES) in non-clinical participants. *European Review of Applied Psychology*, 63(4), 203-208.
<https://doi.org/10.1016/j.erap.2013.04.004>
- Waller, Niels, Putman, Franck W. Carlson Eve B (1986) Types de dissociation et types dissociatifs : une analyse taxométrique des expériences dissociatives. *Psychological Methods*, 1 (3), 300 – 321.
<https://doi.org/10.1037/1082-989X.1.3.300>

Jamais

Tout le
temps

4. Certaines personnes font l'expérience de se trouver vêtues d'habits qu'elles ne se souviennent pas avoir mis.

0% 10% 20% 30% 40% 50% 60% 70% 80% 90% 100%
Jamais Tout le
temps

5. Certaines personnes font l'expérience de trouver des objets nouveaux dans leurs affaires sans se rappeler les avoir achetés.

0% 10% 20% 30% 40% 50% 60% 70% 80% 90% 100%
Jamais Tout le
temps

6. Il arrive à certaines personnes d'être abordées par des gens qu'elles-mêmes ne reconnaissent pas. Ces inconnus les appellent par un nom qu'elles ne pensent pas être le leur ou affirment les connaître.

0% 10% 20% 30% 40% 50% 60% 70% 80% 90% 100%
Jamais Tout le
temps

7. Certaines personnes ont parfois la sensation de se trouver à côté d'elles-mêmes ou de se voir elles-mêmes faire quelque chose, et de fait, elles se voient comme si elles regardaient une autre personne.

0% 10% 20% 30% 40% 50% 60% 70% 80% 90% 100%
Jamais Tout le
temps

8. On dit parfois à certaines personnes qu'elles ne reconnaissent pas des amis ou des membres de leur famille. Marquez la ligne pour montrer quel est le pourcentage de temps où cela vous arrive.

0% 10% 20% 30% 40% 50% 60% 70% 80% 90% 100%

Jamais

Tout le
temps

9. Certaines personnes s'aperçoivent qu'elles n'ont pas de souvenir sur des événements importants de leur vie (par exemple, cérémonies de mariage ou de remise d'un diplôme).

0% 10% 20% 30% 40% 50% 60% 70% 80% 90% 100%
Jamais Tout le
temps

10. Certaines personnes font l'expérience d'être accusées de mentir alors qu'elles pensent ne pas avoir menti.

0% 10% 20% 30% 40% 50% 60% 70% 80% 90% 100%
Jamais Tout le
temps

11. Certaines personnes font l'expérience de se regarder dans un miroir et de ne pas s'y reconnaître. Marquez la ligne pour montrer quel est le pourcentage de temps où cela vous arrive.

0% 10% 20% 30% 40% 50% 60% 70% 80% 90% 100%
Jamais Tout le
temps

12. Certaines personnes font parfois l'expérience de ressentir comme irréels, d'autres gens, des objets, et le monde autour d'eux.

0% 10% 20% 30% 40% 50% 60% 70% 80% 90% 100%
Jamais Tout le
temps

13. Certaines personnes ont parfois l'impression que leur corps ne leur appartient pas.

0% 10% 20% 30% 40% 50% 60% 70% 80% 90% 100%
Jamais Tout le
temps

14. Certaines personnes font l'expérience de se souvenir parfois d'un événement passé de manière si vive qu'elles ressentent les choses comme si elles étaient en train de revivre cet événement.

0% 10% 20% 30% 40% 50% 60% 70% 80% 90% 100%
Jamais Tout le temps

15. Certaines personnes font l'expérience de ne pas être sûres si les choses dont elles se souviennent être arrivées, sont réellement arrivées ou si elles les ont juste rêvées.

0% 10% 20% 30% 40% 50% 60% 70% 80% 90% 100%
Jamais Tout le temps

16. Certaines personnes font l'expérience d'être dans un lieu familier mais de le trouver étrange et inhabituel.

0% 10% 20% 30% 40% 50% 60% 70% 80% 90% 100%
Jamais Tout le temps

17. Certaines personnes constatent que, lorsqu'elles sont en train de regarder la télévision ou un film, elles sont tellement absorbées par l'histoire qu'elles n'ont pas conscience des autres événements qui se produisent autour d'elles.

0% 10% 20% 30% 40% 50% 60% 70% 80% 90% 100%
Jamais Tout le temps

18. Certaines personnes constatent parfois qu'elles deviennent si impliquées dans une pensée imaginaire ou dans une rêverie qu'elles les ressentent comme si c'étaient réellement en train de leur arriver.

0% 10% 20% 30% 40% 50% 60% 70% 80% 90% 100%
Jamais Tout le temps

19. Certaines personnes constatent qu'elles sont parfois capables de ne pas prêter attention à la douleur.

0%	10%	20%	30%	40%	50%	60%	70%	80%	90%	100%
Jamais										Tout le temps

20. Il arrive à certaines personnes de rester le regard perdu dans le vide, sans penser à rien et sans avoir conscience du temps qui passe.

0%	10%	20%	30%	40%	50%	60%	70%	80%	90%	100%
Jamais										Tout le temps

21. Parfois certaines personnes se rendent compte que quand elles sont seules, elles se parlent à haute voix.

0%	10%	20%	30%	40%	50%	60%	70%	80%	90%	100%
Jamais										Tout le temps

22. Il arrive à certaines personnes de réagir d'une manière tellement différente dans une situation comparée à une autre situation, qu'elles se ressentent presque comme si elles étaient deux personnes différentes.

0%	10%	20%	30%	40%	50%	60%	70%	80%	90%	100%
Jamais										Tout le temps

23. Certaines personnes constatent parfois que dans certaines situations, elles sont capables de faire avec une spontanéité et une aisance étonnantes, des choses qui seraient habituellement difficiles pour elles (par exemple sports, travail, situations sociales...).

0%	10%	20%	30%	40%	50%	60%	70%	80%	90%	100%
Jamais										Tout le temps

24. Certaines personnes constatent que parfois elles ne peuvent se souvenir si elles ont fait quelque chose ou si elles ont juste pensé qu'elles allaient faire cette chose (par exemple, ne pas savoir si elles ont posté une lettre ou si elles ont juste pensé la poster).

0% 10% 20% 30% 40% 50% 60% 70% 80% 90% 100%
Jamais Tout le temps

25. Il arrive à certaines personnes de ne pas se rappeler avoir fait quelque chose alors qu'elles trouvent la preuve qu'elles ont fait cette chose.

0% 10% 20% 30% 40% 50% 60% 70% 80% 90% 100%
Jamais Tout le temps

26. Certaines personnes trouvent parfois des écrits, des dessins ou des notes dans leurs affaires qu'elles ont dû faire mais qu'elles ne se souviennent pas avoir faits.

0% 10% 20% 30% 40% 50% 60% 70% 80% 90% 100%
Jamais Tout le temps

27. Certaines personnes constatent qu'elles entendent des voix dans leur tête qui leur disent de faire des choses ou qui commentent des choses qu'elles font. Marquez la ligne pour montrer le pourcentage de temps où cela vous arrive.

0% 10% 20% 30% 40% 50% 60% 70% 80% 90% 100%
Jamais Tout le temps

28. Certaines personnes ont parfois la sensation de regarder le monde à travers un brouillard de telle sorte que les gens et les objets apparaissent lointains ou indistincts. Entourez un nombre pour indiquer le pourcentage de temps où cela arrive.

0% 10% 20% 30% 40% 50% 60% 70% 80% 90% 100%
Jamais Tout le temps

SDQ-20

- Version originale : Somatic Dissociation Questionnaire – 20 ; Nijenhuis, Spinhoven, Van Dyck, Van der Hart, Vanderlinden ; 1996
- Version française (si différent) : Questionnaire de dissociation somatoforme/El Hage et col, 2004

Construction :

- Nombre d'items : 20 items sur une échelle de type Lickert de 1 à 5 allant de pas du tout applicable à tout à fait applicables + une colonne reprenant les causes médicales
- Cotation : Score min-max : 20 à 100 / addition des réponses à chaque question
 - o Répartition en facteurs possibles :
 - Négligence sensorielle, (12. 15. 11. 13. 8. 1. 20. 7) 8 items
 - Réactions subjectives à des distorsions perceptives, (9. 2. 10. 6. 16. 3. 4.) 7 items
 - Troubles de la modulation de la vigilance (17. 14. 19. 5. 18) 5 items
 - o Noter s'il y a un score élevé à un des items isolés sans explication médicale

- Consigne :

« Ce questionnaire interroge sur différents symptômes physiques que vous auriez pu avoir durant une période plus ou moins longue. Nous vous demandons d'indiquer dans quelle mesure ces symptômes apparaissent chez vous ou sont apparus durant l'année écoulée. Pour

chaque affirmation, veuillez entourer d'un cercle le nombre de la première colonne qui correspond à la réponse qui s'applique le plus à vous.

Les possibilités sont :

- 1 = ceci ne m'est pas du tout applicable
- 2 = ceci m'est un petit peu applicable
- 3 = ceci m'est modérément applicable
- 4 = ceci m'est certainement applicable
- 5 = ceci m'est tout à fait applicable

Si un symptôme vous est applicable, veuillez indiquer si ce symptôme a été mis en relation avec une maladie physique par un médecin. Vous pouvez indiquer ceci en encerclant le mot 'oui' ou 'non' dans la colonne 'la cause physique est-elle connue ?'. Si vous avez écrit 'oui', veuillez écrire la cause physique (si vous la connaissez) sur les pointillés. »

Interprétation : Tarquinio, C., & Auxéméry, Y. (2022). Manuel des troubles psychotraumatiques, théories et pratiques cliniques. (Dunod). p 208-211

- Score total > 28 = investiguer un éventuel trouble dissociatif.
- Trouble dissociatif de l'identité si M=55.
- Trouble dissociatif non spécifié si M=44.

