

---

# ASPECTS PSYCHOLOGIQUES DE LA DOULEUR CHRONIQUE

---



INSTITUT UPSA  
DE LA DOULEUR

Un engagement de Bristol-Myers Squibb



---

**ASPECTS  
PSYCHOLOGIQUES  
DE LA DOULEUR  
CHRONIQUE**

---

*ASPECTS PSYCHOLOGIQUES  
DE LA DOULEUR CHRONIQUE*

***Dr Jacques WROBEL,***  
***Coordinateur technique***  
***et responsable de la publication***

INSTITUT UPSA DE LA DOULEUR  
3, rue Joseph Monier - BP325  
92506 Rueil-Malmaison Cedex  
Tél : 01 58 83 89 94  
Fax : 01 58 83 89 01  
E-mail : institut.upsa@bms.com  
Site : institut-upsa-douleur.org

*Les notions exposées dans ce livre sont destinées  
à compléter et non à remplacer les connaissances  
médicales des professionnels formés en la matière.  
Les auteurs et les coordinateurs déclinent toute  
responsabilité directe ou indirecte dans l'usage  
pouvant être fait de cet ouvrage.*

ISBN : 2-910844-11-0  
Conception A Éditorial Paris 01 42 40 23 00  
Illustration de couverture : Michèle Guérineau  
Dépôt légal 4<sup>e</sup> trimestre 2003

---

# **ASPECTS PSYCHOLOGIQUES DE LA DOULEUR CHRONIQUE**

---

*Dr Anne-Françoise ALLAZ  
Coordinatrice scientifique*

## LES AUTEURS

Anne-Françoise ALLAZ

Médecin, Médecine Interne et Réhabilitation, C.E.T.D.,  
Hôpitaux Universitaires de Genève

François BOUREAU

Médecin, Responsable du C.E.T.D., Hôpital Saint-Antoine, Paris

Hélène BROCCQ

Psychologue Clinicienne, D.E.T.D., Hôpital Pasteur, Nice

Christine CEDRASCHI

Psychologue, Médecine Interne et Réhabilitation,  
C.E.T.D., Hôpitaux Universitaires de Genève

Marie-Claude DEFONTAINE-CATTEAU

Psychologue Clinicienne, C.E.T.D., C.H.U. Lille

Mathieu DOUSSE

Psychiatre, Paris

Éliane FERRAGUT

Psychiatre, Responsable de l'Unité Psychosomatique  
et Psychopathologique de la Douleur, C.H.U. Montpellier

Michèle GENNART

Psychologue, Policlinique Médicale Universitaire, Lausanne

Jean-François MOULIN

Psychiatre, C.E.T.D., Hôpital Saint-Antoine, Paris

Valérie PIGUET

Médecin, Responsable du C.E.T.D., Hôpitaux Universitaires  
de Genève

Françoise RADAT

Psychiatre des Hôpitaux, U.E.T.D., C.H.U. Bordeaux

Éric SERRA

Psychiatre, Consultation de la Douleur, C.H.U. Amiens

Marco VANNOTTI

Psychiatre, Service de Psychiatrie de Liaison,  
Policlinique Médicale Universitaire, Lausanne

# SOMMAIRE

■ <b>1. Introduction</b> _____	<b>7</b>
Anne-Françoise Allaz	
■ <b>2. Pluridisciplinarité</b> _____	<b>15</b>
• Syndromes douloureux chroniques : complexité et pluridisciplinarité -----	15
Jean-François Moulin et François Boureau	
• Le rôle du psychiatre dans la prise en charge de la douleur chronique -----	34
Françoise Radat	
■ <b>3. Le patient</b> _____	<b>43</b>
• Douleur et psychiatrie : les principaux syndromes -----	43
Annexe : Épidémiologie -----	59
Éric Serra	
• Facteurs de vulnérabilité psychique chez le patient douloureux chronique -----	65
Hélène Brocq	
• Douleur : aspects liés au traumatisme -----	79
Marie-Claude Defontaine-Catteau	
■ <b>4. Le contexte</b> _____	<b>91</b>
• La douleur : un point de rencontre entre le patient, sa famille et les services de soins -----	91
Marco Vannotti et Michèle Gennart	
• Aspects anthropologiques et socioculturels des représentations de la douleur chronique -----	106
Christine Cedraschi	

.../...

**■ 5. La thérapeutique \_\_\_\_\_ 119**

- Accueil du patient et de sa plainte ..... 119  
**Éliane Ferragut**
- De la pharmacologie à la prise en charge  
globale de la douleur : intégration dans  
une approche plurimodale ..... 132  
**Valérie Piguet**
- Relation médecin-malade :  
patients douloureux et réseaux de soins ..... 143  
**Mathieu Dousse**

**■ 6. Conclusion \_\_\_\_\_ 155**

**Anne-Françoise Allaz**

# 1. INTRODUCTION

---

*Anne-Françoise Allaz*

## ■ PRÉSENTATION DE L'OUVRAGE

La présentation du vaste domaine des aspects psychologiques de la douleur chronique justifie de faire des choix et d'accepter de ne pas pouvoir couvrir l'ensemble de ce champ complexe. C'est notamment ici le cas des aspects socio-professionnels et de la relation aux systèmes légaux et d'assurance.

Cet ouvrage se concentrera sur les quatre domaines suivants :

- la dimension de la pluridisciplinarité, y compris la place du psychiatre ;
- les dimensions liées au patient, incluant ses vulnérabilités et les aspects psycho-pathologiques ;
- le domaine contextuel, comprenant le rôle de la famille et les aspects anthropologiques et culturels ;
- l'offre thérapeutique, évoquant diverses propositions de thérapies plurimodales et psychothérapeutiques, autant que des réflexions sur le cadre et la réponse du système de soins.

Plusieurs spécialistes reconnus présentent leur approche des douleurs chroniques rebelles, ceci dans des visions contrastées et mutuellement complémentaires. Il a été privilégié ici la présentation approfondie d'une vision personnelle des auteurs, basée autant sur leurs connaissances de la littérature que sur leur expérience clinique. Ce choix a été fait afin d'illustrer la richesse et l'originalité des différentes réflexions et pratiques thérapeutiques offertes aujourd'hui aux patients souffrant de douleurs chroniques rebelles.

La complémentarité des approches proposées mérite néanmoins une lecture transversale afin d'identifier les points de rencontre et d'en dégager quelques uns des axes principaux. Cinq d'entre eux exposés



d'une manière ou d'une autre dans chacun des chapitres représentent les messages essentiels :

- les difficultés de définition du champ des douleurs chroniques rebelles et leur positionnement entre psyché et soma ;
- l'importance d'un bilan, d'une exploration globale de la plainte douloureuse, centrée sur le patient et son contexte ;
- la question de la vulnérabilité individuelle et de ses modalités d'expression lors de plainte douloureuse ;
- le rôle de la douleur dans "l'économie psychique" d'un sujet ou dans son identité sociale ;
- l'importance trop souvent sous-estimée de la réponse des thérapeutes et du système de soins.

## **■ LES DIFFICULTÉS DE DÉFINITION DES DOULEURS CHRONIQUES REBELLES ET LEUR POSITIONNEMENT ENTRE PSYCHÉ ET SOMA**

Comme le savent aujourd'hui tous les algologues et la plupart des praticiens avertis, la douleur chronique ne peut pas être réduite à une douleur aiguë qui persiste. Ayant perdu sa fonction de symptôme d'alarme d'un dysfonctionnement somatique, généralement largement dissociée de sa composante lésionnelle, la douleur chronique est devenue un syndrome, une véritable "maladie en soi" <sup>(1)</sup>, où les dimensions émotionnelles ou de renforcement psychosocial prennent une large place, quand elles n'ont pas envahi toute la place.

Pourtant, la douleur reste irréductiblement somato-psychique dans le sens où elle est à la fois une expérience sensorielle, émotionnelle et psycho-somatique puisqu'elle peut représenter une expression de la psyché par un langage corporel ou dans le corps, avec ou sans substrat lésionnel décelable. De fait, la douleur est un symptôme intriqué à l'interface psycho-corporelle qui nous invite à dépasser la dichotomie corps-esprit <sup>(2)</sup>.

La notion de somatisation rend bien compte de la valeur principale de communication de cette plainte en interface. Le processus de somatisation est en effet défini comme : « l'expression d'une détresse intra-psychique ou psychosociale dans un langage de plainte corporelle,

suivie d'une consultation médicale »<sup>(3,4)</sup>. La dépression, par exemple - pour prendre le cas le plus fréquent - prend ici le masque d'un symptôme corporel, en l'occurrence la douleur<sup>(5)</sup>.

La somatisation est un moyen d'expression de la détresse qui est universel. Ce mode d'expression est plus ou moins acceptable, plus ou moins accepté selon les lieux (familles, cultures, systèmes de soins, etc.) où la plainte est déposée<sup>(6,7)</sup>. Il fait parfois l'objet d'un rejet massif, voilé d'incompréhension : "vous n'avez rien, c'est dans la tête". Pourtant, comme cela est relevé à plusieurs reprises dans cet ouvrage, c'est au thérapeute à qui est adressée la plainte qu'incombe de répondre par le nécessaire accusé de réception, avant d'en faire le décodage, la désintrication et, si possible, la mise en perspective émotionnelle ou relationnelle.

Relevons que, dans une optique proche du concept de somatisation, les classifications des maladies les plus utilisées aujourd'hui - que ce soit le DSM (versions III ou IV du Manuel Diagnostic et Statistique des Maladies Mentales de l'Association Américaine de Psychiatrie) ou la CIM-10, la Classification Internationale des Maladies de l'OMS - intègrent toutes les deux les douleurs chroniques à faible substrat organique dans les chapitres des "Troubles somatoformes" de leurs classifications respectives. Les définitions retenues sont très larges. Pour la CIM-10 par exemple, le "Syndrome Somatoforme Dououreux Persistant" est classé dans les "Troubles Mentaux et Troubles du Comportement", avec la définition suivante: « La plainte essentielle concerne une douleur intense et persistante, s'accompagnant d'un sentiment de détresse, non expliquée entièrement par un processus physiologique ou un trouble physique et survenant dans un contexte de conflits émotionnels et de problèmes psychosociaux suffisamment importants pour être considérés par un clinicien comme la cause essentielle du trouble. Le trouble assure habituellement au patient une aide et une sollicitude accrues de l'entourage et des médecins » (CIM-10, OMS, 1992).

Bien que ce positionnement de la douleur dans les chapitres psychiatriques de ces classifications soit discuté - peut-être discutable - et régulièrement remis en question en raison du risque de psychiatrisation et de stigmatisation des patients douloureux chroniques, il faut lui accorder le mérite, d'une part, de sortir les douleurs d'une vision étroitement

organiciste et, de l'autre, d'élargir l'intérêt pour les dimensions psychologiques au-delà du concept un peu trop réducteur de douleurs d'origine "psychogène". Sans négliger les positions critiques concernant la place de la douleur dans la nosographie psychiatrique, il est utile pour la pratique de reconnaître l'intrication indépassable des facteurs somatiques et psychologiques lors de douleurs chroniques rebelles.

Enfin, admettons que la présence d'une définition de diffusion internationale des "troubles somatoformes" a permis de mieux saisir ce champ grâce à de nombreuses études rigoureuses et à la possibilité de comparaison des populations étudiées. C'est dans ce contexte que plusieurs recherches épidémiologiques ont montré que le "syndrome somatoforme douloureux persistant", autrement dit la douleur chronique rebelle, est fortement associé à des troubles affectifs ou psychiatriques<sup>(8,9)</sup> et qu'il est le mode de somatisation de loin le plus fréquent dans les pays occidentaux<sup>(10,11)</sup>.

## ■ L'IMPORTANCE D'UN BILAN, D'UNE EXPLORATION GLOBALE DE LA PLAINTÉ DOULOUREUSE, CENTRÉE SUR LE PATIENT ET SON CONTEXTE

La prégnance des facteurs psychosociaux, leur rôle incontournable autant comme facteurs étiologiques favorisants que de maintien de la plainte douloureuse, justifient une exploration soignée de nombreux déterminants, qui sont essentiels à la compréhension de la souffrance présentée. Comme le montrent plusieurs chapitres de ce livre, l'entretien avec le patient est au centre de la prise en charge. Il nécessite du temps et du savoir-faire. Des grilles d'entretien constituées - dont certaines sont proposées ici - peuvent servir de canevas.

Les répercussions de la douleur dans l'environnement familial et social sont généralement majeures. L'abord du contexte du patient, autant familial que professionnel, permet fréquemment de mieux comprendre la pérennisation d'un symptôme ou son renforcement.

L'histoire des rencontres avec le système de soins mérite d'être explorée. Elle met souvent en évidence nombre de malentendus, de déceptions ou de sentiments de rejet, qui peuvent être des indicateurs subtils d'expériences de maltraitance "transférées", autrement dit

inconsciemment rejouées, dans la relation thérapeutique. L'histoire de la trajectoire des soins permet également de mieux saisir les modalités relationnelles du patient - plus ou moins confiantes ou méfiantes - et ses attentes. L'exploration de celles-ci est indispensable à la construction d'un projet thérapeutique véritablement partagé.

## ■ LA QUESTION DE LA VULNÉRABILITÉ INDIVIDUELLE ET DE SES MODALITÉS D'EXPRESSION LORS DE PLAINTÉ DOULOUREUSE

La très complexe question des facteurs individuels de vulnérabilité à la douleur et surtout de sa chronicisation est abordée ici par des angles différents, non exclusifs les uns des autres.

La persistance de la douleur n'est en effet pas réductible à un seul facteur. Elle est multidimensionnelle. Prenons pour exemple les traces laissées dans la psyché par des antécédents de maltraitance qui peuvent prendre l'allure de troubles psychopathologiques constitués (tels qu'une dépression), avec la médiation éventuelle de facteurs cognitifs, renforcés ou non par l'entourage et le contexte<sup>(12,13,14)</sup>. Autre exemple : un événement (accident, opération, etc.), même objectivement mineur, prendra valeur de traumatisme en fonction des échos qu'il entraîne chez une personne donnée, selon des "lignes de faille individuelles", souvent inscrites depuis la première histoire relationnelle infantile<sup>(15)</sup>. La présentation, voire la place du symptôme douloureux qui cristallise et condense à lui seul toute la mémoire traumatique, sont cependant modulées par le contexte familial et social et peuvent subir de nombreux renforcements, dont l'accueil fait à la plainte n'est pas des moindres.

## ■ LE RÔLE DE LA DOULEUR DANS "L'ÉCONOMIE PSYCHIQUE" D'UN SUJET OU DANS SON IDENTITÉ SOCIALE

Interface du corps, de la psyché et du social, non réductible pourtant à une seule de ces dimensions, le symptôme douloureux est pratiquement toujours initialement présenté à la médecine par son canal corporel. Le patient peut s'être installé dans la conviction d'une atteinte

lésionnelle encore à découvrir. Fréquemment dans ces cas, la lésion ou l'accident déclencheurs, les rapports médicaux ou l'imagerie médicale sont ostensiblement montrés ou tout au moins considérés par le patient comme ayant valeur de preuve. C'est bien l'objectivité qui est convoquée, ou plus précisément la demande d'objectivation du réel de la souffrance. Ce sont sur ces véritables "rocs du réel", selon l'expression de F. Brette <sup>(16)</sup>, que le médecin est invité à se pencher, à l'exclusion de toute autre dimension de la plainte.

Malgré la demande inlassable du patient à en être débarrassé, le soulagement du symptôme douloureux se heurte à des résistances, des échappements, des échecs qui nous obligent à reconsidérer la demande implicite.

