

Accompagnement des migrants précaires souffrant de douleur en santé mentale

- ▶ Soins et prendre soin Le 21 septembre 2022
- ▶ Dr Taleb

I- INTRODUCTION

1- Présentation

- ▶ Depuis 2013 à l'EMPP
- ▶ 1/2 journée de consultation douleur
- ▶ 1/2 journée réunion avec l'équipe multidisciplinaire

2-Profil de population

- ▶ La majorité de nos patients provient de
 - l'Afrique subsaharienne: Nigéria, RDC, Guinée...
 - Pays du Caucase: Géorgie, Arménie, Russie
 - Albanie
 - Maghreb
 - L'Afghanistan
 - Syrie, Irak...

Profil de population

- ▶ Le socle commun est la précarité :
 - ❖ Administrative
 - ❖ Sociale
- ▶ Avec des troubles évoquant une pathologie psychiatrique

Principales pathologies psychiatriques consultation douleur

- ▶ **Etat de Stress Post Traumatique**
- ▶ **Troubles de l'adaptation**
- ▶ **Les troubles de l'humeur:** de type dépressif unipolaire
- ▶ **Les troubles schizophréniques**

II-Comprendre la douleur

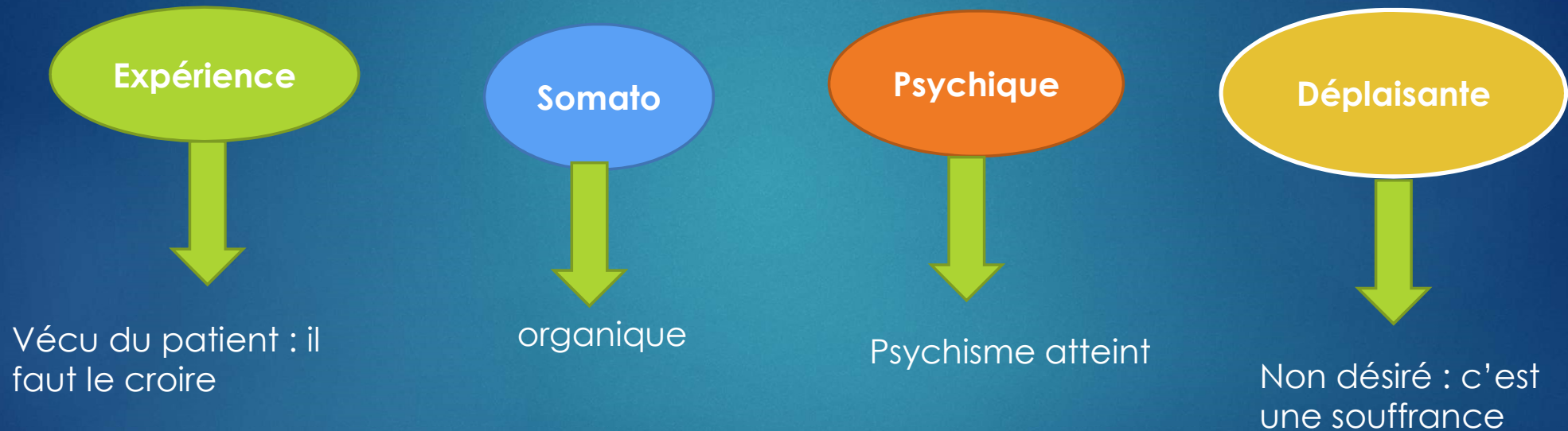
► Définition selon l'IASP:

« La douleur est une sensation et une expérience désagréable en réponse à une atteinte tissulaire ou potentielle ou décrite en ces termes »

La douleur est une perception universelle mais avec un ressenti individuel

Comprendre la douleur

- ▶ La douleur est un modèle multidimensionnel à quatre composantes:



Les différents mécanisme de la douleur

1- L'excès de stimulations nociceptives :

Ce sont les plus simples à détecter et à traiter

Ex : Inflammation, contusion, plaie...