Et s'il y a un score élevé à un des items isolés sans explication médicale = considérer qu'il existe un trouble dissociatif des sensation et du mouvement ou un autre trouble somatoforme qui nécessite des investigations nécessaires. (Source : Nijenhuis, E.R.S., Spinhoven, P., Van Dyck, R., & Van der Hart, O. (1996). The development and psychometric characteristics of the Somatoform Dissociation Questionnaire (SDQ-20). Journal of Nervous and Mental Disease. 184 : 688-694)

Article de validation :

- Original: Nijenhuis, Spinhoven, Van Dyck, Van der Hart, Vanderlinden ; The development and psychometric characteristics of the somatoform dissociation questionnaire (SDQ-20) J Nerv Ment Dis, 1996, 184 : 688-694.
- Version Française : EL Hage, Validation de la version française du SDQ-20 ; questionnaire de dissociation somatoforme, Stress et Trauma, 2004 ; 4 (4) : 291-297 / dans Tarquinio, C., & Auxéméry, Y. (2022). Manuel des troubles psychotraumatiques , théories et pratiques cliniques. (Dunod) on parle d'une version traduite et révisée par Nijenhuis.
- Qualité psychométrique : Tarquinio, C., & Auxéméry, Y. (2022). Manuel des troubles psychotraumatiques , théories et pratiques cliniques. (Dunod). P 201 = tous les items ont un Alpha de Chronbach à 0,83 / on retrouve aussi une analyse factorielle à composante principale et une solution à 3 facteurs expliquant 40,1% de la variance totale. Négligence sensorielle Alpha = 0,67, réaction subjective aux distorsions de la perception l'alpha = 0,73 et perturbations de la modulation de la vigilance avec un Alpha =0.63

Ce questionnaire interroge sur différents **symptômes physiques que vous auriez pu avoir durant une période plus ou moins longue.**

Nous vous demandons d'indiquer **dans quelle mesure ces symptômes apparaissent chez vous ou sont apparus durant l'année écoulée.** Pour chaque affirmation, veuillez entourer d'un cercle le nombre de la première colonne qui correspond à la réponse qui s'applique le plus à vous.

Les possibilités sont :

- 1 = ceci ne m'est pas du tout applicable
- 2 = ceci m'est un petit peu applicable
- 3 = ceci m'est modérément applicable
- 4 = ceci m'est certainement applicable
- 5 = ceci m'est tout à fait applicable

Si un symptôme vous est applicable, veuillez indiquer si ce symptôme a été mis en relation avec une maladie physique par un médecin. Vous pouvez indiquer ceci en encerclant le mot 'oui' ou 'non' dans la colonne 'la cause physique est-elle connue?'. Si vous avez écrit 'oui', veuillez écrire la cause physique (si vous la connaissez) sur les pointillés.

Exemple	Mesure dans laquelle ce symptôme vous est applicable	Est-ce que la cause physique est connue ?	
Il m'arrive parfois de Claquer des dents	1 2 3 4 5	Non	Oui il s'agit de
Avoir des crampes dans les mollets	1 2 3 4 5	Non	Oui il s'agit de

Si vous avez encerclé '1' (pas du tout applicable à moi) dans la première colonne, vous ne devez pas répondre à la deuxième question (sur la connaissance de la cause physique).

Par contre, il est nécessaire de remplir la deuxième colonne si vous répondez 2 3 4 5).

Veuillez-vous assurer de n'avoir omis aucune des 20 questions.

Merci pour votre participation.

Nous vous demandons d'indiquer **dans quelle mesure ces symptômes apparaissent chez vous ou sont apparus durant l'année écoulée**. Pour chaque affirmation, veuillez entourer d'un cercle le nombre de la première colonne qui correspond à la réponse qui s'applique le plus à vous.

Les possibilités sont :

- 1 = ceci ne m'est pas du tout applicable
- 2 = ceci m'est un petit peu applicable
- 3 = ceci m'est modérément applicable
- 4 = ceci m'est certainement applicable
- 5 = ceci m'est tout à fait applicable

<i>Il m'arrive parfois de</i>	<i>Mesure dans laquelle ce symptôme vous est applicable pour vous</i>	<i>Est-ce que la cause physique est connue ?</i>	
Avoir des difficultés à uriner	1 2 3 4 5	Non	Oui il s'agit de
Être dégoûté d'aliments que j'aime bien en temps normal (pour les femmes en dehors des périodes de grossesse ou des menstruations)	1 2 3 4 5	Non	Oui il s'agit de
Entendre des sons qui viennent de près comme s'ils venaient loin	1 2 3 4 5	Non	Oui il s'agit de
Avoir mal lorsque j'urine	1 2 3 4 5	Non	Oui il s'agit de
Avoir la sensation que mon corps ou une partie de mon corps est comme engourdi	1 2 3 4 5	Non	Oui il s'agit de
Avoir l'impression que les gens et les objets paraissent plus grands	1 2 3 4 5	Non	Oui il s'agit de

Avoir des attaques qui ressemblent à des crises d'épilepsies	1 2 3 4 5	Non	Oui il s'agit de
Ressentir que mon corps ou une partie de mon corps est insensible à la douleur	1 2 3 4 5	Non	Oui il s'agit de
Être dégoûté(e) d'odeurs que d'habitude j'aime bien	1 2 3 4 5	Non	Oui il s'agit de
Ressentir de la douleur dans mes parties génitales (en dehors des rapports sexuels)	1 2 3 4 5	Non	Oui il s'agit de
Ne pas pouvoir entendre pendant un petit temps (comme si j'étais sourd(e))	1 2 3 4 5	Non	Oui il s'agit de
Ne pas voir comme si j'étais aveugle (pendant un petit temps)	1 2 3 4 5	Non	Oui il s'agit de
Voir des choses (des objets) autour de moi différemment que d'habitude (par exemple comme si je voyais à travers un tunnel ou que je voyais qu'une petite partie d'un objet).	1 2 3 4 5	Non	Oui il s'agit de
Être bien mieux ou bien moins capable de sentir des odeurs que d'habitude (alors que je ne suis pas enrhumé(e)).	1 2 3 4 5	Non	Oui il s'agit de
Avoir l'impression que mon corps ou une partie de mon corps avait disparu	1 2 3 4 5	Non	Oui il s'agit de
Ne pas pouvoir avaler (ou seulement avec beaucoup d'efforts)	1 2 3 4 5	Non	Oui il s'agit de
Ne pas arriver à dormir pendant des nuits, tout en actif durant la journée.	1 2 3 4 5	Non	Oui il s'agit de
Ne pas pouvoir parler (ou seulement avec beaucoup d'efforts) ou ne pouvoir que chuchoter.	1 2 3 4 5	Non	Oui il s'agit de
Être temporairement paralysé.	1 2 3 4 5	Non	Oui il s'agit de
Me raidir temporairement	1 2 3 4 5	Non	Oui il s'agit de

PCL-S

- Version originale : PTSD Checklist Scale (PCLS) ; Blanchard et col, 1996
- Version française (si différent) : échelle de l'état de stress post-traumatique PCLS ; N. YAO et col, 2003

Construction :

- Nombre d'items : 17 items, échelle de Lickert allant de 1 à 5 (Pas du tout, Un peu, Parfois, Souvent, Très souvent)
- Cotation : calcul d'un score total en additionnant les réponses + un score par facteurs
- Consigne : « *Veillez trouver ci-dessous une liste de problèmes et de symptômes fréquents à la suite d'un épisode de vie stressant. Veillez lire chaque problème avec soin puis veuillez entourer le chiffre de droite pour indiquer à quel point vous avez été perturbé par ce problème dans le mois précédent* »

Interprétation : score seuil de 44 pour TSPT complet / TSPT non complet pour un score entre 34-44

TOTAL	Post trauma 60,18 / 45,8 9,4 / 16,1	Contrôle 31,52 / 30,14 12,1 / 12,42
<i>Dimension répétition</i>	Items de 1 à 5	
<i>Dimension d'évitement</i>	Items de 6 à 12	
<i>Dimension de l'hyperactivité neurovégétative</i>	Items de 13 à 17	

Article de validation :

- Original : BLANCHARD EB, JONES-ALEXANDER J, BUCKLEY TC et al. Psychometric properties of the PTSD Checklist. Behav Res Ther ; 1996 ; 34 : 669-73.
- Version Française : N. YAO, J. COTTRAUX, I. NOTE, C. DE MEY-GUILLARD , E. MOLLARD , V. VENTUREYRA ; Évaluation des états de stress post-traumatique : validation d'une échelle, la PCLS S. L'Encéphale, 2003 ; XXIX : 232-8, cahier 1
- Exemple de recherche : Holterbach, Baumann, Andreani, Desré, Auxéméry ; Corrélation entre les symptômes spécifiques et non spécifiques du trouble de stress post-traumatique avec la consommation de soins de santé chez 340 Français soldats] ; Encéphale. 2015 Oct;41(5):444-53. doi: 10.1016/j.encep.2015.05.001.
- Qualité psychométrique : une bonne validité empirique et discriminante de la PCLS. Le test-t montre que le gain moyen du score de la PCLS après la thérapie chez 24 patients de l'ESPT est significatif. La PCLS est donc sensible au changement lié à une intervention thérapeutique (Yao et col 2003)/ l'homogénéité de l'échelle avec la cohérence interne de 3 sous-syndromes : α = de 0,82 à 0,94 (Blanchard et col, 1996 cité par Yao et col 2003)

PCL-S

NOM :

PRENOM :

DATE :

Instructions : Veuillez trouver ci-dessous une liste de problèmes et de symptômes fréquents à la suite d'un épisode de vie stressant. Veuillez lire chaque problème avec soin puis veuillez entourer le chiffre de droite pour indiquer à quel point vous avez été perturbé par ce problème **dans le mois précédent**.
L'événement stressant que vous avez vécu était : (décrivez-le en une phrase)

Date de l'événement :

	Pas du tout	Un peu	Parfois	Souvent	Très souvent
1. Être perturbé(e) par des souvenirs, des pensées ou des images en relation avec cet épisode stressant.	1	2	3	4	5
2. Être perturbé(e) par des rêves répétés en relation avec cet événement.	1	2	3	4	5
3. Brusquement agir ou sentir comme si l'épisode stressant se reproduisait (comme si vous étiez en train de le revivre).	1	2	3	4	5
4. Se sentir bouleversé(e) lorsque quelque chose vous rappelle l'épisode stressant.	1	2	3	4	5
5. Avoir des réactions physiques, par exemple, battements de cœur, difficultés à respirer, sueurs lorsque quelque chose vous a rappelé l'épisode stressant.	1	2	3	4	5
6. Éviter de penser ou de parler de votre épisode stressant ou éviter des sentiments qui sont en relation avec lui.	1	2	3	4	5
7. Éviter des activités ou des situations parce qu'elles vous rappellent votre épisode stressant.	1	2	3	4	5
8. Avoir des difficultés à se souvenir de parties importantes de l'expérience stressante.	1	2	3	4	5

9. Perte d'intérêt dans des activités qui habituellement vous faisaient plaisir.	1	2	3	4	5
10. Se sentir distant ou coupé(e) des autres personnes.	1	2	3	4	5
11. Se sentir émotionnellement anesthésié(e) ou être incapable d'avoir des sentiments d'amour pour ceux qui sont proches de vous.	1	2	3	4	5
12. Se sentir comme si votre avenir était en quelque sorte raccourci.	1	2	3	4	5
13. Avoir des difficultés pour vous endormir ou rester endormi(e).	1	2	3	4	5
14. Se sentir irritable ou avoir des bouffées de colère.	1	2	3	4	5
15. Avoir des difficultés à vous concentrer.	1	2	3	4	5
16. Être en état de super-alarme, sur la défensive ou sur vos gardes.	1	2	3	4	5
17. Se sentir énervé(e) ou sursauter facilement	1	2	3	4	5
TOTAL :					