Arrêtons-nous un instant sur cet apparent scandale : la douleur chronique rebelle peut avoir une fonction, représenter un étayage, une identité, autrement dit avoir un sens "économique" pour la psyché. Elle peut représenter une protection pour celle-ci <sup>(17, 18, 19)</sup> ou avoir une fonction identitaire <sup>(20, 21)</sup>. Plusieurs chapitres de cet ouvrage reprennent cette question provocante.

## ■ L'IMPORTANCE TROP SOUVENT SOUS-ESTIMÉE DE LA RÉPONSE DES THÉRAPEUTES ET DU SYSTÈME DE SOINS

Dernière position forte et novatrice de cet ouvrage : l'importance donnée à la réponse du thérapeute, au cadre et à l'organisation du système de soins.

On constate qu'une grande richesse de réflexions s'est développée au cours des vingt dernières années pour tenter de décoder et de répondre à la véritable énigme que représente toujours a priori une plainte douloureuse chronique, plus ou moins médicalement expliquée, plus ou moins résistante aux traitements.

De fait, installé dans son apparence acceptable, ayant un très fort pouvoir d'interpellation, récemment placé au centre de l'intérêt médiatique et législatif, le symptôme douloureux échappe, lorsqu'il

est rebelle, à la routine des soins médicaux du début du XXI<sup>e</sup> siècle. Ce rebelle résiste en effet à la puissance de la pharmacopée et de la technicité, et “dérange le tranquille tête à tête du médecin avec la maladie”, comme l’exprime l’anthropologue David Le Breton <sup>(22)</sup>.

Mettant vivement en cause la puissance médicale et lui échappant, c’est pourtant par elle que les patients souffrant de douleurs chroniques demandent désespérément à être légitimés. La médecine et ses acteurs doivent apprendre à répondre à cette interpellation. Plusieurs avenues sont présentées dans les chapitres suivants. Elles représentent autant d’ouvertures vers une médecine soucieuse et respectueuse de l’individu.

## Références

1. Boureau F et Doubrère JF : Le concept de douleur. Du symptôme au syndrome. *Doul et Analg* 1 : 11-17, 1988.
2. Allaz AF : Le messager boiteux: approche pratique des douleurs chroniques. Éditions Médecine & Hygiène, 2003.
3. Lipowski ZJ : Somatisation. The concept and its medical application. *Am J Psychiatry* 145 : 1358-68, 1988.
4. Kirmayer LJ, Robbins JM : Current concepts of somatisation. Research and clinical perspectives. *Progress in Psychiatry*. American Psychiatric Press, Washington, 1991.
5. Dworkin RH, Gitlin JM : Clinical aspects of depression in chronic pain patients. *Clin J Pain* 7 : 79-94, 1991.
6. Bates M, Ranklin-Hill L, Sanchez-Ayendez M : The effects of the cultural context of health care on treatment of and response to chronic pain and illness. *Soc Sci Med* 45 : 1433-1447, 1997.
7. Helman CG : Culture, Health and Illness. Third edition. Oxford, Butterworth & Heinemann, 1995.
8. Smith GR : The epidemiology and treatment of depression when it coexists with somatoform disorders, somatization, or pain. *Gen Hosp Psychiat* 14 : 265-272, 1992.
9. Fink P : Psychiatric illness in patients with persistent somatization. *Brit J Psychiat* 166 : 93-99, 1995.
10. Simon GE, Von Korff M : Somatization and psychiatric disorder in the NIMH Epidemiologic Catchment Area Study. *Am J Psychiatry* 148 : 1494-1500, 1991.

11. Escobar JJ : Transcultural aspects of dissociative and somatoform disorders. *Psychiatr Clin of North America* 18 : 555-569, 1995.
12. Van Houdenhove B, Onghena P : Pain and depression. In : *Depression and physical illness*. Robertson MM and Katona CLE (eds). Wiley & Sons, Chichester, 465-497, 1997.
13. Tyrer SP : Psychological and psychiatric assessment of patients in pain. In : *Pain 1996 - an updated review*. Refresher course syllabus. IASP Press. : 495-504, 1996.
14. Turk DC, Rudy TE : Cognitive factors and persistent pain: A glimpse into Pandora's Box. *Cogn Ther Res*. 16 : 99-122, 1992.
15. Janin C : *Figures et destins du traumatisme*. Presses Universitaires de France. Paris, 1996.
16. Brette F : Le traumatisme et ses effets. In : *Traumatisme et actualités psychiatriques*. Ed Georg, Genève, p 139-159, 2000.
17. Barbier A : Place de la douleur dans la théorie psychanalytique. La douleur et la souffrance psychique. *Rev Franç Psychanal* 15 : 801-817, 1991.
18. Consoli SM : Préface. In: AF Allaz. *Le messager boiteux : approches pratiques de la douleur chronique*. Editions Médecine & Hygiène, 2003.
19. Violon A : *La douleur rebelle*. Desclée de Brouwer. Paris, 1992.
20. Burloux G, Forestier P, Marcombes : Le Psychiatre et la douleur (physique). Numéro sur la souffrance. *Confrontations psychiatriques* 42 : 51-74, 2001.
21. Ferragut E : *La dimension de la souffrance chez le malade douloureux chronique*. Masson, Paris, 1995.
22. Le Breton D : *Anthropologie de la Douleur*. Éditions Métailié. Paris, 1995.

## 2. PLURIDISCIPLINARITÉ

### **Syndromes douloureux chroniques : complexité et pluridisciplinarité**

*Jean-François Moulin et François Boureau*

La demande de soulagement d'une douleur est un motif de consultation des plus fréquents. La recherche de l'étiologie et son traitement, quand ils sont possibles, amènent un apaisement rapide et durable. La douleur aiguë a alors rempli son rôle d'alarme. Plus rarement, parce que la pathologie n'est pas curable, mais aussi du fait de facteurs personnels ou environnementaux, la douleur a tendance à se chroniciser avec le risque d'évolution vers un "syndrome douloureux chronique". C'est alors la globalité du sujet souffrant qui est bouleversée dans ses dimensions somatique, affective, cognitive et comportementale et qui doit mobiliser ses capacités adaptatives. Une intervention pluridisciplinaire s'impose alors pour garantir au patient la prise en compte de la globalité d'une situation complexe au risque d'un morcellement toujours préjudiciable.

#### ■ LA DOULEUR EST POLYMORPHE

La demande de soulagement d'une douleur est une plainte extrêmement fréquente, familière à tout médecin. Heureusement, la plupart du temps, la douleur est aiguë et a pour finalité d'avertir l'individu que l'intégrité de son organisme est menacée. Cependant, une fois remplie cette fonction biologique d'alerte, la douleur doit cesser, non seulement pour mettre un terme à la souffrance qui aliène l'individu, mais aussi parce qu'une douleur qui persiste peut avoir des effets délétères sur l'organisme. Ainsi, dans sa forme pathologique chronique, la douleur n'a plus aucune fonction biologique, elle s'impose aux malades comme



une force maléfique, ainsi qu'à sa famille, et enfin à la communauté. En effet, la douleur chronique constitue l'une des plus fréquentes causes d'incapacité et elle représente, de ce fait, un problème majeur pour la santé et l'économie de nos sociétés. Enfin, la douleur chronique expose les patients non seulement à une incapacité, mais aussi à un fort risque de iatrogénie par la consommation anarchique de substances antalgiques.

Paradoxalement, le médecin n'a pas toujours été parfaitement préparé à analyser la douleur en tant que phénomène complexe et à savoir la traiter de façon symptomatique en ayant recours à l'ensemble des thérapeutiques disponibles. La démarche médicale repose quelquefois sur des conceptions de la douleur qui ne correspondent plus aux données actuelles. Le raisonnement médical sous-entend souvent implicitement qu'il doit exister une concordance étroite entre le siège, l'intensité d'une douleur et un dommage tissulaire objectivable. L'interrogatoire et l'examen clinique explorent alors les aspects topographiques de la douleur, avec pour objectif de mieux orienter les examens complémentaires. On connaît la difficulté d'analyse d'une douleur comme signe d'alarme. Des descriptions atypiques peuvent révéler des étiologies organiques confirmées. En outre, la présence de traits psychopathologiques n'exclut en rien une possible affection somatique. La démarche médicale courante va donc souvent contourner l'étude de la douleur en elle-même et ne l'utiliser qu'en tant que signe. Sa préoccupation centrale est avant tout de rechercher une cause lésionnelle.

Évidemment, il ne s'agit pas de critiquer le bien fondé d'une telle démarche qui, à partir de l'analyse précise de la sémiologie et par le recours à des examens complémentaires de plus en plus sophistiqués, s'acharne à retrouver l'étiologie de la douleur et l'attitude thérapeutique qui en découle. Fort heureusement, c'est le cas dans une majorité de douleurs et un traitement adapté amène rapidement un soulagement durable. Il s'agit de signaler les limites d'une telle démarche dans les cas de douleurs rebelles qui résistent aux prises en charge habituelles. Dans ces cas difficiles, il est nécessaire de compléter la démarche classique en prenant en compte le phénomène douloureux dans toute sa complexité, car les moyens thérapeutiques étiologiques qui découlent du diagnostic ne garantissent plus un soulagement total et définitif. Car la nature de la douleur est plurielle : périphérique,

neurologique, psychologique, elle est dans tous les cas une perception, c'est-à-dire, en dernière analyse un phénomène central, neuropsychologique. Le terme même de douleur peut désigner de nombreux états et peut résulter de facteurs variés. La douleur est donc polymorphe et nous voulons aussi dire par là que sa prise en charge bénéficiera d'une approche pluridisciplinaire coordonnée.

## ■ LES DIMENSIONS DU PHÉNOMÈNE DOULOUREUX

L'analyse du phénomène douloureux implique la considération de trois types de variables : le mécanisme générateur, le vécu subjectif et les comportements associés, enfin, la durée d'évolution.

### ► Le mécanisme générateur

Classiquement, on différencie trois grands types de mécanismes : l'excès de stimulations nociceptives, l'origine neuropathique (neurogène) et l'origine psychologique.

#### *Origine nociceptive*

C'est le mécanisme le plus habituel. Un processus pathologique (inflammatoire, traumatique, infectieux, dégénératif...) active au niveau périphérique le système physiologique de transmission des messages nociceptifs. L'information, née au niveau de récepteurs non spécifiques, est transmise vers la moelle (faisceaux spino-thalamiques), puis vers les structures centrales (structures limbiques et néocortex). Au plan thérapeutique, il est légitime d'agir sur le processus périphérique lui-même ou d'en limiter les effets par la prescription d'antalgiques périphériques, ou en interrompant la transmission du message nociceptif.

#### *Origine neuropathique*

Sous ce terme, on regroupe les douleurs qui succèdent à une atteinte nerveuse périphérique (section, amputation, zona...) ou centrale (paraplégie...). L'origine neuropathique d'une douleur est aisément identifiée dans un contexte connu d'atteinte neurologique, elle est souvent mal identifiée au cours du cancer ou dans les séquelles traumatiques ou post-chirurgicales. Au cours du cancer, la lésion

neurologique peut succéder soit à l'envahissement tumoral, soit aux complications des traitements (plexite post-radique...). Les douleurs neuropathiques ont des caractéristiques sémiologiques particulières qui facilitent leur reconnaissance (Tableau I).

### Tableau I. Caractéristiques\* sémiologiques des douleurs neuropathiques

- |   |
|---|
| 1) Description clinique : douleur spontanée et/ou provoquée   |
| <ul style="list-style-type: none"> <li>• composante continue (brûlure)</li> <li>• composante fulgurante, intermittente (décharges électriques)</li> <li>• dysesthésies (fourmillements, picotements)</li> </ul> |
| 2) Douleur pouvant contraster avec l'absence de lésion somatique  |
| 3) Intervalle libre possible après la lésion initiale   |
| 4) Examen neurologique  |
| <ul style="list-style-type: none"> <li>• signes d'hyposensibilité (hypoesthésie, anesthésie)</li> <li>• signes d'hyposensibilité (allodynie, hyperpathie)</li> </ul>  |

\*Aucune de ces caractéristiques sémiologiques n'est obligatoire

La douleur est rapportée dans un territoire amputé ou hypoesthésique. La lésion des afférences périphériques perturbe l'équilibre des systèmes inhibiteurs et modifie l'excitabilité des neurones des relais spinaux ou supra-spinaux par des mécanismes encore imparfaitement élucidés.

Dans les douleurs par désafférentation, il est illogique de prescrire des antalgiques périphériques ou des anti-inflammatoires. En revanche, les traitements de première intention seront d'action centrale : antidépresseurs tricycliques, antiépileptiques. On propose aussi des techniques de neurostimulation et on récuse les techniques de section qui sont susceptibles d'aggraver la désafférentation.

#### **Origine psychologique ou idiopathique**

Dans d'autres cas, la sémiologie de la douleur aide à suspecter une origine prioritairement psychogène : description luxuriante, imprécise ou variable, sémiologie atypique... L'origine dite psychogène ne se limite pas à un diagnostic de non-organicité, elle doit reposer sur une sémiologie psychopathologique positive. Divers cadres nosographiques peuvent être évoqués : conversion hystérique, somatisation d'un désordre émotionnel (dépression), hypocondrie.

Dans certains cas, la description entre dans un tableau stéréotypé évoquant un cadre sémiologique précis : céphalée de tension, point gâchette musculaire myofascial, fibromyalgie, glossodynie... Le mécanisme physiopathologique dans ces tableaux reste imparfaitement élucidé. Dans ces cas, il est préférable de parler de douleur idiopathique. En fait, de nombreuses douleurs chroniques ne sont pas à proprement parler psychogènes au sens où elles ne sont pas totalement sine materia et qu'un cadre nosographique somatique peut être incriminé. Ces douleurs résultent plutôt de l'intrication de facteurs somatiques et psychosociaux. Décrire ces malades d'un point de vue exclusivement physique ou psychologique ne rend pas compte des problématiques en cause.

Même si la nature sine materia d'une douleur peut être suspectée précocement, c'est souvent à un stade tardif que l'origine psychogène d'une douleur finit par être évoquée. Ce constat montre bien que ce type de douleur conserve une "signature" périphérique qui la rend souvent difficilement discernable des douleurs d'autres étiologies.

## ■ LA DOULEUR : EXPÉRIENCE SUBJECTIVE ET COMPORTEMENT

Quel que soit son mécanisme initiateur somatique, neurologique ou psychologique, la douleur constitue dans tous les cas une expérience subjective, un phénomène central modulé par des apprentissages antérieurs, des motivations actuelles, des anticipations. La dichotomie somatique/psychologique concerne donc le mécanisme générateur : l'étiologie, mais non le phénomène douloureux lui-même qui est toujours un phénomène neuropsychologique.

L'International Association for the Study of Pain (IASP) propose de définir la douleur comme : « une expérience sensorielle et émotionnelle désagréable associée à un dommage tissulaire réel ou potentiel, ou décrite en termes d'un tel dommage ». L'intérêt de cette définition est de limiter le lien trop étroit entre douleur et stimulus périphérique. Elle rend légitime les douleurs sans lésion décelable, alors que, dans un modèle périphérique, ces douleurs sont assimilées à des douleurs imaginaires, inauthentiques, simulées. Un point de vue central, neuropsychologique aide à mieux comprendre les notions classiques de placebo-sensibilité, de discordance anatomo-clinique.

L'intérêt de la définition de l'IASP est également de mettre sur un même plan les dimensions sensorielle et affective. On admet en effet que le traitement de l'information nociceptive s'effectue en parallèle dans différents types de structures centrales : schématiquement, le thalamus pour la composante sensori-discriminative, les systèmes réticulaire et limbique pour la composante affective. Ce décodage complexe par des structures distinctes donne à la douleur une place particulière du fait de l'importance de la composante affective. Nous allons considérer les composantes sensori-discriminative, affectivo-émotionnelle, cognitive et comportementale de la douleur.

