



Du suicide à l'euthanasie en clinique de la douleur

27/11/2024 - 15:30-17:00

Modérateur.rices : Elise DURUP, Isabelle VAAST

Comment la question de la mort se pose en clinique de la douleur ? - Raphaël MINJARD

Épidémiologie "douleur et suicide" chez l'enfant et l'adulte - Marion RICHARD

Le patient douloureux suicidaire est-il toujours « psy » ? - Vasileios CHYTAS



Comment la question de la mort se pose en clinique de la douleur ?

R. Minjard 1

1 Université Lumière Lyon 2 - Lyon (France)

La douleur, qu'elle soit aiguë ou chronique, convoque toujours le sujet à évaluer plus ou moins consciemment le seuil de ses possibles. Ainsi, la clinique de la douleur s'inscrit dans la clinique des seuils psychiques et somatiques de la vie en référence à des situations dans lesquelles se trouve mise en doute, interrompue, parfois annihilée, la capacité réflexive du sujet, sa capacité à maintenir un continuum identitaire, son sentiment d'être inscrit au sein d'une souffrance humaine partageable.

Dans ce travail nous explorerons les conditions d'émergence des figures de la mort dès lors que les seuils sont amoindris, inexistantes ou débordés ou lorsque la chronicité attaque, décime la perspective même de trouver une issue.

Bibliographie

JOUSSELLIN, C, LOUVEL, J, & OSTERMANN, G (2021). La douleur incarnée. Corps & Psychisme, 2021/1 N° 78. pp. 41-50. <https://doi-org.bibelec.univ-lyon2.fr/10.3917/cpsy2.078.0042>.

Minjard, R. (2022). La pratique du psychologue clinicien en consultation douleur : perspectives épistémologiques sur les états somatopsychiques complexes. Connexions, 117(1), 181-192. <https://doi.org/10.3917/cnx.117.0181>

REYNIER, G (2021). L'insaisissable saisissement de la douleur. Corps & Psychisme, 2021/1 N° 78. pp. 51-65. <https://doi-org.bibelec.univ-lyon2.fr/10.3917/cpsy2.078.0052>.

SAINT-PAUL LAFFONT, C (2023). Tant qu'il y aura la douleur... La douleur physique à défaut de structure encadrante ? Revue française de psychosomatique, 2023/1 n° 63. pp. 11-22. <https://doi-org.bibelec.univ-lyon2.fr/10.3917/rfps.063.0011>.



Épidémiologie "douleur et suicide" chez l'enfant et l'adulte

M. Richard 1

1 Hôpital Saint-Camille - Bry-Sur-Marne (France)

Au cours des récits cliniques entendus par le.a clinicien.ne de la douleur, la plainte douloureuse des personnes qui en souffrent chroniquement s'accompagne fréquemment de paroles autour de la mort, qu'il s'agisse d'idéations ou de pensées suicidaires, mais aussi, et de plus en plus, d'évocations quant au fait d'envisager l'euthanasie ou le suicide assisté. Le clinicien exerçant in situ, dans un contexte socio-politique donné, se voit confronté aux discours teintés de la recherche de soulagement, voire d'évitement de la douleur et de la souffrance présents dans nos sociétés contemporaines.

Mais de quelles informations scientifiques, statistiques et de prévalence disposons-nous actuellement pour nous en saisir au sein de notre pratique ? Et comment mobiliser ces paramètres lors de notre écoute, dans nos réalités cliniques rencontrées quotidiennement?

Cette présentation tentera donc de recenser les données épidémiologiques récentes relatives à la suicidalité chez les patients souffrant de douleurs chroniques, qu'ils soient enfants, adolescents ou adultes. À travers l'examen des statistiques, des études de prévalence et des recherches empiriques, il s'agira d'interroger la manière dont ces informations peuvent enrichir la pratique clinique quotidienne, particulièrement dans l'écoute des récits de douleur. Une attention particulière sera portée aux enjeux éthiques et déontologiques que ces récits suscitent, notamment en ce qui concerne les dimensions concernant l'euthanasie et le suicide assisté.



Le patient douloureux suicidaire est-il toujours « psy » ?