PCL-S for DSMIV, Weathers FW, Litz BT, Huska JA, Keane TM, National Center for PTSD Behavioral Science division, 1994

Annexe 6 : Base de données psychométriques CHRO-PAIN-DISS

	Sexe	age	type de douleur	durée début des douleurs années	nb zone dlr	EN minute	EN max	EN mini	EN mvt	EN nuit	EN total	QDSA senso	QDSA emo	HADS D	HADS A	Re humeur	Re marche	Re travail	re autres	re sommeil	Re gout	Re total
1	M	40	DN	7	2	8	8	4	10	6	36	76	25	10	12	10	1	10	8	6	0	35
4	F	41	FM	20	6	5	9	1	7	6	28	42	39	9	11	8	6	8	9	9	7	47
5	F	55	FM	5	16	5	9	2	9	1	26			3	8	3	5	7	1	3	0	19
7	M	55	FM	5	9	4	1	1	8	4	18	37	14	9	15	1	1	1	1	5	1	10
8	F	51	FM	20	17	7	7	3		1	18	68	45	10	9	5	6	8	2	7	0	28
10	F	52	FM	25	15		4	8	3	7	5	25	34	7	14	5	9	6	0	7	2	29
17	F	55	FM	19	19	7	9	6	9	7	38	16	9	6	5	3	7	7	0	7	0	24
18	M	35	C	9	2							7	8	3	5							0
19	M	53	C	19																		0
20	F	68	C	5																		0
22	F	57	FM	20	35	5	7	5	7	7	31	28	15	9	8	7	6	7	6	6	0	32
23	F	49	DN	6	1	6	8	6	5	7	32	10	37	10	8	5	1	7	1	7	1	22
25	M	48	DN	6	6	2	7	1	5	2	17	22	21	13	10	4	10	7	5	7	6	39
27	F	38	FM	35	17	7	8	5	6	7	33	59	36	6	12	2	4	5	1	7	0	19
28	M	58	ND	2																		0
29	F	41	DN	9	9	7	9	4	9	9	38	43	35	12	12	8	7	9	7	10	7	48
32	F	57	C	3.5																		0
33	F	33	DN	18																		0
36	F	46	FM	13																		0
37	F	33	FM	6	19	6	7	6	8	8	35	29	22	8	5	9	9	10	7	10	5	50
39	M	47	ND	5	12	4	7	3	5	1	20	19	33	13	20	9	5	5	7	5	8	39
40	F	42	FM	2																		0
41	F	44	FM	2	6	5	7	2	8	7	29	7	17	7	4	4	4	6	2	8	3	27

	CSQ-F					PCS				PASS 20	ICPD				TAMPA	STAI A	STAI B	QIA SCORE TOTAL	FSS III total	BDI
	CSQ-F IGNORER	CSQ-F DISTRA	CSQ-F REINTER	CSQ-F PRIE	CSQ-F DRAMA	TOTAL	PCS IMPUISS	PCS AMPLI	PCL RUMI		ICPD MYST	ICPD CONST	ICPD CULPA	ICPD PEREN						
1	12	14	7	3	8	21	1.83	1.00	1.75	28	1	1	2	5	36	34	43	47	137	5
4	10	10	5	3	13	34	3.00	2.33	2.25	64	2	1	3	4	43	50	51	62	214	9
5																				
7	11	10	6	3	6	16	1.17	2.00	0.75	50	1	1	5	1	42	75	69	76	200	16
8	10	16	5	3	6	6	0.50	0.67	0.25	40	1	2	4	2	48	25	31	53	179	5
10	12	5	4	3	9	26	2.67	1.67	1.25	72	5	1	1	4	49	35	47	74	197	14
17	10	9	5	3	8	17	1.50	1.00	1.25	22	1	1	3	5	39	28	40	39	120	13
18	18	7	5	3	6	8	0.67	1.00	0.25	27	2	2	1	2	26	26	30	28	100	5
19																				
20	9	13	6	6	9	38	2.67	3.33	3	71	1	1	1	5	40	32	44	19	133	5
22	6	15	4	5	8	20	2.17	1.00	1	47	3	2	5	5	50	45	49	48	102	7
23	7	9	5	3	14	46	3.67	3.33	3.5	51	4	1	1	4	46	54	66	52	159	17
25	12	12	4	3	13	38	2.83	2.67	3.25	53	1	1	2	5	43	54	62	59	143	19
27	12	11	6	3	8	19	1.67	0.67	1.75	34	1	1	1	5	39	49	45	62	162	12
28																				
29	8	13	7	3	12	33	2.83	2.00	2.5	60	2	1	5	5	44	72	65	63	105	26
32																				
33	15	15	6	12	6	5	0.83	0.00	0	16	2	0	1	3	42	26	34	27	110	3
36	13	15	3	8	13	43	3.50	2.33	3.75	65	4	2	3	4	59	57	51	67	186	3
37	17	17	7	3	12	18	2.00	1.00	0.75	25	2	2	1	4	46	50	48	21	108	17
39	6	10	4	3	13	39	2.67	3.00	3.5	63	3	2	1	2	36	38	62	61	130	10
40																				
41	8	4	6	3	7	12	1.50	0.00	0.75	22	1	0	3	5	30	33	41	39	125	10

	PCL-S POSITIF	PCL-S NB	PCL-S DUREE	PCL-S EVENEMENT	PCL-S MAX	PCL-S REPET	PCL-S EVIT	PCL-S HNV	DES TOTAL	DES DEP	DES FRAG	DES ABS	SDQ- 20 TOTAL	SDQ-5	SDQ NEGLI	SDQ REACT	SDQ VIGILANCE	
1	2	3	15	séparation ou divorce	55	3.4	4.17	2.6	17.50	21.82	13.00	23.33	30.00	9.00	1.5	1.14	1.8	
4	2	3	20	mort ou risque de mort d'un proche	51	3.2	3.00	3.4	31.25	45.45	26.5	25.83	35.00	8.00	1.625	1.14	2.4	
5																		
7	1	1	47	alcoolisme d'un proche	73	4.8	4.00	5.00	32.14	38.18	10.00	60.00	31.00	5.00	1.00	1.43	2.4	
8	0	2	37	mort ou risque de mort d'un proche	26	1.4	2.33	1.00	23.57	25.45	8.00	50.00	26.00	5.00	1.25	1.00	1.8	
10	0	1	11	chirurgie ou événement somatique	35	2.4	1.83	2.4	28.57	38.18	20.00	30.00	46.00	7.00	1.875	2.71	1.8	
17	1	4	1	conflit	47	4	1.83	3.2	20.36	29.09	14.00	18.33	30.00	5.00	1.5	0.86	2.2	
18	0	1	2	peur de tout perdre	26	1	1.67	2.2	16.79	18.18	9.00	30.00	27.00	7.00	1.375	1.29	1.2	
19																		
20	1	1	27	AVP	44	3	2.17	3.2	17.86	20.00	0.00	41.67	27.00	7.00	1.00	1.14	1.4	
22	0	2	31	agression	27	1.8	2.00	1.2	22.86	24.55	19.00	28.33	31.00	5.00	1.75	1.14	1.6	
23	1	1	25	mort ou risque de mort d'un proche	44	4	1.50	3.00	3.93	1.82	3.00	10.00	28.00	5.00	1.25	0.86	2.2	
25	1	1	39	mort ou risque de mort d'un proche	60	2.6	4.00	4.6	26.43	37.27	15.00	26.67	37.00	7.00	1.75	1.43	2.4	
27	3	5	5	mort ou risque de mort d'un proche	54	3.2	3.17	3.8	40.71	44.55	29.00	58.33	45.00	12.00	2.75	1.57	2.2	
28																		
29	1	1	13	mort ou risque de mort d'un proche	60	3.4	3.83	4.00	38.21	40.91	23.00	50.00	43.00	8.00	1.625	1.86	2.6	
32																		
33	0	1		chirurgie ou événement somatique	20	1	1.33	1.4	11.07	19.09	1.00	15.00	31.00	5.00	1.00	0.86	2.6	
36	1	1	26	les cicatrices du passé	52	4	3.17	2.6	33.57	39.09	35.00	31.67	31.00	5.00	1.125	1.29	2.4	
37	1	3	14	chirurgie ou événement somatique	56	2	4.33	4.00	18.93	12.73	9.00	50.00	44.00	16.00	2.00	1.57	2.6	
39	1	1	5	chirurgie ou événement somatique	70	4.6	4.17	4.4	16.07	22.73	9.00	18.33	17.00	3.00	0.75	0.71	1	
40																		
41	0	2	3	séparation ou divorce	42	3	3.50	1.2	7.14	8.18	0.00	16.67	30.00	5.00	1.5	0.86	2.2	

Annexe 7: Analyse des corrélations

- Défense douleur
- Trauma / psychopatho
- Trauma / dissociation
- Psychopatho / douleur
- Retentissement Douleur / psychopatho
- Retentissement Douleur / trauma et dissociation
- Douleur / SDQ-20
- Douleur / DES
- Défense / Douleur – retentissement
- Défense / trauma et dissociation
- Trauma – Dissociation / Douleur

Légende tableau matrice de corrélation :