### ► Composante sensori-discriminative

La composante sensori-discriminative correspond aux mécanismes neurophysiologiques qui permettent le décodage de la qualité, de la durée, de l'intensité et de la localisation des messages nociceptifs. En comparaison avec d'autres systèmes sensoriels, les performances du décodage des messages nociceptifs sont faibles. On sait que la douleur peut manquer dans de nombreux cas ou n'apparaître que tardivement comme dans certains cancers.

### ► Composante affectivo-émotionnelle

Si la douleur occupe une place particulière parmi les perceptions, c'est aussi du fait de la composante affective qui lui confère sa tonalité désagréable, pénible, parfois insupportable. Cette composante fait partie intégrante de l'expérience douloureuse et peut se prolonger vers des états plus différenciés telles que l'anxiété et la dépression.

La composante affective est déterminée non seulement par le stimulus nociceptif lui-même, mais aussi par le contexte dans lequel le stimulus est appliqué. La signification de la maladie, l'incertitude sur son évolution sont autant de facteurs qui vont venir moduler la composante affective de la douleur en clinique.

### ► Composante cognitive

Le terme cognitif désigne l'ensemble des processus mentaux susceptibles d'influencer la perception de la douleur et les réactions comportementales qu'elle détermine : processus d'attention et de

détournement de l'attention, interprétations et valeurs attribuées à la douleur, anticipations, références à des expériences douloureuses antérieures personnelles ou observées, décisions sur le comportement à adopter.

Les observations classiques de Beecher ont contribué à souligner l'influence de la signification accordée à la maladie. En étudiant deux groupes de blessés militaires et civils qui présentaient des lésions identiques, il a observé que les militaires réclamaient moins d'analgésiques que les civils. L'explication de cette différence serait que dans les deux groupes, le traumatisme et son contexte revêtent des significations tout à fait différentes : plutôt positives pour les militaires (vie sauve, fin des combats, bonne considération du milieu social...), plutôt négatives pour les civils (perte d'emploi, pertes financières, désinsertion sociale...).

### ► **Composante comportementale**

La composante comportementale englobe l'ensemble des manifestations verbales et non verbales observables chez la personne qui souffre (plaintes, gémissements, mimiques, postures antalgiques...). Ces manifestations réactionnelles à un stimulus nociceptif assurent pour une part une fonction de communication avec l'entourage. Ainsi, chez l'enfant on connaît la séquence : pleurs, réconfort, soulagement. Les apprentissages antérieurs, fonction de l'environnement familial et ethno-culturel, de standards sociaux liés à l'âge et même au sexe, vont donc modifier la réaction actuelle d'un individu.

## ■ **LE FACTEUR TEMPS : AIGU VERSUS CHRONIQUE**

Par le seul fait de sa persistance, les mécanismes d'une douleur et de son retentissement comportemental peuvent se modifier tant au niveau neurophysiologique (neuroplasticité, mémorisation...) que psychocomportemental (conditionnement). Ainsi, une douleur liée à un traumatisme initial physique peut être perpétuée par des facteurs non somatiques divers : psychologiques et sociaux. Une douleur chronique ne peut donc être appréhendée uniquement comme une douleur aiguë qui persiste. Des différences d'ordre neurophysiologique, neuro-psychologique et comportemental justifient la distinction, même si elle est schématique, douleur aiguë = symptôme, douleur

chronique = syndrome. Lorsqu'une douleur persiste, le bilan clinique ne peut contourner l'évaluation des facteurs psychologiques et comportementaux susceptibles d'intervenir non seulement dans la genèse de la douleur (douleur psychogène) mais également dans son maintien ou son exacerbation (syndrome douloureux chronique).

## ■ ÉVALUATION BIOPSYCHOSOCIALE DU MALADE DOULOUREUX

Le premier contact avec un douloureux chronique peut être délicat du fait de l'agressivité du patient, des sentiments de frustration et de mise en échec qui se dégagent de son discours. La relation est toujours facilitée lorsque le thérapeute montre clairement au patient qu'il croit à sa douleur et qu'il fait preuve d'empathie. Croire à la douleur ne signifie pas accepter toutes les conceptions du malade sur son état ou sur la nature de la douleur : il faudra savoir expliquer que les causes ne sont pas univoques et faire partager un modèle de représentation du problème posé qui pourra rendre légitime la démarche thérapeutique.

Dans tous les cas, la consultation avec le malade douloureux chronique ne peut se concevoir dans une atmosphère d'urgence : il faudra savoir être disponible pour écouter et créer le climat de confiance indispensable à une relation de qualité.

L'évaluation psychosociale incombe à tout médecin confronté aux patients souffrant de douleur chronique. Dans certains cas, la collaboration avec le psychiatre ou le psychologue devient souhaitable. La difficulté est alors de faire accepter la démarche au malade. Cette demande d'avis psychiatrique ne doit pas être interprétée comme la preuve que l'on croit la douleur "imaginaire". La capacité d'envoi vers le psychiatre est un bon marqueur du fonctionnement en équipe (ou en réseau). L'envoi est facilité lorsque le psychiatre est présenté comme un praticien qui connaît bien certains médicaments antalgiques (psychotropes) ou qui maîtrise un certain nombre de techniques de contrôle de la douleur (relaxation, hypnose...), ceci pour les patients réticents, qui sont le plus souvent ceux ayant des problèmes psychologiques. L'envoi vers le psychiatre sera d'autant plus facilement accepté qu'il sera présenté précocement dès la

consultation initiale (et non après échec des traitements proposés) et comme une procédure systématique lors de l'évaluation de la douleur chronique.

Que le médecin exerce seul au sein d'une équipe pluridisciplinaire et quelle que soit sa spécialité, il lui faudra savoir élargir son évaluation à un ensemble de facteurs somatiques et psychosociaux (voir tableau 2). Nous ne décrirons pas ici de façon exhaustive tous les facteurs psychosociaux en cause qui seront traités ailleurs dans cet ouvrage (voir aussi Moulin et Boureau, 2000). En revanche, nous soulignerons certains facteurs, souvent sous estimés en pratique courante, qui illustrent le besoin d'exhaustivité de l'évaluation psychosociale.

**Tableau 2. Grille d'évaluation biopsychosociale du malade douloureux chronique**

(ANAES, 1999)
Ancienneté de la douleur
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Mode de début, circonstances exactes (maladie, traumatisme, accident de travail...)</li> <li>• Description de la douleur initiale</li> <li>• Modalités de prise en charge immédiate</li> <li>• Événements de vie concomitants</li> <li>• Diagnostic initial, explications données</li> <li>• Retentissement (anxiété, dépression, troubles du sommeil, incapacités fonctionnelle et professionnelle...)</li> </ul>
Profil évolutif du syndrome douloureux
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Comment s'est installé l'état douloureux persistant à partir de la douleur initiale</li> <li>• Profil évolutif (douleur permanente, récurrente, intermittente...)</li> <li>• Degré du retentissement (anxiété, dépression, troubles du sommeil, incapacités fonctionnelle et professionnelle...)</li> </ul>
Traitements effectués et actuels
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Traitements médicamenteux et non médicamenteux antérieurs, actuels</li> <li>• Modes d'administration des médicaments, doses, durées</li> <li>• Effets bénéfiques partiels, effets indésirables, raisons d'abandon, attitudes vis-à-vis des traitements</li> </ul> <p style="text-align: right;">.../...</p>



## Tableau 2. (suite)

Antécédents et pathologies associées
<ul style="list-style-type: none"><li>• Familiaux</li><li>• Personnels (médicaux, obstétricaux, chirurgicaux et psychiatriques) et leur évolutivité</li><li>• Expériences douloureuses antérieures</li></ul>
Description de la douleur actuelle
<ul style="list-style-type: none"><li>• Topographie</li><li>• Type de sensation (brûlure, décharge électrique...)</li><li>• Intensité</li><li>• Retentissement (anxiété, dépression, troubles du sommeil, incapacités fonctionnelle et professionnelle...)</li><li>• Facteurs d'aggravation et de soulagement de la douleur</li></ul>
Contextes familial, psychosocial, médico-légal et incidences
<ul style="list-style-type: none"><li>• Situation familiale</li><li>• Situation sociale</li><li>• Statut professionnel et satisfaction au travail</li><li>• Indemnités perçues, attendues ; implications financières</li><li>• Procédures</li></ul>
Facteurs cognitifs
<ul style="list-style-type: none"><li>• Représentation de la maladie</li><li>• Interprétation des avis médicaux</li></ul>
Facteurs comportementaux
<ul style="list-style-type: none"><li>• Attitude vis-à-vis de la maladie</li><li>• Modalités de prise des médicaments</li><li>• Observance des prescriptions</li></ul>
Analyse de la demande
<ul style="list-style-type: none"><li>• Attentes du patient (faisabilité, reformulation)</li><li>• Objectifs partagés entre le patient et le médecin</li></ul>

### ► Antécédents personnels

Les études disponibles retrouvent entre 34 % et 66 % d'antécédents d'abus sexuels chez des patients souffrant de syndromes douloureux chroniques. Les auteurs insistent sur la période particulièrement

sensible de l'enfance, contrairement à l'âge adulte et sur le lien entre les abus et la localisation douloureuse, en particulier abdominale et pelvienne. Toomey (1993) étudie 36 femmes d'une moyenne d'âge de 30 ans souffrant d'une douleur pelvienne chronique ; 53 % d'entre elles rapportent une histoire de mauvais traitements dans leur enfance avec une large majorité d'abus sexuels puisqu'il n'y avait que 11 % d'abus physiques. Par contre l'auteur ne retrouve aucune différence dans le contenu des descriptions des douleurs, ni dans l'impact fonctionnel entre les deux groupes de patients : avec et sans mauvais traitements dans l'enfance. Par contre, les femmes qui se plaignaient d'abus sexuels dans l'enfance avaient tendance à interpréter leur douleur comme une punition, avec le sentiment désagréable de ne pas bien contrôler leur vie, avec une tendance à la somatisation et un fonctionnement psychologique globalement moins bon que les autres femmes. Signalons néanmoins la difficulté de ces études rétrospectives qui explique certainement que d'autres auteurs n'aient pas retrouvé des proportions si considérables d'abus sexuels et autres mauvais traitements de l'enfance. Mais ce qu'il faut retenir, c'est qu'à côté de ces événements évidemment traumatiques, sont rapportés une foule d'événements qui paraissent peut-être mineurs mais dont les conséquences sont dramatiques. Car ce qui compte essentiellement est moins la violence objective de l'événement que l'importance subjective de cet événement.

## ► Antécédents familiaux

A. Violon (1984) s'est penchée sur les antécédents familiaux des patients douloureux chroniques en comparant un groupe de 40 patients douloureux chroniques à un groupe de 50 patients suivis pour une pathologie ORL chronique mais ne se plaignant d'aucune douleur. Elle retrouve 78 % d'antécédents familiaux de syndromes douloureux chroniques parmi les patients douloureux contre 44 % parmi les patients non douloureux. Elle en déduit l'existence de familles de douloureux chroniques et la transmission de comportements douloureux dans ces familles.

## ► Facteurs de stress

Différents auteurs soulignent l'importance du stress de la vie quotidienne dans le développement et la chronicisation des douleurs.

Ainsi, par rapport aux personnes peu stressées, les individus soumis à un haut niveau de stress apparaissent prédisposés à certaines douleurs (myalgies, arthralgies, gastralgies, douleurs pré et per menstruelles). Mais dans ce genre d'études, il est impossible de confirmer si le stress mesuré n'est pas secondaire aux plaintes somatiques.

## ► Facteurs de personnalité

Les troubles de la personnalité comme facteur de chronicisation des phénomènes douloureux ont fait l'objet de nombreuses études. Leur prévalence chez le douloureux chronique se situe entre 30 et 60 % selon les études, en tout cas ils sont plus fréquents que dans la population générale. Pour les caractériser précisément, le test du MMPI a été largement utilisé et plus particulièrement ses échelles "d'hypocondrie", de "dépression" et "d'hystérie", que beaucoup d'auteurs ont observé avoir une constellation particulière chez les patients souffrant de syndromes douloureux chroniques. Divers problèmes méthodologiques sont en fait soulevés par ces observations. Quel est la validité des échelles construites pour explorer des patients psychiatriques appliquées chez le douloureux ? D'autre part, le profil considéré comme classique de "conversion en V" ne pourrait en fait que traduire la présence du syndrome douloureux chronique au lieu de l'expliquer. En outre, une normalisation des scores au MMPI a été observée après amendement de la symptomatologie douloureuse. Ainsi, parmi les traits psychologiques des malades douloureux chroniques, certains, au moins, sont la conséquence et non la cause du syndrome douloureux chronique, ou constituent des artefacts dus à la détresse psychologique de la douleur. D'autres tests ont été utilisés, en particulier des tests projectifs (TAT, Rorschach), ils ont mis en évidence, dans certains cas, des structures de type psychotiques, paranoïaques essentiellement.

## ► Facteurs cognitifs

### *Les croyances du patient*

Les croyances sont des schémas interprétatifs qui conditionnent la perception qu'ont les patients de leur situation. Évaluer ce que pense un patient de la cause de sa douleur, de la gravité de sa maladie, de son retentissement, de son rôle dans la prise en charge, de ses attentes en termes de traitement et de soulagement fait apparaître de nombreuses

notions qui sont parfois “dysfonctionnelles” pour l’adaptation à sa situation et aux traitements proposés : dramatisation de la signification des lésions décrites (par exemple d’une protrusion discale à l’imagerie), de leur caractère obligatoirement irréversible, peur du fauteuil roulant ou d’évolution vers la paralysie, attente passive d’un soulagement qui ne peut obligatoirement qu’être d’origine médicamenteuse ou chirurgicale... Ces croyances “erronées” ou considérées comme dysfonctionnelles du point de vue médical sont des facteurs d’incapacité : elles forment un véritable “barrage” chez le douloureux chronique ; lorsqu’elles sont méconnues du praticien, elles empêchent toute adhésion du patient à la réactivation qui lui est proposée, alors que cette adhésion est le moteur de sa rééducation. La modification de ces croyances permet au patient d’adopter un rôle actif.

Certaines croyances du patient sont liées à des informations reçues lors de son parcours médical (interprétation erronée des comptes rendus radiologiques, de la gravité du diagnostic...). D’autres témoignent d’un mode particulier d’analyse des informations, correspondant à un état anxieux ou dépressif, voire à des troubles de personnalité. Ces “biais de pensée” engendrent chez le patient de véritables “distorsions cognitives” qui lui font apparaître sa condition sous l’angle de vision le plus pessimiste possible.

Ainsi, certaines variables cognitives et de comportement ont été identifiées ; de nouveaux concepts ont été construits et leur valeur opérationnelle a été étudiée, en relation avec les diverses dimensions de la douleur chronique (incapacité, dépression, intensité de la douleur, arrêt de travail...).

Le “coping” signifie en anglais “s’ajuster”, “faire avec” ou “s’adapter”. Plusieurs stratégies de “coping” sont mises en œuvre par les patients douloureux chroniques pour vivre avec leur condition. Selon qu’elles permettent au patient d’améliorer ou non sa condition de vie (mesurable selon différentes dimensions : fonction, incapacité, douleur, humeur etc.), ces stratégies sont dites adaptées ou dysfonctionnelles. Ainsi, il a été montré que les stratégies dites actives (réinterprétation de la douleur, distraction, fractionnement des activités) sont plus efficaces que les stratégies dites passives (évitement, prière, catastrophisme).

Le “catastrophisme” se définit comme un état où l’on se focalise exclusivement sur les aspects aversifs de l’expérience douloureuse. Il accroît les perceptions de la douleur et diminue les capacités de “coping” actif. À l’inverse, les “états d’ajustement interne adaptés” (capacité de se foca-

liser sur la stratégie d'adaptation à la stimulation nociceptive), amènent une diminution des perceptions douloureuses et des réponses plus adaptées. Il a été noté que les "distorsions cognitives" se rapportant à la douleur étaient très fortement corrélées à l'incapacité.