Les différents mécanismes de la douleur

2-l'origine neuropathique:

Lésion du SNP ou SNC

Ex: zona, diabète, post-amputation

Les différents mécanismes de la douleur

3- Douleur nociplastique (depuis 2017):

Douleur survenant du fait d'une **nociception altérée** malgré l'absence de preuve en faveur d'un dommage tissulaire réel ou potentiel

Anciennement: douleur non spécifique , douleur fonctionnelle, douleur dysfonctionnelle, douleur somatoforme

Classification de la douleur selon le profil évolutif

Douleur aiguë

- ▶ Signal d'alarme

Douleur chronique

- ▶ Depuis >3 mois
- ▶ Symptomatologie évolue au fil du temps
- ▶ Multifactoriel
- ▶ Multiples formes

La douleur chronique

Lésion

Douleur aigüe :
cause unique



- Dépression
- Anxiété
- Retentissements socio – professionnelles
- Insomnie
- Fatigue
- Inactivité
- Contracture musculaire
- Lésion

Douleur chronique : douleur
persistante rebelle

III- La douleur porte d'entrée à la consultation

La douleur est parfois une **passerelle** pour une prise en charge de la pathologie psychiatrique

Déroulement de la consultation douleur

- ▶ Avec /sans interprète
- ▶ L'anamnèse doit rechercher :
 - ✓ le parcours migratoire, sur les conditions parfois chaotiques de voyage, détention, agressions
 - ✓ traumatismes physique/psychiques subis dans le pays d'origine ou à l'arrivée en Europe

Déroulement de la consultation douleur

- ✓ Les conditions socio-administratives :
 - Situation administrative
 - Logement
 - La couverture médicale
- ✓ Les antécédents familiaux et personnels
- ✓ suivi par un **médecin traitant**: (barrière linguistique)

Déroulement de la consultation douleur

✓ le traitement

- ❖ Traitement en cours
- ❖ L'historique des médicaments pris pour soulager la douleur, leur efficacité, échec...

La plainte algique

- ▶ Il s'agit de se recentrer sur la plainte algique
- ▶ Topographie
- ▶ Mode d'installation
- ▶ Le type qualitatif de la douleur
- ▶ Premier épisode?
- ▶ Le contexte de survenue , traumatisme physique et/ou psychique?

La plainte algique

- ▶ Explorations antérieures , en France ou dans d'autres pays ?
- ▶ Le traitement antalgique ?
- ▶ Quantification de la douleur
 - ✓ **EN** : mal comprise
 - ✓ **EVS** : mieux comprise
 - ✓ **DN4**, douleur neuropathique

La plainte algique

→ Adaptation des échelles selon la culture du patient

Votre douleur est-elle horrible, infernale, épouvantable, atroce?

2-Les principales pathologies

- ▶ Les céphalées chroniques de tension /Migraines
- ▶ Les douleurs rachidiennes
- ▶ Les douleurs séquellaires sur cicatrice post-traumatique
- ▶ Douleurs chroniques diffuses/ fibromyalgie

A- Les céphalées de tension

La forme épisodique

- < 15 jours/mois
- Souvent bilatérales

La forme chronique

- >15 jours /mois depuis plus de 3 mois

Si répétition trop fréquente



Les céphalées chroniques de tension

- ▶ Céphalées primaires
- ▶ Mécanisme multifactoriel: **tension musculosquelettique** notamment au niveau cervical, **stress psychologique répété**
- ▶ **Dysfonctionnement** au niveau du SNC avec **inhibition des mécanismes de contrôle de la douleur**
- ▶ Le siège : nuque, frontal en barre horizontale, temporal, en casque, à la racine du nez, oculaires, occipital, plus ou moins bilatérales
- ▶ L'intensité est décrite comme INSUPPORTABLE
- ▶ Non pulsatiles
- ▶ Horaire: souvent en fin de journée

Céphalées de tension

- ▶ Signes accompagnateurs : fond nauséux, légère phonophobie
- ▶ Non aggravées par les efforts modérés(marche, montée des escaliers)
- ▶ Exclure des céphalées par abus de médicaments

Céphalées de tension

L'examen clinique est:

- Normal
- contractures musculaires douloureuses à la palpation du scalp et du cou