***	***	p<.001
**	**	p<.01
*	*	p<.05

Défense douleur		Ignorer les sensations CSQ-F	Distraction CSQ-F	Réinterpré CSQ-F	Prière CSQ-F	Drama CSQ-F	PCS Total	Impuissance PCS	Amplification PCS	Rumination PCS	Total PASS 20	Kinésiophobie TAMPA	Mystère ICPD	Constance ICPD	Culpabilité ICPD	Pérenité ICPD
Ignorer les sensations CSQ-F	Pearson's r	—														
	p-value	—														
Distraction CSQ-F	Pearson's r	0.151	—													
	p-value	0.550	—													
Réinterprétation CSQ-F	Pearson's r	0.183	0.161	—												
	p-value	0.468	0.522	—												
Prière CSQ-F	Pearson's r	0.228	0.409	-0.109	—											
	p-value	0.362	0.092	0.666	—											
Dramatisation CSQ-F	Pearson's r	-0.246	0.105	-0.281	-0.154	—										
	p-value	0.326	0.679	0.259	0.543	—										
PCS Total	Pearson's r	-0.424	-0.006	-0.369	-0.092	0.876	—									
	p-value	0.080	0.982	0.132	0.717	< .001	—									
Impuissance PCS	Pearson's r	-0.397	-0.019	-0.348	-0.062	0.893	0.955	—								
	p-value	0.103	0.940	0.157	0.806	< .001	< .001	—								
Amplification PCS	Pearson's r	-0.373	-0.034	-0.332	-0.159	0.714	0.898	0.770	—							
	p-value	0.127	0.894	0.179	0.527	< .001	< .001	< .001	—							
Rumination PCS	Pearson's r	-0.424	0.029	-0.361	-0.069	0.828	0.967	0.880	0.845	—						
	p-value	0.080	0.911	0.141	0.787	< .001	< .001	< .001	< .001	—						
Total PASS 20	Pearson's r	-0.422	-0.060	-0.458	-0.103	0.550	0.765	0.719	0.807	0.677	—					
	p-value	0.081	0.813	0.056	0.683	0.018	< .001	< .001	< .001	0.002	—					
Kinésiophobie TAMPA	Pearson's r	-0.115	0.512	-0.407	0.300	0.390	0.379	0.475	0.255	0.291	0.470	—				
	p-value	0.649	0.030	0.094	0.227	0.110	0.121	0.046	0.307	0.242	0.049	—				
Mystère ICPD	Pearson's r	-0.094	-0.155	-0.566	0.154	0.438	0.440	0.561	0.325	0.309	0.484	0.519	—			
	p-value	0.711	0.538	0.014	0.542	0.069	0.068	0.015	0.188	0.211	0.042	0.027	—			
Constance ICPD	Pearson's r	0.091	0.377	-0.394	-0.235	0.217	0.135	0.076	0.219	0.128	0.239	0.296	0.273	—		
	p-value	0.718	0.123	0.105	0.349	0.387	0.594	0.764	0.383	0.613	0.339	0.234	0.273	—		
Culpabilité ICPD	Pearson's r	-0.404	0.177	0.002	-0.133	-0.163	-0.130	-0.100	-0.118	-0.153	0.103	0.284	-0.194	0.085	—	
	p-value	0.097	0.482	0.994	0.599	0.519	0.607	0.694	0.641	0.543	0.686	0.253	0.441	0.736	—	

Pérérité ICPD	Pearson's r	-0.223	0.033	0.134	-0.035	0.273	0.297	0.430	-0.019	0.303	0.002	0.101	-0.067	-0.313	-0.035	—
	p-value	0.373	0.896	0.596	0.891	0.274	0.231	0.075	0.942	0.221	0.993	0.689	0.793	0.206	0.889	—
Note. * p < .05, ** p < .01, *** p < .001																

Trauma / psychopatho		STAI état	STAI trait	QIA total	Phobie Total	Nb de PCL-S positif	Durée trauma	PCL-S Max	DES total	SDQ-20 Total	SDQ-5	Dépression BDI
STAI état	Pearson's r	—										
	p-value	—										
STAI trait	Pearson's r	0.847	—									
	p-value	< .001	—									
QIA total	Pearson's r	0.574	0.581	—								
	p-value	0.013	0.011	—								
Phobie Total	Pearson's r	0.284	0.242	0.692	—							
	p-value	0.253	0.333	0.001	—							
Nb de PCL-S positif	Pearson's r	0.366	0.293	0.255	0.290	—						
	p-value	0.135	0.238	0.307	0.243	—						
Durée trauma	Pearson's r	0.439	0.381	0.295	0.416	-0.107	—					
	p-value	0.078	0.131	0.250	0.097	0.681	—					
PCL-S Max	Pearson's r	0.673	0.753	0.450	0.233	0.608	0.102	—				
	p-value	0.002	< .001	0.061	0.351	0.007	0.697	—				
DES total	Pearson's r	0.544	0.246	0.616	0.417	0.453	0.185	0.368	—			
	p-value	0.020	0.325	0.006	0.085	0.059	0.477	0.133	—			
SDQ-20 Total	Pearson's r	0.380	0.104	0.207	0.124	0.272	-0.092	0.089	0.562	—		
	p-value	0.120	0.681	0.409	0.623	0.276	0.727	0.726	0.015	—		
SDQ-5	Pearson's r	0.169	-0.086	-0.249	-0.112	0.479	-0.207	0.184	0.282	0.702	—	
	p-value	0.504	0.735	0.320	0.657	0.044	0.426	0.465	0.257	0.001	—	
Dépression BDI	Pearson's r	0.659	0.689	0.338	-0.037	0.175	0.026	0.534	0.276	0.528	0.276	—
	p-value	0.003	0.002	0.170	0.884	0.488	0.921	0.022	0.267	0.024	0.268	—

<i>Trauma / dissociation</i>		Nb de PCL-S positif	Nb de PCL-S rempli	Durée trauma	PCL-S Max	Répétition PCL-S	Evitement PCL-S	Hyperréactivité neurovégétative HPV PCL-S	DES total	Déperso DES	Fragmen identité DES	Absorption DES	SDQ-20 Total	SDQ-5	Négligence SDQ-20	Réactivité SDQ-20	Vigilance SDQ-20
Nb de PCL-S positif	Pearson's r	—															
	p-value	—															
Nb de PCL-S rempli	Pearson's r	0.619	—														
	p-value	0.006	—														
Durée trauma	Pearson's r	-0.107	-0.390	—													
	p-value	0.681	0.122	—													
PCL-S Max	Pearson's r	0.608	0.086	0.102	—												
	p-value	0.007	0.734	0.697	—												
Répétition PCL-S	Pearson's r	0.506	0.052	0.037	0.808	—											
	p-value	0.032	0.836	0.887	< .001	—											
Evitement PCL-S	Pearson's r	0.443	0.126	0.085	0.820	0.439	—										
	p-value	0.066	0.619	0.746	< .001	0.068	—										
HPV PCL-S	Pearson's r	0.581	0.035	0.121	0.883	0.619	0.597	—									
	p-value	0.011	0.889	0.642	< .001	0.006	0.009	—									
DES total	Pearson's r	0.453	0.239	0.185	0.368	0.188	0.320	0.408	—								
	p-value	0.059	0.339	0.477	0.133	0.454	0.195	0.093	—								
Dépersonnalisation DES	Pearson's r	0.425	0.189	0.171	0.340	0.221	0.240	0.391	0.935	—							
	p-value	0.079	0.454	0.511	0.167	0.379	0.337	0.109	< .001	—							
Fragmentation identité DES	Pearson's r	0.468	0.307	-0.027	0.253	0.217	0.204	0.215	0.830	0.805	—						
	p-value	0.050	0.216	0.917	0.311	0.386	0.417	0.392	< .001	< .001	—						
Absorption DES	Pearson's r	0.277	0.192	0.316	0.289	-0.001	0.356	0.353	0.691	0.462	0.283	—					
	p-value	0.266	0.444	0.216	0.245	0.998	0.147	0.151	0.001	0.054	0.256	—					
SDQ-20 Total	Pearson's r	0.272	0.321	-0.092	0.089	-0.165	0.155	0.216	0.562	0.454	0.480	0.442	—				
	p-value	0.276	0.194	0.727	0.726	0.514	0.540	0.390	0.015	0.058	0.044	0.066	—				
SDQ-5	Pearson's r	0.479	0.526	-0.207	0.184	-0.218	0.359	0.292	0.282	0.089	0.212	0.490	0.702	—			
	p-value	0.044	0.025	0.426	0.465	0.384	0.143	0.240	0.257	0.724	0.399	0.039	0.001	—			
Négligence SDQ-20	Pearson's r	0.429	0.675	-0.282	0.004	-0.208	0.122	0.080	0.450	0.329	0.479	0.341	0.803	0.708	—		
	p-value	0.075	0.002	0.274	0.986	0.408	0.630	0.751	0.061	0.183	0.044	0.166	< .001	0.001	—		

Réactivité SDQ-20	Pearson's r	0.017	-0.075	-0.009	0.080	-0.113	0.089	0.213	0.581	0.503	0.446	0.454	0.798	0.422	0.509	—	
	p-value	0.948	0.766	0.972	0.753	0.655	0.726	0.397	0.012	0.033	0.064	0.058	< .001	0.081	0.031	—	
Vigilance SDQ-20	Pearson's r	0.214	0.183	0.220	0.194	0.084	0.202	0.194	0.273	0.248	0.243	0.170	0.580	0.323	0.286	0.162	—
	p-value	0.395	0.467	0.397	0.442	0.740	0.421	0.441	0.273	0.322	0.331	0.501	0.012	0.191	0.250	0.520	—

<i>Psychopatho / douleur</i>		HADS dépression	HADS anxiété	Dépression BDI	STAI état	STAI trait	QIA total	Phobie Total	Durée des dlrs	Nombre de zone douleur	En à l'instant	EN Max	EN Mini	EN movt	EN la nuit	EN total
HADS dépression	Pearson's r	—														
	p-value	—														
HADS anxiété	Pearson's r	0.531	—													
	p-value	0.034	—													
Dépression BDI	Pearson's r	0.380	0.116	—												
	p-value	0.162	0.681	—												
STAI état	Pearson's r	0.434	0.329	0.659	—											
	p-value	0.106	0.231	0.003	—											
STAI trait	Pearson's r	0.671	0.537	0.689	0.847	—										
	p-value	0.006	0.039	0.002	< .001	—										
QIA total	Pearson's r	0.430	0.789	0.338	0.574	0.581	—									
	p-value	0.109	< .001	0.170	0.013	0.011	—									
Phobie Total	Pearson's r	0.082	0.432	-0.037	0.284	0.242	0.692	—								
	p-value	0.772	0.108	0.884	0.253	0.333	0.001	—								
Durée des dlrs	Pearson's r	-0.210	0.095	-0.172	-0.179	-0.355	0.266	0.293	—							
	p-value	0.435	0.726	0.494	0.478	0.149	0.286	0.238	—							
Nombre de zone douleur	Pearson's r	-0.127	-0.082	-0.108	-0.092	-0.172	-0.059	-0.201	0.470	—						
	p-value	0.639	0.764	0.702	0.744	0.541	0.834	0.474	0.066	—						
En à l'instant	Pearson's r	-0.280	-0.218	-0.199	-0.309	-0.527	-0.306	-0.151	0.390	0.062	—					
	p-value	0.332	0.453	0.514	0.304	0.064	0.309	0.622	0.168	0.833	—					
EN Maximum	Pearson's r	-0.080	-0.382	-0.049	-0.280	-0.276	-0.461	-0.437	0.082	-0.016	0.406	—				
	p-value	0.776	0.160	0.868	0.331	0.340	0.097	0.118	0.773	0.954	0.149	—				
EN Minimum	Pearson's r	-0.221	-0.142	0.089	-0.284	-0.241	-0.236	-0.239	0.415	0.349	0.627	0.052	—			
	p-value	0.428	0.613	0.763	0.326	0.407	0.417	0.410	0.124	0.203	0.016	0.853	—			
EN lors des mouvement	Pearson's r	-0.251	-0.384	-0.077	0.076	-0.251	-0.451	-0.409	-0.314	0.003	0.565	0.308	-0.269	—		
	p-value	0.386	0.175	0.802	0.805	0.408	0.122	0.166	0.275	0.992	0.044	0.285	0.353	—		
EN la nuit	Pearson's r	-0.140	-0.340	0.336	0.213	-0.039	-0.290	-0.301	0.235	0.051	0.479	0.125	0.569	0.152	—	
	p-value	0.618	0.215	0.240	0.464	0.894	0.315	0.296	0.398	0.857	0.083	0.657	0.027	0.603	—	
EN total	Pearson's r	-0.118	-0.467	0.089	0.098	-0.090	-0.601	-0.601	-0.077	0.028	0.708	0.649	0.130	0.702	0.536	—

	p-value	0.676	0.079	0.762	0.738	0.760	0.023	0.023	0.785	0.922	0.005	0.009	0.643	0.005	0.040	—
--	---------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	---