Ces stratégies de "coping" peuvent être mesurées au moyen d'instruments validés qui établissent un profil ; ces échelles sont préférentiellement destinées à la recherche et ne sauraient actuellement se substituer à une évaluation plus personnelle lors de l'entretien clinique.

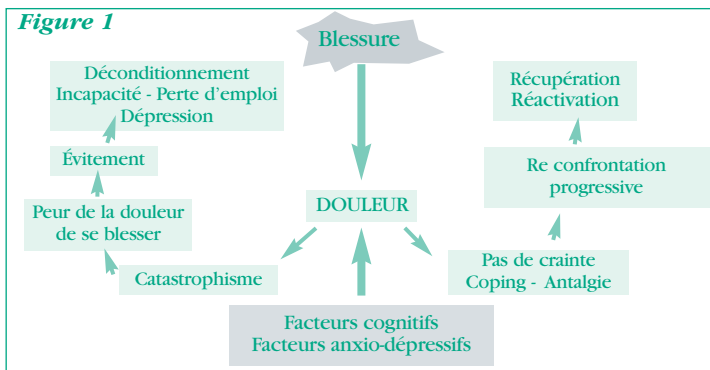
### *La peur du mouvement ou l'évitement phobique*

Une des théories largement étudiées s'appuie sur les "Fear Avoidance Beliefs Questionnaire" (FABQ), qu'on pourrait traduire par "croyances conduisant à des évitements par peur" : la peur et l'évitement seraient fondés sur des convictions erronées concernant la douleur. Selon cette théorie, les sujets lombalgiques chroniques interprètent les causes de la douleur de la façon suivante : leur mal de dos doit être lié à une maladie grave « si la douleur persiste, c'est qu'une maladie grave évolue », à une activité physique ou encore au travail qui leur est néfaste. Ils croient que l'activité physique ou le travail risquent de reproduire ou d'aggraver le mal de dos ; ils sont sceptiques sur le traitement proposé. La valeur opérationnelle de cette dimension a été explorée à travers des questionnaires. L'un des plus utilisés est le FABQ mis au point par Waddell et al. (1993) ; ils retrouvent peu de relations entre la douleur et l'incapacité ; en revanche, il y a une forte association entre les croyances de peur et d'évitement concernant le travail et la perte d'emploi. D'autre part, l'incapacité dans les activités de la vie quotidienne est également liée aux croyances d'évitement et à la peur du mouvement qui en découle. Il conclut que la peur de la douleur est plus incapacitante que la douleur elle-même. Ainsi, les répercussions de ce comportement de peur sont multiples, avec, comme conséquences les plus notables, une réduction du taux de retour au travail et des performances physiques.

Les possibles interactions entre facteurs cognitifs, comportementaux, affectifs et incapacité dans la lombalgie sont illustrées en figure 1.

Alors que la valeur prédictive du niveau d'incapacité par les croyances (mesurées par le FABQ) est documentée dans le cadre des lombalgies chroniques, Fritz et al ont récemment montré que cette valeur prédictive se vérifie également pour les lombalgies aiguës. Ils soulignent l'opportunité d'évaluer ces croyances à un stade précoce de l'évolu-

tion, en vue de dépister et traiter les patients à risque d'évolution vers la chronicité. Le modèle de la peur du mouvement développé par Vlaeyen et al., illustré ci-dessous, sous-tend les principes d'intervention thérapeutique dans la perspective cognitivo-comportementale.



Modifié d'après Vlaeyen et al. 2000, Waddell et al. 1993

## ■ COORDINATION DE LA PRISE EN CHARGE PLURIDISCIPLINAIRE

La cohérence des avis des différents intervenants médicaux et paramédicaux est essentielle pour induire une vision homogène chez le patient. Le fonctionnement pluridisciplinaire, tel que le réalisent les structures de prise en charge de la douleur, a appris l'importance de la synthèse des différents avis. Ceci contraste avec ce que l'on observe parfois : le morcellement, la non communication, la non concordance des stratégies auxquelles est confronté le douloureux chronique. L'absence de dialogue et d'échanges entre praticiens engendre la non cohésion des avis diagnostiques... On doit s'interroger sur le caractère iatrogène de tels (dys)fonctionnements. Nous pensons que les réseaux de praticiens qui partagent des concepts communs et reconnaissent l'importance thérapeutique de la concertation permettent une cohérence dans les avis, lors de l'évaluation et dans les stratégies thérapeutiques proposées aux patients. La discordance entre les avis des différents experts quant à l'opportunité pour un patient de suivre un programme de rééducation et quant à ses possibilités de le suivre a été

mise en évidence expérimentalement : Jensen et al ont montré que le meilleur prédicteur de l'état de santé du patient à 6 mois de suivi était sa propre croyance en l'existence de traitements efficaces et son sentiment d'aptitude à apprendre des stratégies de "coping". Cela rejoint une autre dimension cognitive élaborée et évaluée sous le vocable de "sentiment d'efficacité personnelle", qui est également un facteur pronostique de l'évolution fonctionnelle des patients.

Informé le patient, l'amener à accepter et comprendre le bien fondé d'une participation active n'est pas tâche aisée et réclame un savoir-faire particulier. La relation avec un douloureux chronique peut être délicate du fait de son agressivité induite par les frustrations, les échecs successifs, les avis divergents... La relation est toujours facilitée lorsque le thérapeute montre clairement au patient qu'il croit à sa douleur et qu'il fait preuve d'empathie. Croire à la douleur ne signifie pas admettre toutes les conceptions du malade sur son état ou sur la nature de la douleur, notamment ses convictions somatiques. Il faudra savoir expliquer que les causes d'une douleur ne sont pas univoques, faire partager une représentation qui pourra rendre légitime la démarche thérapeutique, et faire aussi accepter le deuil d'une attente de guérison complète et définitive. Dans tous les cas, la consultation avec le malade douloureux chronique ne peut se concevoir dans une atmosphère d'urgence : il faudra savoir être disponible pour écouter et créer le climat de confiance indispensable à une relation de qualité.

La confiance du patient dans le diagnostic qui lui est présenté et le traitement qui lui est proposé va conditionner son adhésion ultérieure à la démarche de rééducation. Elle est un préalable qui doit être acquis avant toute autre mise en œuvre. Rassurer sur la gravité entraîne la réduction des peurs qui à son tour autorise la reprise du mouvement. Ainsi, le processus d'éducation n'est pas un processus unidirectionnel ; il doit découler d'une étape préalable d'évaluation des croyances du patient. Partir des conceptions du patient est essentiel pour l'étape suivante que certains appellent reformulation ou reconceptualisation.

### ► **Le reconditionnement physique : tâches assignées et planification des activités**

Il est maintenant acquis, avec un solide niveau de preuves, que l'exercice physique peut favoriser le retour des lombalgiques chroniques et d'autres patients douloureux à une activité quotidienne ou profession-

nelle. La mise en œuvre de ces exercices se fait de manière graduée, selon une ligne de base établie par le patient (l'activité sous-maximale qu'il est capable de fournir au départ sans douleur) et selon une progression fixée en commun avec un médecin de rééducation ou un kinésithérapeute. Il s'agit d'un contrat d'objectifs réalistes, que le patient s'engage à atteindre sans tenir compte de ses éventuelles douleurs. À ce stade, des objectifs domestiques peuvent être choisis, et l'engagement d'une tierce personne de l'entourage pour encourager et évaluer les résultats peut servir à formaliser et renforcer ce contrat. La planification des activités ou pacing vise à retrouver une activité quotidienne normale ou sub-normale, en fractionnant les efforts.

### ► **L'apprentissage de la relaxation et de la gestion du stress**

Cette aptitude vise la réduction de la dimension émotionnelle rattachée à certaines activités physiques. Il permet également d'agir sur la composante musculaire des douleurs fréquemment intriquées notamment dans les lombalgies chroniques. C'est la première étape qui permet de sortir du cercle vicieux liant peur et déconditionnement. Dans la pratique, l'apprentissage des techniques de relaxation requiert un superviseur (médecin, psychologue, infirmière ou kinésithérapeute) spécifiquement formé à la pratique et l'enseignement de la relaxation. Il existe différentes techniques dont les plus connues sont celles de Schultz et de Jacobson. Dans notre pratique, l'apprentissage est initié en ambulatoire lors d'une séance de groupe ; il est approfondi par le patient à son domicile et dans la vie courante au moyen d'une cassette audio qui lui est remise. Cet apprentissage individuel a valeur de prescription thérapeutique ; il est évalué lors de séances ultérieures. On débute par un apprentissage statique pour permettre la généralisation et l'utilisation en situation réelle.

### ■ **CONCLUSION**

Éléments organiques, éléments psychiques, composants sensoriels, comportementaux et cognitifs, événementiels, traumatiques, familiaux, sociaux, professionnels et culturels : autant de dimensions à évaluer chez chaque patient douloureux chronique. Et pour le patient, autant



d'occasions de ruptures, de dispersion et, en définitive, de souffrance. Ainsi, n'est-il pas étonnant de constater l'errance médicale des patients douloureux, qui témoigne de cette dispersion et aussi d'une quête. Car, si la blessure est une rupture dans la chair, la souffrance quotidienne est une rupture/effraction à plusieurs niveaux : au niveau du vécu subjectif des sensations corporelles, bien sûr, et donc rupture dans les capacités physiques ; au niveau relationnel aussi avec les ruptures familiales et amicales qui s'ensuivent ; au niveau social et professionnel, enfin, avec le risque ultime de la marginalisation. La quête des patients est ainsi souvent à la hauteur de leur désarroi, se manifestant par une avidité de reconnaissance par le médecin, la famille et la société, pour ne pas être pris pour un "fou" qui souffre dans sa tête ou, pire, un menteur. Une avidité d'écoute, également, qui se manifeste lorsqu'un lien de confiance peut enfin s'établir et qui permet au discours du patient de ne plus être monopolisé par la plainte douloureuse. C'est alors qu'il peut se mettre à parler de sa souffrance globale. Une avidité de soulagement, enfin, dont témoignent les demandes incessantes de médicaments, d'interventions chirurgicales et le recours à des techniques médicales plus ou moins parallèles. Ainsi, le danger qui guette le patient douloureux, déjà morcelé, est la dispersion médicale iatrogène ou alimentant le processus de morcellement. L'approche pluridisciplinaire ne doit pas être seulement la réunion de compétences médicales et psychologiques d'horizons divers, au risque de faire le jeu du morcellement. C'est d'abord, et surtout, de recueillir la totalité éparse du patient pour l'aider à rétablir ou à réinventer une continuité qui a été brisée par le processus douloureux. La communication avec le patient et la communication entre soignants, qui aboutit à des propositions thérapeutiques concertées et orchestrées dans le temps en est l'élément fondamental qui permet au douloureux d'espérer reconstruire son individualité.

### ***Bibliographie***

- ANAES Évaluation et suivi de la douleur chronique chez l'adulte en médecine ambulatoire (hors cancer hors SIDA), 1999.
- Beecher HK. Measurement of subjective responses. Oxford University Press, New-York, 1959.
- Bonica JJ. The management of pain. Lea and Febinger: Philadelphia, 1953.
- Bonica JJ. Evolution of multidisciplinary/interdisciplinary pain programs. In Aronoff GM Pain centers a revolution in health care, Raven Press, New York, 1988, 9-32.

- Boureau F. Contrôler votre douleur. Payot, Paris, 1986.
- Burton AK, Waddell G, Tillotson KM, Summerton N. Information and advice to patients with back pain can have a positive effect. A randomized controlled trial of a novel educational booklet in primary care. *Spine* 1999 Dec 1 ; 24 (23) : 2 484-91.
- Engel GL. Psychogenic pain and the pain-prone patient. *Am. J. Med.*, 1959 ; 26 : 899-918.
- Fordyce WE. Behavioral methods for chronic pain and illness. Mosby, St-Louis, 1976.
- Fordyce WE. Back pain in the workplace, management of disability in nonspecific conditions IASP PRESS. Seattle 1995.
- Moulin JF, Boureau F, Douleur chronique et psychiatrie. Éditions scientifiques et Médicales Elsevier, Psychiatrie, 37-677-A40, 2000.
- Rosenstiel AK; Keefe FJ. The use of coping strategies in low back pain patients: relationship to patient characteristics and current adjustment, *Pain*, 17, 1983, 33-44.
- Sternbach RA. Pain patients : traits and treatment. Academic Press, New-York, 1974.
- Toomey TC, Hernandez JT, Gittelman DE, Hulka JF, Relationship of sexual and physical abuse to pain and psychological assessment variables in chronic pelvic pain patients *Pain* 1993, 53, 61, 93-101.
- van Tulder M, Ostelo R, Vlaeyen JWS, Linton S, Morley SJ, Assendelft WJJ. Behavioral treatment for chronic low back pain: a systematic review within the framework of the Cochrane back review group. *Spine* 2000 ; 26(3) : 270-281.
- Turk D, Meichenbaum D, Genest M. Pain and behavioral medicine: a cognitive-behavioral perspective, Guilford: New York, 1983.
- Turner JA, Jensen MP, Romano JM. Do beliefs, coping, and catastrophizing independently predict functioning in patients with chronic pain ? *Pain* 2000 Mar ; 85(1-2):115-25.
- Violon A, Giurgea D. Familial models for chronic pain. *Pain* 1984, 18 : 199-203.
- Vlaeyen JWS, Kole, Snijders AMJ, Boeren GB, Van Eek H. Fear of movement/(re)injury in chronic low back pain and its relation to behavioral performance. *Pain*, 1995 ; (62) : 363-372.
- Waddell G, Nachemson AL, Phillips RB. in : The back pain revolution. Churchill Livingstone 1998.
- Waddell G, Bircher M, Finlayson D, Main CJ. Symptoms and signs: physical disease or illness behavior ? *Br Med J* 1984, 289: 739-741.
- Waddell G, Newton M, Henderson I, Somerville D, Main CJ. A Fear-Avoidance Beliefs Questionnaire (FABQ) and the role of fear-avoidance beliefs in chronic low back pain and disability. *Pain* 1993 ; 52 :157-168.
- Wall PD, Melzack R. Textbook of pain. New York: Churchill Livingstone 1989.

## **Le rôle du psychiatre dans la prise en charge de la douleur chronique**

*Françoise Radat*

Dès leur création, les structures de lutte contre la douleur chronique ont été pensées dans un esprit de pluridisciplinarité (circulaire du 4 février 1998 : « les structures de lutte contre la douleur chronique doivent comporter au moins trois médecins, dont deux somaticiens de deux spécialités différentes et un psychiatre... »). Ainsi, une volonté politique faisait écho au conseil des experts, dans la mouvance de la reconnaissance de trois dimensions, composantes à part entière de la douleur chronique : la dimension biologique, la dimension psychologique et la dimension sociale <sup>(1)</sup>. Dès lors, il a été recommandé que la douleur soit considérée comme une expérience non seulement sensorielle et neurologique mais aussi affective, cognitive et sociale.

Ainsi, la pensée manichéenne consistant à rechercher une étiologie à la plainte douloureuse, puis à ne se préoccuper que des aspects somatiques si cette recherche était positive et à “rejeter” le patient dans le psychiatrique si elle était négative, ne tient plus.

Toujours dans la circulaire du 4 février 1998, le législateur se préoccupe de spécifier que les intervenants des structures de lutte contre la douleur chronique doivent fonctionner “en équipe”. Ainsi les avis des uns et des autres ne sont plus censés s'exclure mutuellement mais se compléter.

Comment fonctionne cette pluridisciplinarité en pratique, du point de vue du psychiatre ? À quoi sert ce dernier, dans quelles conditions ? Quels sont les principaux écueils de la pluridisciplinarité vus de la place du psychiatre ?