V. Chytas 1

1 Hôpitaux Universitaires De Genève - Genève (Switzerland)

Les patients souffrant de douleurs chroniques présentent un risque élevé de comportements suicidaires. Les revues de la littérature révèlent un taux de prévalence d'idéation suicidaire d'environ 20 à 40 %, une prévalence à vie de 5 à 14 % des tentatives de suicide, ainsi qu'un risque de décès par suicide doublé chez les patients souffrant de douleur chronique par rapport aux patients non douloureux. [1, 2] Cette association interroge quant à l'origine de la suicidalité chez ces patients, et notamment si celle-ci est nécessairement d'ordre psychiatrique.

Le concept de démoralisation, introduit par JD Frank en 1974, apporte un éclairage sur cette question. La démoralisation n'est pas un trouble psychiatrique à proprement parler, mais plutôt un état réactionnel face à une incapacité prolongée à surmonter le stress. Elle se manifeste par des sentiments d'impuissance, de désespoir, et de perte de sens. [3] Contrairement à la dépression, la démoralisation ne présente pas nécessairement les symptômes classiques d'un trouble psychiatrique, mais peut néanmoins être tout aussi dévastatrice sur le plan psychologique. Cela signifie que des patients douloureux suicidaires peuvent ne pas être dépressifs ou souffrir d'autres troubles psychiatriques au sens strict.

La recherche scientifique montre un lien étroit entre la douleur chronique et la démoralisation. Par exemple, des études associent la démoralisation à la douleur faciale chronique, [4] à la douleur de la dent fantôme, [5] et à la douleur myofasciale. [6] La douleur peut déclencher des sentiments d'échec et d'impuissance qui exacerbent la détresse émotionnelle, sans qu'il s'agisse forcément de dépression clinique.

Kissane et son équipe ont particulièrement mis en avant l'idée que la démoralisation peut mener à des comportements suicidaires, même en l'absence de trouble psychiatrique formel. Dans le contexte des soins palliatifs ou des maladies physiques graves, certains patients expriment un désir de mourir qui n'est pas nécessairement lié à une dépression clinique mais à une démoralisation profonde. [7]

La différenciation entre dépression et démoralisation est cruciale. Si la dépression est un trouble psychiatrique avec des critères diagnostiques spécifiques, la démoralisation est un état psychologique distinct, souvent réactionnel. Ainsi, un patient souffrant de douleur chronique et ayant des pensées suicidaires n'est pas nécessairement "psy" au sens de la dépression ou d'autres pathologies psychiatriques, mais peut être profondément démoralisé. Le découragement, une composante clé de la démoralisation, est parfois un facteur prédictif plus puissant du suicide que la dépression. [8]

En conclusion, les patients douloureux suicidaires ne sont pas nécessairement atteints de troubles psychiatriques. Beaucoup peuvent présenter une démoralisation profonde, un état psychologique non pathologique mais extrêmement invalidant, qui peut toutefois conduire à des comportements suicidaires.



Bibliographie

1. Tang, N. K. Y., & Crane, C. (2006). Suicidality in chronic pain: a review of the prevalence, risk factors and psychological links. *Psychological Medicine*, 36, 575–586.
2. Fishbain, D. A., Lewis, J., & Gao, J. (2014). The Pain Suicidality Association: A Narrative Review. *Pain Medicine*, 15, 1835–1849.
3. Frank, J. D. (1974). Psychotherapy: The Restoration of Morale. *American Journal of Psychiatry*, 131(3), 271–274.
4. Lennon, M., Dohrenwend, B., Zautra, A., & Marbach, J. (1990). Coping and adaptation to facial pain in contrast to other stressful life events. *Journal of Personality and Social Psychology*, 59(5), 1040–1050.
5. Marbach, J. (1993). Is phantom tooth pain a deafferentation (neuropathic) syndrome? Part II: Psychosocial considerations. *Oral Surgery Oral Medicine Oral Pathology*, 75(2), 225–232.
6. Gallagher, R., Marbach, J., Raphael, K., Handte, J., & Dohrenwend, B. (1995). Myofascial face pain: seasonal variability in pain intensity and demoralization. *Pain*, 61(1), 113–120.
7. Kissane, D. (2000). Distress, demoralization and depression in palliative care. *Current Therapeutics*, 41(6), 14.
8. Beck, A., Kovacs, M., & Weissman, A. (1975). Hopelessness and suicidal behavior: An overview. *Jama*, 234(11), 1146–1149.