<i>Retentissement Dlr / psychopatho</i>		HADS dépression	HADS anxiété	Dépression BDI	STAI état	STAI trait	QIA total	Phobie Total	QDSA Sensoriel	QDSA Emotionnel	Retent humeur	Retent Marche	Retent travail	Retenti relations aux autres	Retent sommeil	Retentisur le gout de vivre	Reten total
HADS dépression	Pearson's r	—															
	p-value	—															
HADS anxiété	Pearson's r	0.531	—														
	p-value	0.034	—														
Dépression BDI	Pearson's r	0.38	0.116	—													
	p-value	0.162	0.681	—													
STAI état	Pearson's r	0.434	0.329	0.659	—												
	p-value	0.106	0.231	0.003	—												
STAI trait	Pearson's r	0.671	0.537	0.689	0.847	—											
	p-value	0.006	0.039	0.002	< .001	—											
QIA total	Pearson's r	0.43	0.789	0.338	0.574	0.581	—										
	p-value	0.109	< .001	0.17	0.013	0.011	—										
Phobie Total	Pearson's r	0.082	0.432	-0.037	0.284	0.242	0.692	—									
	p-value	0.772	0.108	0.884	0.253	0.333	0.001	—									
QDSA Sensoriel	Pearson's r	0.221	0.319	-0.205	0.067	-0.151	0.28	0.322	—								
	p-value	0.428	0.246	0.463	0.814	0.59	0.312	0.242	—								
QDSA Emotionnel	Pearson's r	0.437	0.44	0.098	0.104	0.157	0.467	0.511	0.489	—							
	p-value	0.103	0.101	0.728	0.714	0.576	0.079	0.051	0.065	—							
Retentissement humeur	Pearson's r	0.487	0.165	-0.147	-0.128	-0.016	-0.321	-0.354	0.198	0.257	—						
	p-value	0.066	0.558	0.615	0.662	0.958	0.264	0.215	0.497	0.375	—						
Retentissement Marche	Pearson's r	0.065	-0.171	0.295	-0.136	-0.168	-0.146	-0.196	-0.222	-0.011	0.131	—					
	p-value	0.818	0.542	0.306	0.644	0.566	0.618	0.502	0.446	0.97	0.641	—					
Retentissement travail habituel	Pearson's r	0.1	-0.427	-0.036	-0.285	-0.369	-0.593	-0.419	0.266	0.229	0.687	0.332	—				
	p-value	0.723	0.113	0.904	0.323	0.194	0.025	0.136	0.358	0.43	0.005	0.227	—				
	Pearson's r	0.568	0.205	-0.064	0.168	0.162	-0.189	-0.28	0.258	0.125	0.859	0.139	0.527	—			

Retentissement sur les relations aux autres	p-value	0.027	0.464	0.828	0.566	0.579	0.518	0.333	0.374	0.671	<.001	0.621	0.044	—			
Retentissement sommeil	Pearson's r	0.261	-0.313	0.453	0.183	-0.11	-0.386	-0.2	-0.028	0.22	0.376	0.404	0.494	0.373	—		
	p-value	0.348	0.256	0.104	0.532	0.708	0.173	0.493	0.925	0.449	0.168	0.135	0.061	0.171	—		
Retentissement sur le gout de vivre	Pearson's r	0.601	0.335	0.429	0.324	0.47	0.094	-0.098	-0.273	0.217	0.497	0.422	0.15	0.638	0.47	—	
	p-value	0.018	0.222	0.126	0.258	0.09	0.751	0.739	0.344	0.456	0.059	0.117	0.594	0.011	0.077	—	
Retentissement total	Pearson's r	0.637	0.179	0.566	0.257	0.351	0.229	-0.032	0.224	0.415	0.827	0.551	0.697	0.84	0.666	0.761	—
	p-value	0.008	0.507	0.014	0.304	0.153	0.361	0.9	0.422	0.124	<.001	0.033	0.004	<.001	0.007	<.001	—

<i>Retentissement Dltr / trauma et dissociation</i>		QDSA Senso	QDSA Emotion	Retent humeur	Retent Marche	Retent travail	Retent relations aux autres	Retent sommeil	Retent gout de vivre	Retent total	Nb de PCL-S positif	Nb de PCL-S rempli	Durée trauma	PCL-S Max	Répe PCL-S	Evit PCL-S	HNV PCL-S	DES total	Déperso DES	Fragment identité DES	Absorp DES	SDQ-20 Total	SDQ-5	Néglig SDQ-20	Réactivité SDQ-20	Vigilance SDQ-20		
QDSA Sensoriel	Pearson's r	—																										
	p-value	—																										
QDSA Emotionnel	Pearson's r	0.489	—																									
	p-value	0.065	—																									
Retentissement humeur	Pearson's r	0.198	0.257	—																								
	p-value	0.497	0.375	—																								
Retentissement Marche	Pearson's r	-0.222	-0.011	0.131	—																							
	p-value	0.446	0.97	0.641	—																							
Retentissement travail habituel	Pearson's r	0.266	0.229	0.687	0.332	—																						
	p-value	0.358	0.43	0.005	0.227	—																						
Retentissement sur les relations aux autres	Pearson's r	0.258	0.125	0.859	0.139	0.527	—																					
	p-value	0.374	0.671	<.001	0.621	0.044	—																					
Retentissement sommeil	Pearson's r	-0.028	0.22	0.376	0.404	0.494	0.373	—																				
	p-value	0.925	0.449	0.168	0.135	0.061	0.171	—																				
Retentissement sur le gout de vivre	Pearson's r	-0.273	0.217	0.497	0.422	0.15	0.638	0.47	—																			
	p-value	0.344	0.456	0.059	0.117	0.594	0.011	0.077	—																			
	Pearson's r	0.224	0.415	0.827	0.551	0.697	0.84	0.666	0.761	—																		

	p-value	0.655	0.588	0.812	0.112	0.983	0.632	0.345	0.849	0.473	0.948	0.766	0.972	0.753	0.655	0.726	0.397	0.012	0.033	0.064	0.058	< .001	0.081	0.031	—	
Vigilance SDQ-20	Pearson's r	0.133	0.088	-0.276	0.145	0.148	-0.053	0.678	0.1	0.178	0.214	0.183	0.22	0.194	0.084	0.202	0.194	0.273	0.248	0.243	0.17	0.58	0.323	0.286	0.162	—
	p-value	0.638	0.756	0.34	0.62	0.613	0.857	0.008	0.734	0.481	0.395	0.467	0.397	0.442	0.74	0.421	0.441	0.273	0.322	0.331	0.501	0.012	0.191	0.25	0.52	—

<i>Douleur / SDQ-20</i>			âge	Durée des dlrs	Nombre de zone douleur	SDQ-20 Total	SDQ-5	Négligence SDQ-20	Réactivité SDQ-20	Vigilance SDQ-20
âge		Pearson's r	—							
		p-value	—							
Durée des dlrs		Pearson's r	-0.155	—						
		p-value	0.481	—						
Nombre de zone douleur		Pearson's r	0.417	0.470	—					
		p-value	0.108	0.066	—					
SDQ-20 Total		Pearson's r	-0.299	0.428	0.172	—				
		p-value	0.227	0.077	0.540	—				
SDQ-5		Pearson's r	-0.470	0.153	0.072	0.702	—			
		p-value	0.049	0.544	0.800	0.001	—			
Négligence SDQ-20		Pearson's r	-0.307	0.575	0.319	0.803	0.708	—		
		p-value	0.215	0.013	0.246	< .001	0.001	—		
Réactivité SDQ-20		Pearson's r	-0.034	0.313	0.105	0.798	0.422	0.509	—	
		p-value	0.895	0.206	0.710	< .001	0.081	0.031	—	
Vigilance SDQ-20		Pearson's r	-0.346	0.080	-0.087	0.580	0.323	0.286	0.162	—
		p-value	0.159	0.753	0.759	0.012	0.191	0.250	0.520	—
Note. * p < .05, ** p < .01, *** p < .001										

<i>Douleur / DES</i>			âge	Durée des dlrs	Nombre de zone douleur	DES total	Dépersonnalisation DES	Fragmentation identité DES	Absorption DES
âge		Pearson's r	—						
		p-value	—						
Durée des dlrs		Pearson's r	-0.155	—					
		p-value	0.481	—					
Nombre de zone douleur		Pearson's r	0.417	0.470	—				
		p-value	0.108	0.066	—				
DES total		Pearson's r	0.004	0.497	0.259	—			
		p-value	0.987	0.036	0.352	—			
Dépersonnalisation DES		Pearson's r	0.045	0.522	0.151	0.935	—		
		p-value	0.860	0.026	0.591	< .001	—		
Fragmentation identité DES		Pearson's r	-0.138	0.546	0.297	0.830	0.805	—	
		p-value	0.586	0.019	0.282	< .001	< .001	—	
Absorption DES		Pearson's r	0.045	0.202	0.264	0.691	0.462	0.283	—
		p-value	0.861	0.421	0.342	0.001	0.054	0.256	—