Nous tâcherons d'apporter des éléments de réflexion à ces questions, de nous interroger sur nos pratiques. Dans une première partie, nous

traiterons de la consultation d'évaluation puis, dans une deuxième partie, nous aborderons les questions posées par le suivi du patient douloureux chronique.

## ■ LA CONSULTATION D'ÉVALUATION AVEC LE PSYCHIATRE

### ► L'unité de temps : la consultation avec le psychiatre doit-elle se faire d'emblée, couplée à la consultation du somaticien ?

Le simple fait de se poser cette question dépend d'abord de la richesse de la structure en "temps de psychiatre". Pas question de "gaspiller" le psychiatre s'il vient trois heures par semaine, comme c'est le cas encore dans de trop nombreuses consultations.

L'avantage de la consultation d'emblée est qu'elle ne laisse pas à croire au patient qu'il a été spécialement repéré pour être envoyé au psychiatre. L'autre avantage est que cette attitude s'accorde avec la théorie des trois axes de la douleur chronique (les dimensions biologiques, psychologiques et sociales). Dans l'idéal, il faudrait d'ailleurs aussi une consultation systématique avec une assistante sociale.

L'inconvénient de la stratégie de consultation d'emblée par le psychiatre est qu'elle peut consister à déléguer totalement à celui-ci la compréhension du psychisme. Or, si la douleur chronique est porteuse d'un enseignement, c'est bien du fait que l'être souffrant est un tout, dont on ne peut parcelliser l'abord. Reconnaître une souffrance tant anxieuse que dépressive ne devrait pas revenir au psychiatre. Savoir débuser des enjeux relationnels est aussi abordable par tout somaticien. À l'extrême, on pourrait presque dire que le patient ne devrait être adressé au psychiatre que lorsque le somaticien pense à l'utilité d'une intervention spécialisée et non pas simplement pour un bilan.

### ► L'unité de lieu : la consultation avec le psychiatre doit-elle avoir lieu sur place, à la consultation (ou unité) douleur ?

Cela permet au psychiatre de connaître le dossier médical, ce qui a pour avantage de ne pas évacuer le discours concernant la douleur

elle-même. Le patient vient consulter pour la douleur, elle est son repère, il a souvent besoin de se référer à elle pour commencer à parler de lui-même. Le psychiatre ne peut se permettre le classique “je vous écoute” suivi d’un long silence dans un lieu où l’on consulte pour soigner son corps. Mener un premier entretien uniquement selon le principe de la libre association est malvenu, le psychiatre doit savoir aussi montrer son intérêt pour le corps et sa capacité à entendre parler du corps. Ainsi, comme le somaticien avant lui, il devra s’intéresser :

- aux représentations symboliques et aux croyances associées à la douleur : récit des circonstances d’apparition de la douleur, mots employés pour la qualifier, croyances quant à son origine, parfois véritable “roman étiologique” ;
- aux émotions liées à la douleur, tels l’anxiété, la dépression, la colère, l’humiliation, la persécution, le dégoût... ;
- aux comportements associés à la douleur : l’agressivité, mais aussi la passivité, l’évitement, classiquement répertoriés sous le vocable de “comportement de maladie”, comportement qui est particulièrement préjudiciable au patient ;
- aux implications interpersonnelles : rejet des proches, isolement social ou, au contraire, sollicitude excessive constituant un éventuel facteur de renforcement ;
- aux implications sociales : conflits avec les employeurs ou les “caisses” maladie ou de compensation, menace de suspension du remboursement d’un crédit par l’assurance à la fin de l’arrêt de travail, etc.

## ► Modalités pratiques du bilan psychiatrique

Les modalités de la consultation peuvent être diverses :

- les consultations conjointes où somaticien et psychiatre reçoivent ensemble et d’emblée le patient. Cette modalité a l’avantage de favoriser un vrai dialogue, les deux praticiens pouvant s’enrichir mutuellement. Elle a l’inconvénient de mettre éventuellement le patient dans une situation de triangulation qui peut réveiller des conflits œdipiens si le patient se trouve face à deux médecins qui sont de sexe différent. Le patient parlera alors de vécu angoissant, de sensation d’avoir eu à faire face à un “tribunal” ;
- les consultations successives. Le patient voit alors de façon successive les différents intervenants. Une réunion de synthèse a lieu en fin de journée pour restituer une “conclusion” au patient. Cette conclusion est

en elle-même l'inconvénient de cette modalité de fonctionnement. La tentation de "boucler" l'affaire risque d'enfermer le patient dans une logique de bilan après lequel on le "renvoie à ses foyers".

### ***La synthèse : réalisation de la pluridisciplinarité***

La consultation avec le psychiatre ne sera pas considérée par le patient comme un rejet, mais comme un complément, si les croyances et l'investissement de l'aspect psychologique par les somaticiens est satisfaisant. Pour cela, il est fondamental que les somaticiens soient enrichis dans leur pratique par l'abord que le psychiatre aura du patient.

La synthèse de chacune des consultations doit donc se faire au cours de réunions (staff patients), et non par courrier. Il est en effet indispensable qu'existe une possibilité de discussion entre les intervenants. Les réunions ne seront donc pas une succession de monologues - chacun récitant successivement le contenu de son bilan - mais un lieu d'échanges, d'argumentation, de confrontation de différents points de vue, qui sont enrichissants dans la mesure où le patient n'aura pas été le même avec chacun mais aussi où chacun aura engagé dans la relation sa propre histoire.

On en arrive ainsi au fait que ces staffs sont également un lieu de travail sur les aspects "contre transférentiels" de chacun, c'est-à-dire sur les réactions émotionnelles que ressentent les thérapeutes lors de la rencontre avec les patients et sur les facteurs inconscients mobilisés par cette rencontre.

Plusieurs types de relation soignants/soignés difficiles peuvent se rencontrer :

- patients "épuisants" toutes les ressources thérapeutiques, mettant en échec les médecins après les avoir idéalisés ;
- patients peu "narcississants" (gratifiants) pour des soignants dont l'objectif est en général plus de guérir les patients que de les accompagner dans leur souffrance ;
- patients très agressifs, rendant le soignant agressif ou rejetant, et jouant ainsi sans arrêt, sur le plan relationnel, un passé traumatique ;
- patients clivant les équipes en "bons" et "mauvais" objets.

L'importance des problèmes transférentiels peut conduire à proposer la mise en place de groupes Balint. Il s'agit de groupes animés par un psychanalyste, si possible extérieur à la structure. L'analyse des problèmes contre-transférentiels y est poussée, en référence à l'expérience de

chacun. Il s'agit d'un lieu d'expression des difficultés émotionnelles des soignants et des fantasmes mobilisés chez eux par le patient.

## ► Évaluation par le psychiatre : les écueils

Plusieurs situations caricaturales ont encore cours, souvent d'ailleurs du fait d'une absence de réelle synthèse après les différents avis :

- L'évaluation psychologique est un énième examen complémentaire. Le psychiatre est alors considéré comme un prestataire de service, il rend sa copie et clôt la discussion au lieu de l'ouvrir.
- Le psychiatre est chargé de justifier les échecs thérapeutiques : tel chirurgien adresse son patient qui est "toujours" lombalgique après cinq interventions après avoir dit à celui-ci qu'il n'était plus du ressort de la médecine !
- L'éclatement de la relation thérapeutique, avec, d'un côté les techniciens qui n'ont affaire qu'à des organes malades, de l'autre, les spécialistes de l'écoute, de l'empathie. On retire alors toute substance à la relation médecin/malade, à ce "colloque singulier" dont la subjectivité est aussi la substance. Est-il vraiment besoin d'un "bilan psychiatrique" pour appréhender le fait qu'une souffrance est dépressive ou qu'une souffrance s'inscrit dans la revendication ?

Ainsi, si le psychiatre trouve toute sa place dans la "prise en charge" du patient, il est clair que le bilan bio-psycho-social, vécu comme un éclatement des compétences par des patients ballottés d'intervenants en intervenants, n'est pas un bien.

Par ailleurs, il est assez frustrant pour le psychiatre d'enchaîner les bilans sans relâche. Le bilan ne permet qu'une vision très superficielle du patient, très descriptive. Or, ce n'est que dans le cadre d'un suivi thérapeutique qu'il y aura une compréhension plus profonde des mécanismes psychiques mis en jeu, et c'est là, en réalité, la vocation du psychiatre.

## ■ LE SUIVI PAR LE PSYCHIATRE DES PATIENTS DOULOUREUX CHRONIQUES

Plusieurs modèles théoriques rendent compte de la problématique psychique des patients douloureux chroniques, c'est à l'un de ces modèles que le psychiatre se référera pour prendre en charge le

patient douloureux. Cette diversité d'approches possibles peut poser un problème de lisibilité du discours psychiatrique, d'autant que ces diverses approches ne sont pas toujours compatibles.

Les trois principaux modèles sont les suivants : médical classique, psychodynamique, cognitivo-comportemental.

### ► Le modèle médical classique

C'est un modèle "catégoriel" dans la mesure où il postule l'existence de catégories pathologiques bien distinctes de l'état de santé. Les sujets sont donc considérés sains ou malades comme dans le modèle médical classique. Cette approche consiste à rechercher les signes cliniques permettant de faire un diagnostic, puis à proposer un traitement en fonction de celui-ci. Lorsque la prescription médicamenteuse est nécessaire, il faut vaincre les représentations négatives des patients au sujet des psychotropes ("ils abrutissent", ils rendent différent, "pas soi-même") ; ces médicaments sont aussi souvent perçus comme en rivalité avec la volonté : "je veux m'en sortir moi-même".

Étant donné la fréquence de la co-morbidité entre douleur chronique et troubles psychiatriques : trouble anxieux, trouble de l'humeur, troubles somatoformes (conversion, hypochondrie), troubles liés à l'utilisation de substances (abus, dépendance), trouble de la personnalité <sup>(2, 3, 4)</sup>, cette approche psychiatrique est nécessaire mais elle est souvent insuffisante.

### ► Le modèle psychodynamique

Il est basé sur les théories freudiennes, et considère que la douleur chronique peut être une modalité de vécu plus "économique" pour le psychisme du patient que la confrontation aux conflits psychiques <sup>(5)</sup>.

Ceci renvoie soit au modèle de la conversion, où la douleur garde un lien symbolique avec la représentation psychique refoulée, soit au modèle psycho-somatique et à l'hypochondrie où le siège de la douleur est détaché de toute représentation symbolique <sup>(6)</sup>. Dans cette approche, la notion de perte a également une place prépondérante pour la compréhension des douloureux, perte réelle comme après un deuil, ou symbolique. Le sujet investit alors une partie de lui-même comme son lieu de souffrance et la permanence de la souffrance rend la perte moins complète.



Ainsi, d'une manière ou d'une autre, le modèle psychodynamique permet de théoriser, de comprendre... et de mieux supporter la résistance évidente de certains de nos patients face à la guérison <sup>(7)</sup>. À l'inverse, la prise en charge médicale classique se situe dans une logique d'éradication de la souffrance psychique à l'aide de la pharmacopée. Il existe donc une sorte d'opposition entre les deux approches qui est difficilement surmontable. C'est pourquoi il est préférable de pouvoir disposer de compétences complémentaires, soit qu'elles existent au sein des structures de lutte contre la douleur, soit que l'on ait à constituer un réseau de compétences complémentaires pour la prise en charge psychothérapeutique des patients.

Les patients douloureux chroniques sont rarement des indications de cure de type analytique. On préférera, le plus souvent, la psychothérapie d'inspiration analytique ou la relaxation analytique.

### ► Le modèle cognitivo-comportemental

Il a été abondamment testé au travers de nombreuses études publiées dans des revues anglo-saxonnes pour l'essentiel. C'est donc un modèle qui a prouvé sa pertinence théorique, mais c'est surtout un modèle qui a prouvé, au travers de nombreuses études contrôlées <sup>(8,9)</sup>, son efficacité pour la prise en charge des douloureux chroniques. Cette efficacité repose non pas tant sur l'amélioration de la douleur perçue que sur l'amélioration du handicap, de la détresse émotionnelle, des interactions sociales et de la qualité de vie.

On peut reprocher à ce modèle d'être trop pragmatique et de n'offrir qu'une compréhension superficielle du psychisme du patient ; on peut également lui reprocher d'être normatif, essayant de "redresser" les comportements déviant qui sont jugés comme dommageables. Il n'en est pas moins vrai qu'une telle approche est efficace et qu'il est donc impensable de ne pas pouvoir en disposer, soit directement, soit dans le cadre d'un réseau.

## ■ LA PSYCHOTHÉRAPIE DU DOULOUREUX CHRONIQUE EN PRATIQUE

En pratique, on est rarement amené à proposer une prise en charge directement après le bilan. Il existe le plus souvent une période, que

l'on pourrait appeler "pré-psychothérapeutique" qui consiste à améliorer la conscience qu'a le patient de l'importance du lien entre psychisme et somatique, autrement dit à renforcer la conscience de l'impact du psychique sur la douleur. En effet, cet impact est souvent dans un premier temps réfuté par les patients qui pensent qu'accepter le rôle du psychisme serait renoncer à une étiologie organique. Cette étape est indispensable pour faire émerger une demande de prise en charge psychothérapeutique. Cette étape repose sur l'écoute, l'empathie, le soutien mais aussi la pédagogie.

Ensuite seulement, une psychothérapie sera proposée. Les différents types de psychothérapies peuvent être combinés dans le temps pour un même patient. Par exemple, on commencera par une approche corporelle de type relaxation chez un patient peu abordable du point de vue verbal (psychique). Après quelques mois de prise en charge, une psychothérapie verbale devient possible.

## ■ CONCLUSION

Le rôle du psychiatre dans la consultation douleur est complexe et repose sur trois points essentiels :

- la possibilité de faire un bilan des aspects psychologiques du patient et de transmettre cette compréhension aux autres soignants ;
- le soutien des soignants au travers de la compréhension des phénomènes contre-transférentiels mis en jeu dans la prise en charge des patients douloureux chroniques ;
- la prise en charge psychothérapeutique de certains patients, en fonction des orientations théoriques qui ne peuvent être ni militantes, ni exclusives, dans ce contexte.

Ainsi, le rôle du psychiatre ne peut être conçu ni comme une prestation de service proposant "des bilans" en chaîne, ni comme une prise en charge énigmatique échappant à la compréhension des autres soignants. La pluridisciplinarité est un exercice difficile, qui implique une confrontation directe entre ses différents acteurs, voire certaines tensions. Cependant, elle aboutira, par la compréhension des différents points de vue, à un enrichissement mutuel.

## Références

1. Melzack R, Casey KL: Sensory, motivational and central control determinants of pain : a new conceptual model, in the skin senses. Edited by Kenshalo D. Springfield JL, Charles C Thomas : 423-429, 1968.
2. Fishbain DA : Approaches to treatment decisions for psychiatric comorbidity in the management of the chronic pain patient. Med. Clin. North Am. 1999. 83 : 737-760.
3. Fishbain DA, Cutler R, Rosomoff HL, Rosomoff RS. Chronic pain-associated depression: antecedent or consequence of chronic pain ? A review. Clin J Pain. 1997 Jun ; 13(2):116-37.
4. Fishbain DA. Report on the prevalence of drug/alcohol abuse and dependence in chronic pain patients (CPPs) Subst Use Misuse. 1996 Jun ; 31(8):945-6.
5. Santiago-Dellefosse M. La douleur : à la manière d'un coup de foudre. Synapse, 1996, 122 : S 31-38.
6. Laplanche J, Pontalis JP. Vocabulaire de la psychanalyse PUF, 1967.
7. Freud, 1920. Au delà du principe de plaisir. In : essais de psychanalyse. PUF, 1981.
8. van Tulder MW, Ostelo R, Vlaeyen JW, Linton SJ, Morley SJ, Assendelft WJ. Behavioral treatment for chronic low back pain: a systematic review within the framework of the Cochrane Back Review Group. Spine. 2001 Feb 1 ; 26(3):270-81.
9. McCracken LM, Turk DC. Behavioral and cognitive-behavioral treatment for chronic pain: outcome, predictors of outcome, and treatment process. Spine. 2002 Nov 15 ; 27(22):2564-73.