Céphalées de tension

- ▶ Diagnostics différentiels:
 - ✓ **Migraine**: douleurs pulsatiles ,unilatérales, crises avec intervalle normal entre les crises
 - ✓ **Migraine chronique**: avec **abus médicamenteux**
- ▶ Liens entre migraine et **trouble de l'humeur unipolaire**

Traitement des céphalées de tension

► Traitement pharmacologique:

• **Les antidépresseurs:**

FLUOXETINE

AMITRIPTYLLINE: augmentation lente et progressive

Tricycliques > Mixtes > IRS mais tolérance Mixtes > Tricycliques

• **Les opioïdes faibles:**

Le TRAMADOL : efficace mais risque de dépendance

Traitement des céphalées de tension

▶ Traitement non pharmacologique:

- Relaxation
- Physiothérapie : en cas de contractures musculaires, des massages, travail postural
- Activité physique : natation, la marche

Particularités chez les migrants

- ▶ Certains migrants abusent de la consommation d'antalgiques: AINS, PARACETAMOL, TRAMADOL
 - ▶ D'autres sont très friands d'examens complémentaires
 - ▶ Les codes culturels influent l'expression de la douleur
-
- Sensibilisation aux effets secondaires
 - Réassurance

B- Les troubles douloureux chroniques / fibromyalgie

- ▶ Coexistence d'une douleur diffuse, persistante, inexpliquée, musculo-tendineuse et à des symptômes non spécifiques : asthénie, fatigabilité, raideur matinale, colopathie fonctionnelle
- ▶ Souvent associés à **des céphalées**
- ▶ Diagnostic d'élimination pour le rhumatologue: après avoir exclu des maladies du système, endocriniennes, virales, musculo-tendineuses

Fibromyalgie (suite)

- ▶ Après un long parcours d'explorations
- ▶ **Le facteur psychologique se pose souvent en dernier**
- ▶ **Les troubles douloureux chroniques sont fréquemment associés à des pathologies psychiatriques :**
 - troubles anxieux,
 - troubles dépressifs
 - ESPT

Fibromyalgie (suite)

- ❖ Il existe un **lien entre douleur chronique et événements de vie stressants ou traumatiques**
- ❖ Fréquents chez les patients victimes **d'agressions multiples physiques ou sexuelles**

Traitement

- Traitement médicamenteux :
 - Antidépresseurs : Duloxétine , Venlafaxine, Milnacipran

Traitement(suite)

- Traitement non médicamenteux :

- Bonne hygiène de vie: sommeil
- kinésithérapie régulière: étirement
- Balnéothérapie
- Activité physique : marche, natation, vélo
- Technique de relaxation

CONCLUSION

- ▶ Intérêt de la prise en charge précoce des douleurs au risque
 - d'un passage à la chronicité
 - d'un passage à une automédication avec mésusage pouvant entraîner des céphalées par abus médicamenteux , addiction ou d'autres effets délétères
- ▶ L'aspect culturel peut parfois brouiller les tableaux cliniques nous imposant une démarche d'évaluation rigoureuse et objective
- ▶ Accompagnement par différents intervenants avec des approches distinctes mais complémentaires

CONCLUSION

- ▶ Il existe une corrélation entre plaintes physiques et souffrance morale quelque soit l'aspect culturel, même si ce dernier peut parfois brouiller les tableaux cliniques
- ▶ Certaines situations sont susceptibles de mettre en confusion l'algologue à s'occuper de douleur sans substrat neurophysiologique connu, le mettant en déséquilibre dans ses certitudes
- ▶ Réflexion conjointe, basée sur une relation de confiance, sans notion de dualité de séparation de souffrances physique et psychique

Conclusion

- ▶ La prise en charge de la douleur chez le patient migrant souffrant de pathologie psychiatrique est complexe de part ses dimensions sociales, psychologiques et culturelles et par conséquent ne doit pas faire agir en franc-tireur, mais doit se réfléchir de manière conjointe
- ▶ Cette réflexion doit être basée sur une relation de confiance, sans notion de dualité de séparation de souffrances physiques et psychiques afin de permettre au patient d'amorcer sa reconstruction