<i>Défense / Dlr</i>		Ignorer CSQ-F	Distract CSQ-F	Réinter CSQ-F	Prière CSQ-F	Drama CSQ-F	PCS Total	Total PASS 20	Mystère ICPD	Const ICPD	Culpa ICPD	Pérérité ICPD	Kinésio TAMPA	âge	Durée des dlrs	Nb zone douleur	EN total	QDSA Senso	QDSA Emot	Retent total	
Ignorer les sensations CSQ-F	Pearson's r	—																			
	p-value	—																			
Distraction CSQ-F	Pearson's r	0.151	—																		
	p-value	0.55	—																		
Réinterprétation CSQ-F	Pearson's r	0.183	0.161	—																	
	p-value	0.468	0.522	—																	
Prière CSQ-F	Pearson's r	0.228	0.409	-0.109	—																
	p-value	0.362	0.092	0.666	—																
Dramatisation CSQ-F	Pearson's r	-0.246	0.105	-0.281	-0.154	—															
	p-value	0.326	0.679	0.259	0.543	—															
PCS Total	Pearson's r	-0.424	-0.006	-0.369	-0.092	0.876	—														
	p-value	0.08	0.982	0.132	0.717	<.001	—														
Total PASS 20	Pearson's r	-0.422	-0.06	-0.458	-0.103	0.55	0.765	—													
	p-value	0.081	0.813	0.056	0.683	0.018	<.001	—													
Mystère ICPD	Pearson's r	-0.094	-0.155	-0.566	0.154	0.438	0.44	0.484	—												
	p-value	0.711	0.538	0.014	0.542	0.069	0.068	0.042	—												
Constance ICPD	Pearson's r	0.091	0.377	-0.394	-0.235	0.217	0.135	0.239	0.273	—											
	p-value	0.718	0.123	0.105	0.349	0.387	0.594	0.339	0.273	—											
Culpabilité ICPD	Pearson's r	-0.404	0.177	0.002	-0.133	-0.163	-0.13	0.103	-0.194	0.085	—										
	p-value	0.097	0.482	0.994	0.599	0.519	0.607	0.686	0.441	0.736	—										
Pérérité ICPD	Pearson's r	-0.223	0.033	0.134	-0.035	0.273	0.297	0.002	-0.067	-0.313	-0.035	—									
	p-value	0.373	0.896	0.596	0.891	0.274	0.231	0.993	0.793	0.206	0.889	—									
Kinésiophobie TAMPA	Pearson's r	-0.115	0.512	-0.407	0.3	0.39	0.379	0.47	0.519	0.296	0.284	0.101	—								
	p-value	0.649	0.03	0.094	0.227	0.11	0.121	0.049	0.027	0.234	0.253	0.689	—								
âge	Pearson's r	-0.587	-0.089	-0.331	-0.09	-0.047	0.313	0.52	0.024	0.068	0.281	0.094	0.244	—							
	p-value	0.01	0.727	0.179	0.721	0.854	0.206	0.027	0.925	0.789	0.258	0.711	0.33	—							

Durée des dlrs	Pearson's r	0.085	0.045	-0.206	0.107	-0.235	-0.253	-0.025	0.137	0.019	-0.01	0.137	0.287	-	—					
	p-value	0.736	0.859	0.413	0.673	0.348	0.311	0.92	0.588	0.94	0.967	0.588	0.248	0.481	—					
Nombre de zone douleur	Pearson's r	-0.199	0.412	-0.245	0.718	-0.208	-0.279	-0.028	0.114	0.433	0.322	0.16	0.522	0.417	0.47	—				
	p-value	0.478	0.127	0.378	0.003	0.456	0.313	0.921	0.686	0.107	0.242	0.569	0.046	0.108	0.066	—				
EN total	Pearson's r	-0.042	0.327	0.61	0.117	0.103	-0.039	-0.584	-0.354	-0.081	0.117	0.528	-0.272	-	-0.077	0.028	—			
	p-value	0.887	0.254	0.021	0.691	0.727	0.895	0.028	0.215	0.784	0.69	0.052	0.348	0.417	0.122	0.785	0.922	—		
QDSA Sensoriel	Pearson's r	0.046	0.593	0.423	-0.058	-0.214	-0.204	-0.005	-0.377	0.077	0.239	0.04	0.261	-	0.376	0.083	0.106	—		
	p-value	0.87	0.02	0.116	0.837	0.443	0.466	0.986	0.166	0.784	0.39	0.887	0.347	0.141	0.168	0.769	0.717	—		
QDSA Emotionnel	Pearson's r	-0.305	0.204	-0.011	-0.258	0.411	0.401	0.533	0.275	0.02	-0.118	-0.017	0.454	-0.1	0.335	-0.099	-	0.489	—	
	p-value	0.27	0.466	0.969	0.353	0.128	0.138	0.041	0.32	0.942	0.676	0.951	0.089	0.723	0.222	0.725	0.467	0.212	0.065	—
Retentissement total	Pearson's r	-0.296	0.076	0.17	-0.584	0.47	0.182	0.099	-0.013	0.118	0.202	0.285	0.068	-0.29	0.115	0.131	0.21	0.224	0.415	—
	p-value	0.233	0.765	0.5	0.011	0.049	0.469	0.695	0.958	0.641	0.422	0.251	0.788	0.18	0.601	0.628	0.452	0.422	0.124	—

<i>Défense / trauma et diss</i>		Ignorer CSQ-F	Distract CSQ-F	Réinter CSQ-F	Prière CSQ-F	Drama CSQ-F	PCS Total	Total PASS 20	Myst ICPD	Const ICPD	Culpa ICPD	Pérén ICPD	Kinésio TAMPA	Nb de PCL-S +	Nb de PCL-S rempli	Durée trauma	PCL-S Max	Répét PCL-S	Evit PCL-S	HNV PCL-S	DES total	SDQ-20 Total	
Ignorer les sensations CSQ-F	Pearson's r	—																					
	p-value	—																					
Distraction CSQ-F	Pearson's r	0.151	—																				
	p-value	0.55	—																				
Réinterprétation CSQ-F	Pearson's r	0.183	0.161	—																			
	p-value	0.468	0.522	—																			
Prière CSQ-F	Pearson's r	0.228	0.409	-0.109	—																		
	p-value	0.362	0.092	0.666	—																		
Dramatisation CSQ-F	Pearson's r	-0.246	0.105	-0.281	-0.154	—																	
	p-value	0.326	0.679	0.259	0.543	—																	
PCS Total	Pearson's r	-0.424	-0.006	-0.369	-0.092	0.876	—																
	p-value	0.08	0.982	0.132	0.717	< .001	—																
Total PASS 20	Pearson's r	-0.422	-0.06	-0.458	-0.103	0.55	0.765	—															
	p-value	0.081	0.813	0.056	0.683	0.018	< .001	—															
Mystère ICPD	Pearson's r	-0.094	-0.155	-0.566	0.154	0.438	0.44	0.484	—														
	p-value	0.711	0.538	0.014	0.542	0.069	0.068	0.042	—														
Constance ICPD	Pearson's r	0.091	0.377	-0.394	-0.235	0.217	0.135	0.239	0.273	—													
	p-value	0.718	0.123	0.105	0.349	0.387	0.594	0.339	0.273	—													
Culpabilité ICPD	Pearson's r	-0.404	0.177	0.002	-0.133	-0.163	-0.13	0.103	-0.194	0.085	—												
	p-value	0.097	0.482	0.994	0.599	0.519	0.607	0.686	0.441	0.736	—												
Pérénité ICPD	Pearson's r	-0.223	0.033	0.134	-0.035	0.273	0.297	0.002	-0.067	-0.313	-0.035	—											
	p-value	0.373	0.896	0.596	0.891	0.274	0.231	0.993	0.793	0.206	0.889	—											
Kinésiophobie TAMPA	Pearson's r	-0.115	0.512	-0.407	0.3	0.39	0.379	0.47	0.519	0.296	0.284	0.101	—										
	p-value	0.649	0.03	0.094	0.227	0.11	0.121	0.049	0.027	0.234	0.253	0.689	—										
Nb de PCL-S positif	Pearson's r	-0.025	0.128	0.273	-0.26	0.337	0.349	0.099	-0.274	-0.061	-0.148	0.309	-0.035	—									
	p-value	0.921	0.611	0.273	0.297	0.171	0.156	0.697	0.27	0.811	0.558	0.213	0.889	—									

Nb de PCL-S rempli	Pearson's r	0.081	0.074	0.306	-0.295	-0.146	-0.288	-0.449	-0.413	-0.041	-0.038	0.389	-0.144	0.619	—								
	p-value	0.751	0.77	0.216	0.235	0.562	0.246	0.062	0.088	0.872	0.881	0.111	0.568	0.006	—								
Durée trauma	Pearson's r	-0.14	0.456	-0.175	0.262	0.036	0.174	0.372	-0.074	0.132	0.448	-0.25	0.529	-0.107	-0.39	—							
	p-value	0.593	0.066	0.502	0.309	0.892	0.504	0.141	0.776	0.613	0.071	0.333	0.029	0.681	0.122	—							
PCL-S Max	Pearson's r	-0.201	-0.017	0.147	-0.419	0.494	0.497	0.319	-0.164	0.047	0.119	-0.001	-0.011	0.608	0.086	0.102	—						
	p-value	0.423	0.947	0.56	0.083	0.037	0.036	0.196	0.515	0.853	0.639	0.996	0.964	0.007	0.734	0.697	—						
Répétition PCL-S	Pearson's r	-0.496	-0.229	-0.063	-0.299	0.424	0.584	0.388	0.051	-0.074	0.174	0.033	0.072	0.506	0.052	0.037	0.808	—					
	p-value	0.036	0.361	0.803	0.229	0.08	0.011	0.112	0.84	0.772	0.489	0.895	0.775	0.032	0.836	0.887	< .001	—					
Evitement PCL-S	Pearson's r	-0.033	0.179	0.286	-0.382	0.326	0.199	0.085	-0.312	0.11	0.191	0.033	-0.067	0.443	0.126	0.085	0.82	0.439	—				
	p-value	0.895	0.478	0.249	0.117	0.187	0.43	0.738	0.207	0.664	0.448	0.897	0.791	0.066	0.619	0.746	< .001	0.068	—				
Hyperréactivité neurovégétative PCL-S	Pearson's r	-0.001	-0.011	0.131	-0.368	0.495	0.483	0.343	-0.135	0.072	-0.065	-0.068	-0.027	0.581	0.035	0.121	0.883	0.619	0.597	—			
	p-value	0.996	0.964	0.605	0.133	0.037	0.042	0.164	0.593	0.776	0.798	0.788	0.914	0.011	0.889	0.642	< .001	0.006	0.009	—			
DES total	Pearson's r	0.073	0.182	-0.078	-0.15	0.099	0.128	0.404	-0.04	0.206	0.4	0.069	0.382	0.453	0.239	0.185	0.368	0.188	0.32	0.408	—		
	p-value	0.773	0.471	0.759	0.553	0.696	0.614	0.096	0.876	0.412	0.1	0.785	0.118	0.059	0.339	0.477	0.133	0.454	0.195	0.093	—		
SDQ-20 Total	Pearson's r	0.328	0.023	0.27	-0.142	0.119	-0.032	0.033	0.093	-0.189	-0.005	0.432	0.285	0.272	0.321	-0.092	0.089	-0.165	0.155	0.216	0.562	—	
	p-value	0.184	0.929	0.279	0.573	0.638	0.901	0.895	0.713	0.453	0.983	0.073	0.251	0.276	0.194	0.727	0.726	0.514	0.54	0.39	0.015	—	