## 3. LE PATIENT

### ***Douleur et psychiatrie : les principaux syndromes***

*Éric Serra*

L'étude de la douleur amène les auteurs médicaux à repérer trois grands mécanismes douloureux : excès de stimulations nociceptives, origine neuropathique, origine psychogène.

La prise en charge de patients douloureux chroniques révèle la dimension psychologique toujours présente dans la douleur ainsi que l'affirme la définition d'une "expérience sensorielle et émotionnelle désagréable". La dimension psychologique ne peut-être confondue, assimilée à l'origine psychogène. À l'exemple de la dépression, volontiers rapportée dans les discussions cliniques, les soignants sont quotidiennement confrontés à des patients douloureux posant le problème de l'évaluation et de la prise en charge d'un tableau psychiatrique associé à un syndrome douloureux chronique, tableau qui fait facilement, trop facilement, évoquer une origine psychogène.

#### ■ DÉPRESSION

##### ▷ Étude

C'est sûrement l'entité psychiatrique la plus évoquée. Sa fréquence, sa proximité avec le deuil ou la tristesse, l'amélioration diagnostique due à la formation et à l'information accrues des professionnels de santé, les possibilités thérapeutiques, la médicalisation de la société en ont assuré le succès "culturel" (Serra et Papavassilopoulou, 1992).

La dépression est un syndrome clinique bien défini (Ey, 1978). La tristesse de l'humeur constitue le premier signe avec perte du goût de vivre, perte du plaisir ou anhédonie, douleur morale, pessimisme, sentiment de culpabilité ou d'incurabilité parfois. L'inhibition psychomotrice est le deuxième signe marqué par un ralentissement psychomoteur, un émoussement "idéatoire" et affectif, une perte des initiatives. À ces deux groupes de signes s'associent des angoisses matinales et des idées morbides parfois suicidaires. Il existe enfin des signes somatiques avec une insomnie classiquement matinale, une anorexie, un amaigrissement et diverses plaintes somatiques dont des douleurs.

Le DSM IV, manuel diagnostique américain, présente comme forme de description "l'Épisode dépressif majeur". La prévalence vie entière de ce trouble, isolé ou récurrent, varie en population générale de 10 à 25 % pour les femmes et de 5 à 12 % pour les hommes (APA, 1995). Sa prévalence est élevée dans les populations de patients douloureux chroniques.

La nosographie de la dépression considère la mélancolie de la psychose maniaco-dépressive PMD comme sa forme la plus typique. On parle aussi de Trouble bipolaire dans le DSM IV.

La dépression névrotique est une évolution habituelle de la névrose d'angoisse, possible dans la névrose phobique, dans la névrose obsessionnelle et dans la névrose hystérique sous l'appellation de cyclothymie. La caractéristique de la névrose hystérique d'adhérer à l'ambiance culturelle peut faire penser que des patients hystériques expriment leur souffrance névrotique sous le masque de cette dépression tant à la mode. La dépression hystérique se retrouve dans le DSM IV sous l'appellation de Trouble dysthymique, dépression traînante sur au moins deux années.

Une dépression réactionnelle peut survenir après un traumatisme individuel comme un deuil, une perte, une séparation, un épuisement, situations rencontrées dans la maladie et, en particulier, la douleur-maladie. En pratique psychiatrique quotidienne, on parle souvent de dépression névrotico-réactionnelle qui recouvre l'essentiel du champ de la dépression.

Le diagnostic de dépression est connu de la médecine française. La méconnaissance diagnostique semble rare. Ne peut-on s'inquiéter du contraire : la tendance à recouvrir toute souffrance humaine sous le vocable de dépression et y opposer un psychotrope. On doit certes évoquer les équivalents dépressifs et autre dépression masquée.

La dépression se cacherait derrière une conduite : alcoolisme, impulsivité ; derrière un discours : incompréhension, absence d'affect ; derrière une plainte somatique : douleur notamment. Le diagnostic de dépression étant clinique, il justifie d'approfondir l'investigation sémiologique.

Les échelles de la dépression peuvent constituer une aide mais ne se substituent jamais à la clinique. On utilise la HDRS de Hamilton, les BECK 13 ou 21, la MADRS, le diagramme HARD et, bien sûr, selon les recommandations de l'ANAES, la HAD (ANAES, 1999). Certains outils métrologiques plus généraux possèdent une sous-échelle de la dépression comme le MMPI ou la SCL-90-R (Guelfi, 1996). Les questionnaires permettent un dépistage sur des populations de patients comme avec la HAD. Le score favorise le suivi des patients traités. Développées pour les essais cliniques en psychopharmacologie, les échelles connaissent là leur limite en clinique quotidienne (Serra, 2000).

## ► Dépression et douleur

La douleur est un symptôme de dépression selon Henri Ey (1978). Elle n'est pas évoquée dans les critères diagnostiques de l'épisode dépressif majeur du DSM IV. Pourtant les auteurs s'accordent sur la fréquence élevée du symptôme douloureux chez les déprimés (Allaz, 2000). Selon Von Knorring et Merskey, le symptôme douleur est présent chez 55 % des déprimés (Chaturvedi, 1986 ; Pablo, 1990).

La présence de la douleur comme signe de dépression serait favorisée par l'existence d'une dépression névrotico-réactionnelle (Von Knorring), l'utilisation de la douleur dans les relations interpersonnelles (Kreitman), l'existence d'un bas niveau socio-culturel (Giberts), plutôt chez des personnes âgées ou chez des femmes. Selon Ades, la douleur fait craindre une chronicisation plus facile de la dépression. En effet, le symptôme douleur peut résister alors que l'humeur dépressive a été améliorée par un antidépresseur (Pablo, 1990).

Quand une douleur résiste à notre compréhension, à notre bienveillante prise en charge, la tentation est forte d'évoquer une origine psychique, résumée par l'affirmation "c'est psy", ce d'autant plus que des éléments diagnostiques de dépression seront supposés, si ce n'est repérés. Nous sommes alors dans l'erreur. Ce n'est pas parce que le patient n'a pas de douleur somatiquement compréhensible que sa douleur est nécessairement psychogène (Serra, 2000). Un diagnostic

psychiatrique positif est nécessaire. De plus, opposer le mécanisme ou le diagnostic psychogène aux autres mécanismes ou diagnostics, c'est reproduire un paradigme médical dualiste soma versus psyché inapproprié dans la médecine d'aujourd'hui (Boureau, 1988 ; Routier, 2003).

À l'inverse, la dépression est un symptôme de douleur. Dans ses descriptions de la douleur-maladie, René Leriche évoque toute la détresse du patient douloureux chronique. De façon plus systématisée, François Boureau présente les signes dépressifs retrouvés dans le syndrome douloureux chronique : tristesse, troubles du caractère, perte des intérêts, fatigabilité, troubles de l'attention, insomnie (Boureau, 1988).

Les signes dépressifs sont habituels chez le patient douloureux chronique. Craig rapporte que la dépression est associée à la douleur chez 10 à 100 % des douloureux selon les études et donc selon les critères (Craig, 1989). L'épidémiologie, munie de critères diagnostiques stricts, propose une description en termes de co-morbidité.

La quête de l'origine, du sens, nécessaire dans la relation entre le soignant et le soigné est toujours délicate. Dans une perspective psychanalytique, on pense qu'un symptôme, quel qu'il soit, n'arrive pas par hasard. Ainsi douleur ou dépression apparaîtraient sur un terrain pré-disposé névrotique. Le profil psychologique des patients douloureux a été exploré avec le MMPI, test de personnalité. Au bout de six mois d'évolution de leur douleur, on trouve chez ceux-ci un profil dit névrotique de "dépression, d'hystérie et d'hypocondrie" (Kellner, 1986 ; Merskey, 1989). Il apparaît que c'est en fait le profil retrouvé chez les patients présentant une maladie chronique. En l'état actuel, on ne peut affirmer ni infirmer que les troubles de personnalité soient à l'origine de la douleur. On parlera là aussi de co-morbidité (Fishbain, 1986).

Les liens entre douleur et dépression pourraient être compris dans une perspective comportementale ou cognitive (Salkovskis, 1989 ; Routier, 2003). On connaît la proximité cognitive entre dépression et douleur avec les "dysfonctionnements cognitifs", les "erreurs de croyance" décrits par Beck (Boureau, 1988). Par ailleurs, l'inhibition, le ralentissement, communs au syndrome dépressif et au syndrome douloureux chronique, peuvent résulter d'un même conditionnement, de même que l'impuissance apprise, la perte d'espoir (Routier, 2003). Ainsi, la dépression peut-elle être réactionnelle à la douleur.

Enfin, dans une perspective organiciste, le syndrome dépressif peut être vu comme un épuisement synaptique notamment sérotoninergique, sorte de voie finale commune entre douleur et dépression.

## ■ ANXIÉTÉ

### ► Étude

L'anxiété est un syndrome clinique défini par une inquiétude majorée le soir, une crainte, une peur, parfois flottante, sans objet, parfois focalisée sur une situation, un objet, associée à un sentiment d'infériorité, d'irritabilité, des troubles de la concentration, des signes somatiques notamment digestifs et une insomnie d'endormissement (Ey, 1978 ; DSM IV, 1995).

La crise d'angoisse, attaque de panique des auteurs américains, s'exprime par la peur de mourir ou de devenir fou et par des manifestations somatiques qui motivent volontiers consultations ou hospitalisations. Marquée par des troubles cardio-respiratoires y figurent des paresthésies et des douleurs diverses déjà décrites par Freud en 1894 (Freud, 1894).

L'anxiété constitue d'abord un sentiment, une émotion, un ensemble de comportements normaux, présents dans la vie quotidienne. Elle est même considérée comme nécessaire à certaines performances, assimilée alors à un état d'alerte. Elle peut être réactionnelle à une difficulté personnelle ou collective. Par exemple, dans la douleur aiguë ou chronique, l'anxiété est une émotion habituelle, constitutive de la douleur "expérience sensorielle et émotionnelle". L'anxiété devient pathologique, soit par son intensité qui gêne l'adaptation de l'individu, soit par le cadre nosographique associé. La psychiatrie française se réfère simultanément à la conception théorique des névroses fondée par Freud et la conception athéorique des troubles anxieux initiée avec le DSM III. La névrose décrit un trouble clinique qui trouve son origine dans un trouble de la personnalité tandis que le trouble anxieux du DSM ne désigne que le trouble clinique.

- La névrose d'angoisse recouvre ainsi certains troubles anxieux du DSM IV : l'Attaque de panique ou crise d'angoisse, la répétition de celle-ci désignée par le diagnostic Trouble panique avec ou sans agoraphobie et l'Anxiété généralisée qui doit durer au moins six mois.



- La névrose phobique recouvre les Phobies spécifiques d'objets ou de situations et la Phobie sociale de situations sociales ou de performances en contact avec des gens non familiers ou en cas d'exposition à l'observation attentive d'autrui.
- La névrose obsessionnelle ou névrose de contrainte, associant pensées obsédantes, rituels et personnalité obsessionnelle avec ruminations, hésitations, souci du détail, de l'ordre et de la propreté, entêtement, rigidité morale, ne correspond qu'à une petite partie du Trouble Obsessionnel Compulsif (TOC) avec pensées obsédantes ou comportements répétitifs.
- Enfin, la névrose traumatique correspond à l'État de stress post-traumatique chez des sujets exposés à des catastrophes dont le souvenir est envahissant (Serra, 1996).

Dans les troubles anxieux ou névroses que nous venons de citer, le sujet est conscient de son état. L'anxiété ressentie par l'individu provient d'une angoisse de sexualité, d'une angoisse de mort. En revanche, dans les psychoses, l'anxiété renvoie à une angoisse de morcellement, une angoisse de l'essence.

L'épidémiologie nous permet de mesurer l'ampleur des troubles anxieux. La prévalence vie entière, en population générale, des troubles anxieux s'élève à 10-20 %. En médecine générale, on rencontre 30 % de troubles psychiatriques dont la moitié de troubles anxieux. Ils sont encore plus fréquents en Hôpital général. Il est même possible d'affiner ces chiffres (Wittchen, 1991 ; DSM IV, 1995).

Le Trouble panique, considéré comme très invalidant, connaît une prévalence vie entière, en population générale, de 1,5 à 3,5 %, pour un âge de début compris entre 18 et 35 ans. La prévalence de l'Anxiété généralisée est de 5 à 5,7 %, pour un début entre 18 et 28 ans. La prévalence de la Phobie spécifique est de 8-11 %. La prévalence de la Phobie sociale est de 3-13 %, pour un début entre 10 et 20 ans. La prévalence du TOC est de 2-2,5 %, début 15-19 ans. La prévalence de l'État de stress post-traumatique est de 1 à 14 %.

Classiquement, l'évolution de la névrose d'angoisse se ferait vers la dépression ou vers les somatisations comme la névrose hystérique. Aujourd'hui, on évoque l'évolution de l'Attaque de panique vers le Trouble panique, puis l'Agoraphobie, puis le syndrome dépressif pour 50 % des troubles anxieux et enfin l'alcoolisme, la toxicomanie médicamenteuse ou la tentative de suicide.

Pour les échelles de l'anxiété, c'est le commentaire général établi à propos des échelles de la dépression qui prévaut (Serra, 2000). Citons simplement : la Hamilton, la Tyrer, la COVI, le HARD et bien sûr la HAD dans son score anxiété (Guelfi, 1996). Ajoutons la STAI de Spielberger et la PASS de MC Cracken.

## ► Anxiété et douleur

La douleur est un symptôme d'anxiété (Ey, 1978 ; DSM IV, 1995). À la suite de Freud, Henri Ey cite hyperesthésies et paresthésies, céphalées et "crises douloureuses pseudo-rhumatismales" (Freud, 1894). Les critères diagnostiques de l'Attaque de panique comprennent "douleur ou gêne thoracique" et "paresthésies (sensations d'engourdissement ou de picotements)". Les sujets les plus anxieux et les plus attentifs à leurs sensations corporelles rapporteraient plus de douleurs (Ahles, 1987).

L'anxiété est un symptôme de douleur aiguë. L'épidémiologie prouve que la co-morbidité anxiété-douleur chronique existe quelle que soit la douleur. L'association est sous-estimée (Serra, 1999). Ce constat est dommageable pour les patients et leurs soignants car des procédures thérapeutiques efficaces existent face aux troubles anxieux.

Liée à une vision pessimiste, catastrophique de la douleur, l'anxiété réduit la capacité de contrôle de la douleur (Hallberg, 1998 ; MC Cracken, 1999). L'anxiété, en elle-même ou intégrée à un style de coping, une aptitude à faire face, à gérer la douleur, peut favoriser une chronicisation douloureuse ou plus généralement renforcer un comportement d'individu malade. Le diagnostic, puis le traitement, s'annoncent comme essentiels.

## ■ SOMATISATION

### ► Étude

La somatisation peut être définie comme l'expression somatique de difficultés psychologiques. Le concept était naguère dominé par l'hystérie, l'hypocondrie et les maladies psycho-somatiques. Le rejet de la maladie psychosomatique comme étant toujours d'origine psychologique et surtout la critique à l'encontre des névroses et, notamment, de

la névrose hystérique, ont abouti avec le DSM III en 1980 à la création de la classe diagnostique "Troubles somatoformes" (DSM IV, 1995). Description clinique et nosographie sont étroitement liées.