<i>Trauma – diss /Dlr</i>		Nb de PCL-S +	Nb PCL-S rempli	Durée trauma	PCL-S Max	Répét PCL-S	Evit PCL-S	HNV PCL-S	DES total	SDQ-20 Total	SDQ-5	âge	Durée dlrs	Nb zone douleur	EN total	QDSA Sensoriel	QDSA Emotionnel	Retentissement total
Nb de PCL-S positif	Pearson's r	—																
	p-value	—																
Nb de PCL-S rempli	Pearson's r	0.619	—															
	p-value	0.006	—															
Durée trauma	Pearson's r	-0.107	-0.39	—														
	p-value	0.681	0.122	—														
PCL-S Max	Pearson's r	0.608	0.086	0.102	—													
	p-value	0.007	0.734	0.697	—													
Répétition PCL-S	Pearson's r	0.506	0.052	0.037	0.808	—												
	p-value	0.032	0.836	0.887	<.001	—												
Evitement PCL-S	Pearson's r	0.443	0.126	0.085	0.82	0.439	—											
	p-value	0.066	0.619	0.746	<.001	0.068	—											
Hyperréactivité neurovégétative PCL-S	Pearson's r	0.581	0.035	0.121	0.883	0.619	0.597	—										
	p-value	0.011	0.889	0.642	<.001	0.006	0.009	—										
DES total	Pearson's r	0.453	0.239	0.185	0.368	0.188	0.32	0.408	—									
	p-value	0.059	0.339	0.477	0.133	0.454	0.195	0.093	—									
SDQ-20 Total	Pearson's r	0.272	0.321	-0.092	0.089	-0.165	0.155	0.216	0.562	—								
	p-value	0.276	0.194	0.727	0.726	0.514	0.54	0.39	0.015	—								
SDQ-5	Pearson's r	0.479	0.526	-0.207	0.184	-0.218	0.359	0.292	0.282	0.702	—							
	p-value	0.044	0.025	0.426	0.465	0.384	0.143	0.24	0.257	0.001	—							
âge	Pearson's r	-0.172	-0.224	0.462	0.041	0.323	-0.22	0.025	0.004	-0.299	-0.47	—						
	p-value	0.496	0.371	0.062	0.872	0.192	0.381	0.922	0.987	0.227	0.049	—						
Durée des dlrs	Pearson's r	0.225	0.536	-0.158	-0.364	-0.26	-0.403	-0.246	0.497	0.428	0.153	-0.155	—					
	p-value	0.369	0.022	0.544	0.138	0.298	0.097	0.326	0.036	0.077	0.544	0.481	—					
Nombre de zone douleur	Pearson's r	-0.192	0.312	0.082	-0.275	-0.26	-0.181	-0.24	0.259	0.172	0.072	0.417	0.47	—				
	p-value	0.493	0.257	0.771	0.321	0.349	0.519	0.389	0.352	0.54	0.8	0.108	0.066	—				
EN total	Pearson's r	0.418	0.543	-0.381	0.085	0.129	0.095	-0.004	-0.113	0.037	0.347	-0.417	-0.077	0.028	—			
	p-value	0.137	0.045	0.179	0.772	0.661	0.747	0.99	0.702	0.899	0.224	0.122	0.785	0.922	—			
QDSA Sensoriel	Pearson's r	0.5	0.414	0.262	0.112	-0.035	0.317	-0.019	0.51	0.197	0.321	-0.141	0.376	0.083	0.106	—		

	p-value	0.058	0.125	0.346	0.691	0.902	0.25	0.945	0.052	0.481	0.243	0.616	0.168	0.769	0.717	—		
QDSA Emotionnel	Pearson's r	0.295	0.019	0.113	0.038	0.061	0.032	0.003	0.243	0.155	0.081	-0.1	0.335	-0.099	-0.212	0.489	—	
	p-value	0.286	0.947	0.688	0.894	0.828	0.909	0.992	0.383	0.581	0.774	0.723	0.222	0.725	0.467	0.065	—	
Retentissement total	Pearson's r	0.223	0.279	-0.109	0.374	0.109	0.531	0.28	0.152	0.331	0.356	-0.29	0.115	0.131	0.21	0.224	0.415	—
	p-value	0.375	0.263	0.677	0.127	0.667	0.023	0.261	0.548	0.18	0.147	0.18	0.601	0.628	0.452	0.422	0.124	—

Annexes 8 : questionnaire douleur

QUESTIONNAIRE A REMPLIR ET A AMENER le jour du
rendez-vous
Vous pouvez vous faire aider par votre médecin traitant

NOM :	Prénom :
Date de naissance :	
Adresse :	
Téléphone fixe :	Port. : Profession
:	
RV prévu à la consultation de la douleur le :	àheures

▶ Motif de la consultation :

Si vous le pouvez, indiquez sur le schéma corporel représenté au verso de cette feuille, le ou les endroits où vous avez mal.

▶ Depuis combien de temps souffrez-vous ?

▶ Avez-vous consulté d'autres médecins pour ces douleurs ?

Oui Non → Si oui, précisez leur nom, adresse et date de consultations :

▶ Avez-vous déjà été hospitalisé(e) ?

Oui Non → Si oui, précisez le motif, le lieu et la date des hospitalisations :

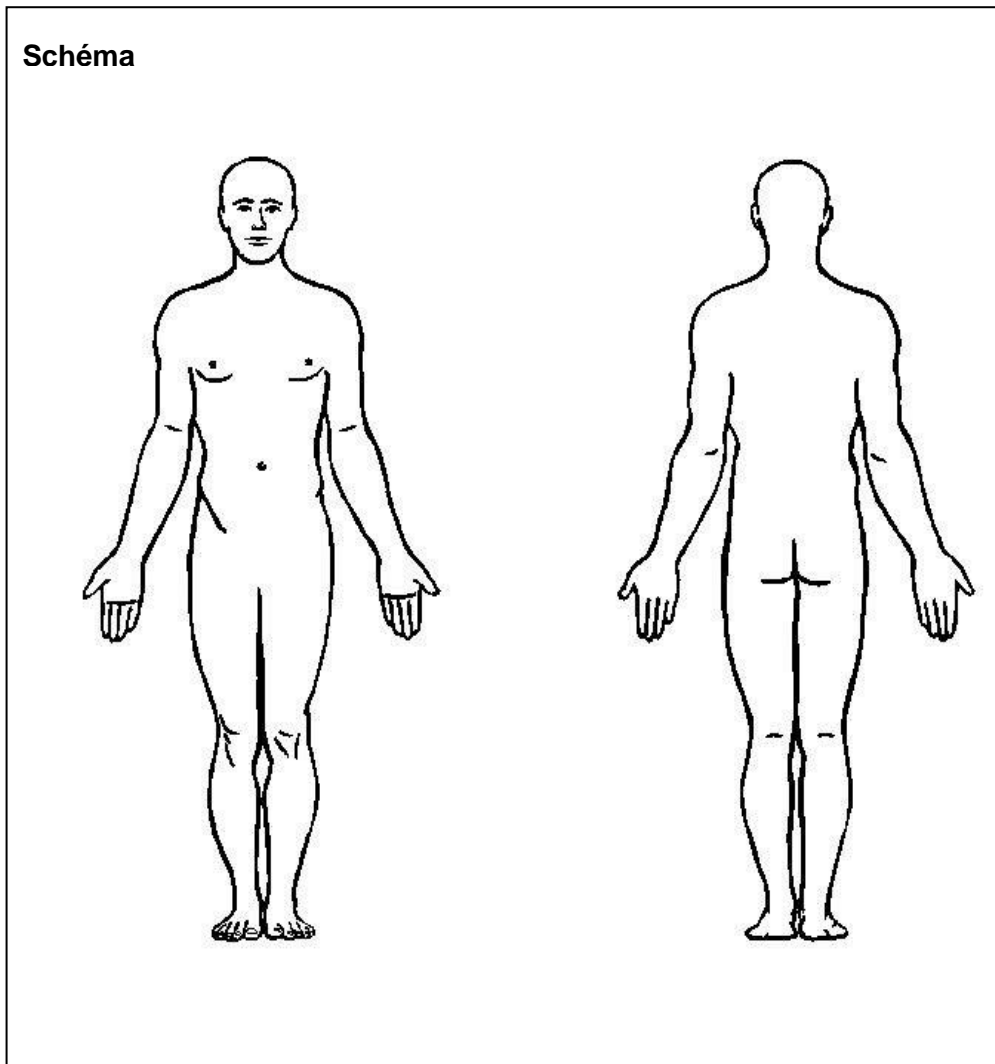
▶ Prenez-vous des médicaments pour la douleur ?

Oui Non → Si oui, précisez leurs noms et la quantité prise par jour :

▶ Ces derniers temps, avez-vous constaté des modifications dans votre vie de famille ou votre travail ?

► Eprenez-vous des difficultés financières ou administratives ?

► Vous pouvez ajouter ici toutes les remarques qui vous semblent utiles pour la consultation :



Remarques supplémentaires

FICHE DE SITUATION

Votre situation personnelle : (Cochez la case correspondante)

Marié(e) ou vie maritale Célibataire Divorcé(e) Veuf(ve)
 Nombre d'enfants : _____
 Profession : _____
 Profession du conjoint : _____

Niveau d'études : Primaire Secondaire Supérieur

Votre problème de douleur est-il en rapport avec : (Cochez la case correspondante)

Une maladie Un accident Date de l'accident : __ / __ / __
 Un accident du travail

Votre situation médico-sociale et professionnelle : (Cochez la case correspondante)

	OUI	NON
Exercez-vous une activité professionnelle ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Etes-vous en arrêt de travail ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
*Si oui, depuis le :	_____ / _____ / _____	
Pensez-vous reprendre votre travail au même poste ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Un reclassement est-il envisagé ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Etes-vous au chômage ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Etes-vous en invalidité ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Percevez-vous une pension du fait de votre douleur ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Pensez-vous que cette pension doit être réévaluée ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Percevez-vous une pension pour une autre raison ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Vos revenus sont-ils modifiés à cause de votre douleur ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
*Si oui, sont-ils :	Augmentés ? <input type="checkbox"/>	Diminués ? <input type="checkbox"/>
Avez-vous déjà passé une expertise ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Etes-vous en attente d'une expertise ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Etes-vous en litige avec la Sécurité Sociale ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Etes-vous en litige avec une assurance ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Indiquez quelles sont les répercussions de votre état de santé sur votre vie quotidienne : (Cochez la case correspondante)

	Sans objet	Ca va bien	C'est moyen	Ca ne va pas	C'est intolérable
Vie professionnelle	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Activités de loisirs	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Vie familiale	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Vie sexuelle	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Echelle numérique de la douleur

Pour chacune des cinq questions, entourez un chiffre compris entre 0 et 10 qui correspond à l'intensité de votre douleur ressentie à différents moments.
A l'extrémité gauche, le chiffre 0 correspond à « aucune douleur ». A l'extrémité droite le chiffre 10 correspond à « douleur maximale imaginable ».

Votre douleur à la minute actuelle ?

Aucune douleur	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	Douleur maximale imaginable
----------------	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	----	--------------------------------

Votre douleur la plus IMPORTANTE depuis 24 heures ?

Aucune douleur	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	Douleur maximale imaginable
----------------	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	----	--------------------------------

Votre douleur MINIMUM depuis 24 heures ?

Aucune douleur	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	Douleur maximale imaginable
----------------	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	----	--------------------------------

Votre douleur pendant les mouvements ?

Aucune douleur	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	Douleur maximale imaginable
----------------	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	----	--------------------------------

Votre douleur la nuit ?

Aucune douleur	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	Douleur maximale imaginable
----------------	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	----	--------------------------------

QUESTIONNAIRE QUALIFICATIF DE LA DOULEUR

Vous trouverez ci-dessous une liste de mots utilisés pour définir une douleur. Afin de préciser la douleur que vous ressentez, dans la 1^{ère} case, cochez le mot le plus exact pour décrire votre douleur puis dans la 2^{ème} case donnez une note à chaque mot coché, entre 0 (absent), 1 (faible), 2 (modéré), 3 (fort), 4 (extrêmement fort).

Battements	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	Picotements	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>
Pulsations	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	Fourmillements	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>
Elancements	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	Démangeaisons	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>
En éclairs	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	Engourdissement	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>
Décharges électriques	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	Lourdeur	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>
Coups de marteau	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	Sourde	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>
Rayonnante	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	Fatigante	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>
Irradiante	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	Epuisante	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>
Piqûre	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	Ereintante	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>
Coupure	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	Nauséuse	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>
Pénétrante	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	Suffocante	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>
Transperçante	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	Syncopale	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>
Coups de poignards	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	Inquiétante	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>
Pincement	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	Oppressante	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>
Serrement	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	Angoissante	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>
Compression	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	Harcelante	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>
Ecrasement	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	Obsédante	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>
En étau	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	Cruelle	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>
Broiement	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	Torturante	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>
Tiraillement	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	Supplicante	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>
Etirement	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	Gênante	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>
Distension	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	Désagréable	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>
Déchirure	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	Pénible	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>
Torsion	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	Insupportable	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>
Arrachement	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	Enervante	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>
Chaleur	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	Exaspérante	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>
Brûlure	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	Horripilante	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>
Froid	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	Déprimante	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>
Glace	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	Suicidaire	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>

ÉCHELLE DU RETENTISSEMENT ÉMOTIONNEL

Les médecins savent que les émotions jouent un rôle important dans la plupart des maladies. Si votre médecin est au courant des émotions que vous éprouvez, il pourra mieux vous aider. Ce questionnaire a été conçu de façon à permettre à votre médecin de se familiariser avec ce que vous éprouvez vous-même sur le plan émotif.

Ne faites pas attention aux chiffres et aux lettres imprimés à gauche du questionnaire. Lisez chaque série de questions et soulignez la réponse qui exprime le mieux ce que vous avez éprouvé au cours de la semaine qui vient de s'écouler.

Ne vous attardez pas sur la réponse à faire, votre réaction immédiate à chaque question fournira probablement une meilleure indication de ce que vous éprouvez, qu'une réponse longuement méditée.

		Je me sens tendu ou énervé :
	3	la plupart du temps
	2	souvent
	1	de temps en temps
	0	jamais
		Je prends plaisir aux mêmes choses qu'autrefois :
0		oui, tout autant
1		pas autant
2		un peu seulement
3		presque plus
		J'ai une sensation de peur comme si quelque chose d'horrible allait m'arriver :
	3	oui, très nettement
	2	oui, mais ce n'est pas grave
	1	un peu, mais cela ne m'inquiète pas
	0	pas du tout
		Je ris facilement et vois le bon côté des choses :
0		autant que par le passé
1		plus autant qu'avant
2		vraiment moins qu'avant
3		plus du tout
		Je me fais du souci
	3	très souvent
	2	assez souvent
	1	occasionnellement
	0	très occasionnellement
		Je suis de bonne humeur :
3		jamais
2		rarement
1		assez souvent
0		la plupart du temps
		Je peux rester tranquillement assis à ne rien faire et me sentir décontracté :
	0	oui, quoiqu'il arrive
	1	oui, en général
	2	rarement
	3	jamais

3		J'ai l'impression de fonctionner au ralenti :
2		presque toujours
1		très souvent
0		parfois
		jamais
	0	J'éprouve des sensations de peur et j'ai l'estomac noué :
	1	jamais
	2	parfois
	3	assez souvent
		très souvent
3		Je ne m'intéresse plus à mon apparence :
2		plus du tout
1		je n'y accorde pas autant d'attention que je le devrais
0		il se peut que je n'y fasse plus autant attention
		j'y prête autant d'attention que par le passé
	3	J'ai la bougeotte et n'arrive pas à tenir en place :
	2	oui, c'est tout à fait le cas
	1	un peu
	0	pas tellement
		pas du tout
0		Je me réjouis d'avance l'idée de faire certaines choses :
1		autant qu' auparavant
2		un peu moins qu'avant
3		bien moins qu'avant
		presque jamais
	3	J'éprouve des sensations soudaines de panique :
	2	vraiment très souvent
	1	assez souvent
	0	pas très souvent
		jamais
0		Je peux prendre plaisir à un bon livre ou une bonne émission radio ou de télévision :
1		souvent
2		parfois
3		rarement
		très rarement
D	A	

Echelle numérique du retentissement de la douleur sur le comportement quotidien

Pour chacune des six questions, entourez un chiffre compris entre 0 et 10 qui décrit le mieux comment, la semaine dernière, la douleur a gêné votre :

Humeur ?

Ne gêne pas complètement	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	Gêne
-----------------------------	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	----	------

Capacité à marcher ?

Ne gêne pas complètement	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	Gêne
-----------------------------	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	----	------

Travail habituel (y compris à l'extérieur de la maison et les travaux domestiques) ?

Ne gêne pas complètement	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	Gêne
-----------------------------	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	----	------

Relation avec les autres ?

Ne gêne pas complètement	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	Gêne
-----------------------------	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	----	------

Sommeil ?

Ne gêne pas complètement	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	Gêne
-----------------------------	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	----	------

Goût de vivre ?

Ne gêne pas complètement	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	Gêne
-----------------------------	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	----	------

Annexe 10 : entretiens cliniques CHRO-PAIN-DISS

(Pour des raisons de confidentialités les données brutes des entretiens sont à demander à l'auteur).

Traumatisation et chronicisation de la douleur

Résumé :

L'objectif de ce travail était d'explorer les liens entre trauma et douleurs. Un long travail d'intégration de la littérature scientifique et d'élaboration de repères entre les différents champs théoriques a été un préalable nécessaire. Ce premier travail place la traumatisation, et son corollaire la dissociation, comme une voie d'exploration prometteuse des liens entre trauma et douleur, permettant ainsi d'aller au-delà de la simple présence ou non du TSPT. Une attention portée au processus, à la dynamique en jeu et ses mécanismes dans la confrontation de l'individu face au trauma est une perspective tout à fait similaire aux travaux en cours sur la douleur chronique. En effet, l'étude de la chronicisation de la douleur intègre une perspective en termes de trajectoire, de parcours, de cheminement incluant à la fois les facteurs de fragilité mais également les ressources, permettant de supposer que l'intégration de la théorie en lien avec la traumatisation pourrait devenir une voie d'exploration de la chronicisation de la douleur.

Il s'agissait ainsi, dans ce travail, d'opérationnaliser sur le terrain cette réflexion en réalisant une étude observationnelle auprès des patients présentant une douleur chronique, pris en charge en structure d'évaluation et traitement de la douleur (SDC), en s'appuyant sur le dispositif clinique du bilan psychologique spécifique douleur. L'étude CHRO-PAIN-DISS, qui est en fait une étude pilote, a permis de démontrer la faisabilité du projet et ouvre des pistes tout à fait intéressantes sur la réflexion entre trauma, douleur, capacité d'adaptation et dissociation. A partir d'une méthodologie mixte, 23 patients ont été inclus et nous ont permis de confirmer la cohérence statistique des outils psychométriques de la Dissociation (sous son angle psychoforme et somatoforme) ainsi que leur recevabilité auprès des patients présentant des douleurs chroniques. 8 situations cliniques détaillées nous permettent d'analyser plus en détails les liens entre trauma et douleur et ouvrent sur la nécessaire ouverture vers l'étude du trauma complexe en clinique de la douleur.

A partir de ce travail nous pouvons formuler des recommandations en termes d'évaluation de la traumatisation, notamment en termes de structuration de celle-ci ainsi que d'ouvrir sur le risque de retraumatisation liée à la douleur et/ou la santé. Sur le plan de la recherche, un boulevard de perspectives s'ouvre à ceux qui s'intéresseront au croisement de la clinique de la traumatisation et celle de la douleur, permettant d'œuvrer à une meilleure identification des processus de chronicisation et son corollaire, une meilleure prévention et une prise en soin plus adaptée aux problématiques complexes des patients.

Mots-clefs : chronicisation de la douleur, traumatisation, dissociation somatoforme et psychoforme, évaluation

Summary:

The objective of this work was to explore the links between trauma and pain. A long process of integrating the scientific literature and developing benchmarks between the different theoretical fields was a prerequisite necessary. This first work resulted in traumatization, and its corollary dissociation, as a promising way of exploring the links between trauma and pain. It's about going beyond beyond the simple presence or absence of PTSD. Studies of traumatization and the chronicization of pain are both attentive to the processes and integrates a perspective in terms of trajectory, course, progress including both the factors of fragility but also the resources. It's maybe a way of exploring the chronicization of pain which will allow research to lead to coherent models.

It was therefore, in this work, to operationalize this reflection on the ground by carrying out an observational study. In a pain assessment and treatment structure (SDC), we carried out a specific psychological assessment of pain, with patients suffering from chronic pain. The CHRO-PAIN-DISS study, which is in fact a pilot study, has

demonstrated the feasibility of the project and opens up very interesting avenues on the reflection between trauma, pain, adaptability and dissociation. From a mixed methodology, 23 patients were included and allowed us to confirm the statistical consistency of the psychometric tools of Dissociation (under its psychoform and somatoform angle) as well as their admissibility with patients presenting with chronic pain. 8 detailed clinical situations allow to analyze in more detail the processes between trauma and pain and to open the necessary opening towards the study of complex traumas in pain clinic.

From this work we can formulate recommendations in terms of evaluation of traumatization, in particular in terms of structuring it as well as opening up the risk of retraumatization related to pain and/or health. In terms of research, a plethora of perspectives opens up to those who are interested in the intersection of the clinic of traumatization and that of pain, making it possible to work towards a better identification of the processes of chronicization and its corollary, better prevention and care more suited to the complex problems of patients.

Keywords: chronicization of pain, traumatization, somatoform and psychoform dissociation, evaluation