L'hystérie doit beaucoup à Freud, devenant névrose hystérique au cœur même d'une nosographie psychanalytique naissante à l'orée du XX<sup>e</sup> siècle. Inversement, la psychanalyse doit beaucoup à l'hystérie bâtissant son corpus théorique initial à partir du discours des patients hystériques. Cette référence théorique associée à une symptomatologie protéiforme, à comprendre de façon symbolique, expliquent la difficulté diagnostique pour le soignant toujours impliqué dans sa relation avec le patient et donc dans son propre fonctionnement psychique.

La névrose hystérique est constituée cliniquement de l'association de signes somatiques et psychiques, permanents ou paroxystiques, avec une personnalité hystérique (Ey, 1978 ; Israel, 1985).

Les signes somatiques touchent surtout les organes de la vie de relation et sont volontiers décrits comme transitoires et fonctionnels. Concernant la motricité et le tonus, c'est historiquement, avec Charcot, la crise hystérique qui dominait le tableau à la fin du XIX<sup>e</sup> siècle. Toujours spectaculaire, elle subsiste aujourd'hui en crise de nerfs, crise de spasmophilie, malaise et autre agitation. Concernant les troubles de la sensibilité, on note anesthésies ou, au contraire, diverses douleurs dont certaines céphalées, prurit, vertiges, troubles de la vision ou de l'audition et, bien sûr, troubles de la sexualité. Concernant les troubles neurovégétatifs, on évoque la boule d'angoisse, divers spasmes, l'hypotension artérielle, voire même des stigmates.

Les signes psychiques sont également désignés comme troubles dissociatifs. On cite avant tout l'amnésie, sélective, volontiers alléguée par le sujet, ou plus simplement des difficultés de concentration. Fugues, état second ou personnalité multiple sont rares.

La dimension relationnelle et le sens du symptôme font toute la subtilité clinique. Spectaculaire si ce n'est dramatique, le symptôme a besoin de spectateurs. Le symptôme est alors sensible à la suggestion. Face au médecin, au soignant, l'utilisation du corps possède une valeur de manipulation de l'interlocuteur, de séduction de la curiosité scientifique, de la docte sagesse et du pouvoir thérapeutique. Le soignant risque d'en faire toujours plus pour finir par un échec thérapeutique, une désillusion de la toute puissance soignante et donc un rejet de cette érotisation interpersonnelle, de cet amour fourvoyé. En attendant,

réfugié dans une problématique corporelle, le sujet hystérique jouit de quelques bénéfices secondaires (Serra, 1992). Si l'on progresse un peu dans la compréhension de l'hystérie, on perçoit parfois tel ou tel sens symbolique dans les symptômes de conversion, mais ce n'est que par un processus psychanalytique que l'on peut entendre ce mécanisme de défense névrotique.

Quoiqu'il en soit, il est important de rappeler que tout symptôme, fût-il clairement organique, possède une dimension psychique. Cela n'est ignoré d'aucun spécialiste de la douleur. La psychanalyse confirme ce point de vue avec la surdétermination qui signifie qu'un même signe peut répondre à plusieurs explications, toutes valables.

Enfin, la personnalité hystérique associe histrionisme ou théâtralisme, facticité des affects avec dramatisation et séduction, suggestibilité, mythomanie comme expression d'un mode de pensée imaginaire, hyperémotivité avec crises et impulsivité et notamment dans l'hystérie masculine, dépendance affective et troubles de la sexualité. On décrit une personnalité hystérique de type histrionique et une de type passif-dépendant. La présence habituelle de traits de personnalité névrotique, entre autre hystérique, dans la population générale amène à parler de personnalité névrotico-normale.

L'hypocondrie est définie comme une maladie imaginaire, la certitude absolue d'être physiquement malade. Au-delà d'une simple préoccupation de santé ou de l'inquiétude face à un symptôme somatique, le discours hypocondriaque est repéré par la certitude organique du patient qui exclut toute hypothèse psychologique, par l'inaccessibilité à la critique ou à la réassurance quels que soient les bilans médicaux et par la fixité de la plainte. Comportement et discours hypocondriaques empruntent volontiers au discours médical, sûrement favorisés par un contexte social marqué par la médicalisation, la "culture médicale" (Balint, 1957 ; Delahousse et Pedinielli, 1989 ; Serra, 1992 ; Serra, 2001). Pour certains auteurs, l'hypocondrie ne serait qu'une forme d'hystérie chronicisée, vieillie, organisée par la médecine (Israel, 1985).

Les deux classes diagnostiques, hystérie et hypocondrie, que nous venons d'étudier, se retrouvent dans les Troubles somatoformes de la classification américaine. Si les symptômes physiques font évoquer un trouble organique, ils ne peuvent s'expliquer complètement, ni par une affection médicale générale, ni par un autre trouble mental (DSM IV,

1995). Notons que l'hystérie se retrouve également dans le Trouble dépressif cyclothymique, les Troubles dissociatifs et les Troubles sexuels et que la personnalité hystérique correspond à la Personnalité histrionique et à la Personnalité dépendante du DSM.

Principal trouble somatoforme, le Trouble somatisation du DSM IV énumère pour l'essentiel des symptômes physiques douloureux, gastro-intestinaux, sexuel, pseudo-neurologique, parmi lesquels le patient doit en présenter au moins huit à un moment quelconque de l'évolution de plusieurs années. La prévalence vie entière est de 0,2 à 2 %.

- Le Trouble de conversion exige un ou plusieurs symptômes ou déficits touchant la motricité ou les fonctions sensibles ou sensorielles, associés à des facteurs psychologiques sous forme de conflits ou autres facteurs de stress. La prévalence vie entière serait inférieure ou égale à 0,3 %.

- L'Hypocondrie est définie comme une « préoccupation centrée sur la crainte ou l'idée d'être atteint d'une maladie grave, fondée sur l'interprétation erronée par le sujet de symptômes physiques. La préoccupation persiste malgré un bilan médical approprié et rassurant ». En médecine générale, la prévalence serait de 4 à 9 %.

- Le Trouble douloureux, enfin, est décrit simplement comme une douleur, à l'origine d'une souffrance ou d'une altération sociale, sous l'influence de facteurs psychologiques pour son déclenchement, son intensité, son aggravation ou sa persistance. Ainsi présentée, cette entité clinique correspond à toute douleur. Du coup, elle est l'objet de critiques : trop proche du Trouble conversion (Birket-Smith, 2002), impliquant un dualisme psyché-soma aujourd'hui rejeté (Boland, 2002), proche certes du Trouble somatisation, mais marquant finalement l'intérêt de la psychiatrie pour le problème de douleur (Hiller, 2000).

## ► Somatisation et douleur

Après la dépression et l'anxiété, la somatisation pose de nouveaux problèmes aux soignants prenant en charge des patients douloureux.

Le problème est d'abord diagnostique. L'expression physique de troubles psychologiques se rencontre dans les trois entités. La hiérarchisation dépression, anxiété, puis somatisation est intéressante en terme d'urgence à traiter. Mais les cliniciens se référant à la conception classique ou psychanalytique et cherchant une cause profonde aux

syndromes médico-psychologiques, dresseraient volontiers une hiérarchisation inverse.

Le problème est en effet théorique d'une opposition psychanalyse versus comportementalisme. Quelles que soient ses références, le psychiatre ou le psychologue d'une Consultation de la Douleur devra mettre son savoir au service d'une pratique enrichissante pour tous.

Le problème est finalement thérapeutique. Que l'on diagnostique une névrose hystérique ou un Trouble somatoforme, cela doit déboucher sur une proposition réalisable. Possible expression des difficultés scientifiques précédentes, la somatisation pose un problème épistémologique. On ne trouve que ce que l'on cherche. On ne cherche que ce qui présente un intérêt. Mais de quel intérêt s'agit-il ? Clinique, thérapeutique, commercial, théorique, scientifique ? Pourquoi la plupart des travaux portent-ils sur douleur et dépression ? L'anxiété n'est-elle pas sous-estimée quand certains auteurs la trouvent plus fréquemment associée à la douleur que ne l'est la dépression ? La somatisation et les Troubles somatoformes ne sont-ils pas aussi sous-estimés (Fishbain, 1986) ? Des études complémentaires sont nécessaires, si l'on pense que le trouble somatoforme douloureux est le mode de somatisation le plus fréquent dans le monde occidental. Mais avant tout, c'est notre attention soignante qui s'impose.

## ■ ABUS DE SUBSTANCES

Ce paragraphe n'a comme prétention que de souligner, de confirmer un constat réalisé dans la prise en charge de patients douloureux chroniques. L'abus de substance est parfois associé, beaucoup plus souvent redouté et toujours délicat à gérer.

Quand on travaille auprès de patients douloureux, on se demande si l'abus de substance n'est pas, d'abord, un problème éthique. La morale de notre société redoute la toxicomanie. Prendre un opioïde prescrit face à une douleur évaluée, c'est partager un produit commun avec le drogué. Il n'y a qu'un pas vers la stigmatisation qui fait des malheureux patients des toxicomanes en puissance et de leurs thérapeutes des dealers. Dans notre quotidien soignant, nous savons que le problème est surtout à la carence antalgique. L'OMS l'affirme depuis longtemps. L'insuffisance d'utilisation des antalgiques et, notamment, des opioïdes, est quantitative et qualitative. L'origine se révèle être un défaut de

connaissance sur les indications et les risques des médicaments antalgiques (Boureau, 1992 ; Ferrell, 1992 ; Cohen, 2002).

Les opioïdes ne sont pas les seuls en cause : les anti-inflammatoires, la chirurgie, les benzodiazépines et autres psychotropes, les examens répétés, la poursuite prolongée des médicaments, sont autant de problèmes qui interrogent la puissance thérapeutique de la médecine, le risque iatrogène, les demandes variables parfois contradictoires de l'individu malade et de la société. L'abus de substance est un aspect du problème. La littérature médicale semble se limiter aux opioïdes (Adriaensen, 2003). Il est vrai que l'impact social, médico-légal est le plus fort sur ces substances (Savage, 1996).

Une difficulté pratique est celle de traiter une douleur chez un patient toxicomane (Savage, 2002 ; Sees, 1993 ; Carpentier, 1997). Une autre est de s'adresser à des patients douloureux souffrant de troubles psychiatriques dépressifs, anxieux ou somatoformes (Radat, 2002 ; Wambach, 2001). Même si le problème est plus marqué pour la prescription de morphiniques en dehors du cancer, il apparaît aussi avec cette pathologie (Passik, 1998 ; Paice, 1998).

Reprenons quelques définitions (DSM IV, 1995). La tolérance est, soit le besoin de quantités accrues pour obtenir le même effet, soit l'effet diminué en cas d'utilisation continue d'une même quantité de substance. Le sevrage est le cortège de troubles médicaux qui accompagne l'arrêt ou la réduction d'une substance. La dépendance à une substance associe tolérance et sevrage avec surconsommation, difficulté à réguler la consommation et/ou impact personnel ou social. Enfin, l'abus de substance - l'addiction - est défini par un mode d'utilisation inadéquat conduisant à une altération du fonctionnement ou à une souffrance cliniquement significative et cela sur 12 mois. Le manuel DSM IV précise ensuite les Troubles liés aux opiacés et les Troubles liés aux sédatifs, hypnotiques ou anxiolytiques. Toutefois, cette approche psychiatrique est relativisée, discutée par de nombreux auteurs en ce qui concerne la tolérance et la dépendance des patients douloureux traités (Fishbain, 1992 ; Aronoff, 2000 ; Heit, 2001 ; Radat, 2002).

Les études épidémiologiques ont signalé la fréquence du phénomène. Par une revue critique, Fishbain établit la prévalence des diagnostics de dépendance, d'abus ou d'addiction entre 3,2 et 18,9 % des patients douloureux chroniques (1992). Si 4 % des patients migraineux sont

concernés par le mésusage médicamenteux, il s'élève à 20 % dans les Centres de céphalées (Radat, 2002).

Diverses propositions scientifiques peuvent être ici rapportées. Nous l'avons vu, nombreux sont les auteurs qui reprenant les définitions strictes du DSM IV souhaiteraient probablement les voir évoluer pour une meilleure adaptation à la réalité de nos patients traités. La perte de contrôle de la prise de médicaments antalgiques en dépit d'effets adverses est peut être le meilleur indicateur d'un comportement addictif chez un patient douloureux chronique traité (Radat, 2002). L'addiction concerne volontiers plusieurs substances en même temps dont les psychotropes. Un risque accru existerait en cas de co-morbidité dépressive ou anxieuse. L'antalgique viendrait apaiser certains symptômes d'anxiété ou de dépression ou entraînerait d'autres bénéfices, d'autant plus que l'anxiété ou la dépression n'auraient pas été correctement évaluées et traitées. Évaluer également le passé d'abus de substances, la consommation de substances addictives licites, la difficulté à respecter un contrat thérapeutique, réévaluer précisément en cas de prescription d'opioïdes surtout hors du cancer, en cas de tolérance, en cas d'échec, travailler en équipe, faire appel aux Consultations de la Douleur, aux Consultations de Toxicomanie, à la Psychiatrie de liaison : autant de propositions qui peuvent nous aider dans la situation difficile de la dépendance et de l'abus de substance (Boureau, 1992 ; Miotto, 1996 ; Heit, 2001 ; Kirsh, 2002). Ce champ nécessite des recherches cliniques, psychopathologiques, épidémiologiques et fondamentales (Compton, 1998 ; Le Bars, 2000 ; Radat, 2002).

## ■ TRAITEMENTS

Après avoir rappelé les principes thérapeutiques face aux quatre entités psychiatriques étudiées, en guise de conclusion, nous détaillerons certaines procédures thérapeutiques utilisables au quotidien chez les patients douloureux chroniques.



## ► Dépression, anxiété, somatisation, addiction

- Les thérapeutiques de la dépression sont les mieux codifiées. Il est important avant tout de préciser l'intensité du syndrome dépressif, le contexte nosographique, les possibilités personnelles ou contextuelles du sujet déprimé : cela déterminera les modalités de prise en charge. Le traitement de référence face à un syndrome dépressif caractérisé et sévère comporte une chimiothérapie par antidépresseur, à dose efficace, pendant plusieurs mois, associée à une psychothérapie cognitive ou psychanalytique selon la compétence du psychothérapeute et la demande du patient. Si le médecin est formé et/ou le syndrome dépressif moins intense, ce soignant référent peut assumer la prise en charge (Serra, 2000).

- Les thérapeutiques de l'anxiété associent également chimiothérapie et psychothérapie. Les anxiolytiques constituent un traitement de crise ou de fond. Mais le risque de dépendance aux sédatifs, hypnotiques ou anxiolytiques, doit faire limiter la durée de prescription, en particulier avec les benzodiazépines. Le Trouble panique, en prévention des crises d'angoisse, bénéficie de certains antidépresseurs. Cela est également vrai pour les TOC, pour la Phobie sociale, pour l'Anxiété généralisée. La psychothérapie sera soit comportementale, soit psychanalytique.

- Les thérapeutiques de la somatisation dépendront encore une fois de la formation du clinicien. Si un diagnostic de Névrose hystérique peut constituer une indication royale de psychanalyse, un diagnostic de Trouble somatisation – chez un même patient bien sûr – répondrait à une prise en charge cognitive (Salkovskis, 1989 ; Serra, 1995). Notons que le Trouble somatoforme douloureux peut bénéficier de la prescription d'antidépresseur.

- Enfin les thérapeutiques des abus de substances sont constituées de : prévention lorsqu'apparaissent tolérance ou dépendance chez un sujet douloureux traité, respect des consignes évoquées précédemment, sevrage médicalement accompagné par la psychothérapie (soutien cognitivo-comportemental), par la chimiothérapie (substitution éventuelle, co-morbidité dépressive), par la sociothérapie (cure de sevrage et post-cure).

## ► Quels traitements chez le douloureux chronique ?

Les co-morbidités bénéficient donc de traitements spécifiques à la dépression, l'anxiété, la somatisation, l'abus de substance.

Mais quels que soient les mécanismes et les causes, quels que soient les diagnostics, la douleur peut être générée, aggravée ou simplement entretenue ou au contraire améliorée par des facteurs psychologiques (Boureau, 1988). Parmi ces facteurs, on retrouve des éléments cliniques ou des mécanismes de dépression et d'anxiété, voire de somatisation ou d'addiction, eux-mêmes composants affectifs, cognitifs et comportementaux de la douleur "expérience sensorielle et émotionnelle". Du coup les modes de compréhension et de prise en charge de la douleur se nourrissent de cette coexistence.

- Au niveau des médicaments, les anxiolytiques peuvent aider au traitement de l'anxiété associée à la douleur (Serra, 1999). Or, diminuer l'anxiété facilite l'adaptation du patient face à sa douleur (MC Cracken, 1999). Il faut choisir des substances non sédatives, avec moindre potentiel addictif. Ce qui semble le cas de molécules plus récentes. Nous avons vu aussi que la prescription des antidépresseurs dépasse aujourd'hui la simple association douleur-dépression. La façon de prescrire vaut autant que la substance pharmacologique, se plaît-on à dire. L'effet placebo en est une illustration troublante qui fait de la chaleur relationnelle et de l'assurance thérapeutique du soignant des déterminants essentiels du succès thérapeutique. Les modalités mêmes de la prescription sont à considérer.

- Que la réponse médicamenteuse psychotrope s'impose ou pas, l'accompagnement psychologique fait partie du programme thérapeutique plurimodal proposé à tout patient douloureux (Serra, 2000). Cet accompagnement peut s'inspirer de la psychothérapie psychanalytique. Quand une plainte douloureuse est l'expression d'une souffrance névrotique, hystérique, d'une insatisfaction existentielle, l'analyste et son patient ne se focalisent pas sur le symptôme mais remontent à l'origine de la souffrance. Un éloignement de la médecine, facteur de chronicisation, est habituel. C'est-à-dire, selon cette perspective, que l'équipe médicale doit renoncer à sa volonté de guérir, de supprimer le symptôme douleur. En pratique, un assouplissement de l'idéal soignant est obtenu par les groupes de paroles et autres réunions de synthèse en

présence d'un "psy" formé selon le modèle des groupes Balint (Balint, 1957). Ce renoncement soignant n'est pas incompatible avec le progrès thérapeutique. Bien au contraire, il combat la iatrogénéisation.

- L'accompagnement psychologique peut s'inspirer des Thérapies Cognitivo-Comportementales (TCC). Accessible plus facilement au thérapeute et au patient, compatible avec les notions de douleur-maladie ou de syndrome douloureux chronique, ce courant pragmatique rencontre un succès grandissant (Boureau, 1988).

- La consultation initiale du patient douloureux permet l'analyse fonctionnelle de sa symptomatologie. L'approche comportementale vise à obtenir des changements précis, concrets dans la qualité de vie des patients, en traitant des symptômes comportementaux que l'on sait aborder en TCC. "Si une diminution de la douleur en résulte, c'est un supplément" (Salkovskis, 1989).

- Les réponses thérapeutiques aux modèles comportementaux de Pavlov ou Skinner empruntent aux domaines de l'anxiété et des phobies. Dans la désensibilisation systématique de Wolpe, si l'on oppose à la situation anxiogène ou douloureuse une réponse inhibitrice de celle-ci comme la relaxation, on évite l'apparition du comportement-cible. On renforce les comportements bien portants, on aide le patient douloureux, anxieux, dépressif, somatisant, à affronter les situations importantes.

- Quand douleur, dépression ou somatisation coexistent, la thérapie cognitive peut être indiquée selon le modèle développé par Beck dans la dépression. Les erreurs de croyance du patient douloureux seront rectifiées comme la tendance à généraliser ses difficultés, à dramatiser, à s'inquiéter de son corps, à perdre le contrôle, à espérer des solutions miracles (Boureau, 1988 ; Salkovskis, 1989 ; Serra, 1995 ; MC Cracken, 1999).

- Les approches corporelles font également partie de l'arsenal thérapeutique : kinésithérapie, massages, applications de chaleur, maintien puis développement des activités physiques, relaxation, hypnose. Certes, ces approches - au même titre que les approches psychologiques - souffrent de leur comparaison avec la chimiothérapie au sein de la médecine fondée sur les preuves. Néanmoins, dans notre quotidien soignant, nous nous accordons tous sur leur place également

importante. Ainsi la relaxation est un outil précieux dans le traitement de la douleur comme de l'anxiété voire de la somatisation.

- L'écoute du sujet et la prise en considération de la réalité de sa douleur réduisent l'écho perdu de son anxiété, de sa dépression, de ses plaintes somatiques, de ses dépendances. En cas de nécessité, chacune des entités cliniques bénéficiera d'un traitement particulier. L'amélioration de la symptomatologie douloureuse sera d'autant plus importante et rapide que, parallèlement au traitement antalgique, sera mise en route une prise en charge correcte de la pathologie associée (Merskey, 1989). Finalement, le traitement des co-morbidités réalise une cothérapie favorable à un programme thérapeutique plurimodal, à une prise en considération globale du patient douloureux.

---

## Annexe

---

### ÉPIDÉMIOLOGIE

Si tout le monde s'accorde sur la fréquence élevée des grandes comorbidités psychiatriques associées aux douleurs chroniques, il importe de se reporter aux études épidémiologiques à notre disposition.

La sémologie psychiatrique, culturellement déterminée, a été décrite minutieusement par des auteurs germanophones (Kraepelin, Freud, Kretschmer) et des auteurs francophones (Serieux et Capgras, Ballet, de Clerambault, Lacan, Ey, Israel). Cette nosographie psychiatrique est compatible avec la théorie psychanalytique mais aussi avec les thérapies psychologiques et médicamenteuses. La difficulté à affirmer certains diagnostics comme l'hystérie ou la schizophrénie, les travaux accrus dans le domaine de la dépression, l'opposition à la psychanalyse, ont fait reconsidérer le champ des maladies mentales, notamment, outre-atlantique. Cela a abouti aux classifications psychiatriques modernes développées par les épidémiologistes à des fins de recherche : la Classification Internationale des Maladies CIM-10 de 1992 ou le Manuel Diagnostique et Statistique américain des troubles mentaux le DSM III de 1980 devenu DSM IV (APA, 1995). Les études épidémiologiques concernant la co-morbidité douleur et troubles mentaux font référence aux versions successives du DSM.

Ainsi passant en revue les diagnostics psychiatriques de 43 patients

porteurs d'une douleur chronique qui n'avait pas bien répondu au traitement conventionnel, Reich et coll. trouvent au DSM III, prédécesseur du DSM IV, 6 "Troubles affectifs" (15 %), 13 "Troubles somatoformes" - somatisation, conversion hystérique, hypocondrie - (30 %), et 8 "Toxicomanies" (19 %). Un trouble de la personnalité est retrouvé chez 16 patients (37 %) avec 5 "personnalité histrionique" (30 %) et 4 "personnalité dépendante" (25 %) (Reich, 1983).

Fishbain et coll. (1986) évaluent de la même façon 283 patients consécutifs admis en Centre de la Douleur essentiellement pour des douleurs musculo-squelettiques notamment lombaires (75 %). Ils retrouvent 56 % de patients souffrant de "Dépression" avec 64 % de ce regroupement diagnostique chez les femmes contre 50 % chez les hommes ( $p < 0.05$ ). Notons que le "Trouble dysthymique" représente 23 % et le "Trouble de l'adaptation avec humeur dépressive" 28 %.

Les "Troubles anxieux" sont encore plus fréquents à 62,5 %, avec 66,5 % chez les femmes contre 59 % chez les hommes ( $p < 0.01$ ). Notons 1 % de "Stress post-traumatique", 15 % de "Trouble anxiété généralisée" et 43 % de "Trouble de l'adaptation avec humeur anxieuse".

Les "Troubles somatoformes" sont retrouvés chez 43 % des patients, dominés par le "Trouble conversion" à 38 %, diagnostiqué avec soins, à côté du "Trouble somatisation" 4 %, de la "Douleur psychogène" (ancêtre du Trouble douloureux du DSM IV) 0,3 % et de "l'Hypocondrie" 0,7 %. Les "Dépendances à l'alcool et autres drogues" représentent 15 % des patients, avec prédominance masculine de 20 % contre 8 % chez les femmes ( $p < 0.01$ ). Notons la co-morbidité de l'Alcoolisme 12 % avec la Dépendance aux drogues et médicaments 10,5 %, toujours avec une surreprésentation masculine. Enfin, le "Trouble explosif intermittent" ou psychopathie des auteurs franco-germaniques, est à 10 %, pour 17 % des hommes contre 1,6 % des femmes ( $p < 0.0001$ ).

La même étude retrouve des troubles de la personnalité : 17 % de "dépendant", 15 % de "passif-agressif" soit 21 % chez les hommes contre 12,5 % chez les femmes, 11,5 % "d'histrionique" soit 20,5 % chez les femmes contre 4,5 % chez les hommes ( $p < 0.0001$ ) et, enfin, 4,5 % de "narcissique", 5 % de "paranoïde" et 3 % de "schizoïde" chez les hommes contre 0 % chez les femmes.

Atkinson et coll. (1991) explorent la prévalence vie entière des troubles psychiatriques dans une population de 97 hommes lombalgiques

chroniques de la région de San Diego comparée à 49 volontaires sains. Ils retrouvent 32 % de “dépression majeure” ( $p < 0.05$ ), 23 % “d’anxiété généralisée” (NS : non significatif sur l’échantillon étudié), 8 % de “trouble panique” (NS), 13,5 % de “trouble obsessionnel compulsif” TOC (NS), soit 31 % de “troubles anxieux” hors TOC ( $p < 0.05$ ), 65 % de “dépendance alcoolique”  $p < 0.01$ , 11,5 % d’autres dépendances (NS), enfin, dans cette population masculine, on retrouve 21 % de “trouble antisocial” (NS) et aucun “trouble somatisation”.

Merikangas et coll. (1990), chez 457 sujets migraineux, trouvent selon le DSM III une prévalence annuelle de 15 % de “dépression majeure” ( $p < 0.05$ ), de 31 % de “troubles anxieux” ( $p < 0.05$ ) avec 10 % “d’anxiété généralisée” ( $p < 0.001$ ).

Devlen (1994) chez 650 sujets migraineux, trouve via la HAD 50 % d’anxiété probable (score HAD  $\geq 11$ ) ou possible (score HAD 8 à 10) et 20 % de dépression (probable = 6 % et possible = 14 %). Ces prévalences élevées sont comparables à celles mesurées dans d’autres pathologies. Par ailleurs, aucune corrélation n’est retrouvée avec la fréquence des crises de migraine.

La corrélation élevée entre la douleur rapportée par les patients et leur niveau d’anxiété et de dépression a été établie notamment par Smedstad et coll. (1995) chez des patients souffrant de polyarthrite rhumatoïde. L’impact des troubles psychiques sur l’évolution douloureuse est pressenti par tous les soignants. Dans une étude cohorte de 75 patients souffrant de troubles fonctionnels intestinaux sur cinq années, Fowley et coll. (1992) ont confirmé cette impression quant à l’anxiété, facteur de maintien d’un syndrome colique rebelle et quant à la dépression, facteur de fluctuations négatives dans la détresse et le comportement malade.

### **Bibliographie**

- Adriaensen H, Vissers K, Noorduin H, Meert T. Opioid tolerance and dependence : an inevitable consequence of chronic treatment ? *Acta Anaesthesiol Bel*, 2003, 54 : 37-47.
- Ahles TA, Cassens HL, Stalling RB. Private body consciousness, anxiety and the perception of pain. *J. Behav. Ther. and Exp. Psychiat.*, 1987, 18 : 215-222.
- Allaz A-F Dimensions psychologiques de la douleur chronique. La lettre de l’IUD, n° 13, 1-6, septembre 2000.

- American Psychiatric Association. DSM-IV : Manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux. 4<sup>e</sup> édition, Masson, Paris, 1995.
- ANAES. Evaluation et suivi de la douleur chronique chez l'adulte en médecine ambulatoire. ANAES, Paris, 1999.
- Aronoff GM. Opioids in chronic pain management : is there a significant risk of addiction ? *Curr. Rev. Pain*, 2000, 4 : 112-121.
- Atkinson JH, Slater MA, Patterson TL, Grant I and Garfin SR. Prevalence, onset and risk of psychiatric disorders in men with chronic low back pain : a controlled study. *Pain*, 1991, 45 : 111-121.
- Balint M. *Le médecin, son malade et la maladie* (1997). Payot, Collection Science de L'Homme, Pain, 1998.
- Birket-Smith M, Mortensen EL. Pain in somatoform disorders : is somatoform pain disorder a valid diagnosis ? *Acta. Psychiatr Scand.*, 2002, 106 : 103-8.
- Boland RJ. How could the validity of the DSM-IV pain disorder be improved in reference to the concept that it is supposed to identify ? *Curr. Pain Headache Rep.*, 2002, 6 h 23-29
- Boureau F. *Pratique du traitement de la douleur*. Doin, Paris, 1988.
- Boureau F, Luu M, Koskas-Sergent AS, Doubrere JF. Need of risk reevaluation in morphine dependence in pain patients (en français). *Thérapie*, 1992, 47 : 513-8.
- Brandt J, Celentano D, Stewart W, Linet M, Folstein ME. Personality and emotional disorder in a community sample of migraine headache sufferers. *Am. J. Psychiatry*, 1990, 147, 303-308.
- Carpentier M. Pain, anesthesia and drug addiction (en français). *Rev. Stomatol. Chir. Maxillofac.*, 1997, 98 : 120-2.
- Chaturvedi SK, Michael A. Chronic pain in a psychiatric clinic. *J. Psychosom. Res.*, 1986, 30: 347-354.
- Cohen MJ, Jasser S, Herron PD, Margolis CG. Ethical perspectives : opioid treatment of chronic pain in the context of addiction. *Clin. J. Pain*, 2002, 18 (4 suppl) : S99-107.
- Compton P, Darakjian J, Miotto K. Screening for addiction in patients with chronic pain and "problematic" substance use : evaluation of a pilot assessment tool. *J. Pain Symptom Manage*, 1998, 16 : 355-63.
- Craig KF. Emotional aspects of pain. In : Wall PD, Melzack R. *Textbook of pain*. 2<sup>nd</sup> ed, Churchill Livingstone, Edinburgh, London, Melbourne, New York, 1989.
- Delahousse J, Pedinielli JL. La médicalisation de la plainte. *Psychologie Médicale*, 1989, 21,3 : 325-328
- Ey H, Bernard P, Briset C. *Manuel de psychiatrie*. 5<sup>e</sup> édition, Masson, Paris, 1978.
- Ferre BR, MC Caffery M, Rhiner M. Pain and addiction : an urgent need for change in nursing education. *J. Pain Symptom Manage*, 1992, 7 : 117-124 et 439-440.

- Fishbain D, Goldberg M, Meagher B, Steele R, Rosomoff H. Male and Female Chronic Pain Patients Categorized by DSM-III Psychiatric Diagnostic Criteria. *Pain*, 1986, 26 : 181-197
- Fishbain DA, Rosomoff HL, Rosomoff RS. Drug abuse, dependence, and addiction in chronic pain patients. *Clin. J. Pain*, 1992, 8 : 77-85.
- Fowlie S, Eastwood MA, Ford MJ. Irritable bowel syndrome : the influence of psychological factors on the symptom complex. *J. Psychosom. Res.*, 1986, 30 : 347-354.
- Freud S. Du bien fondé à séparer de la neurasthénie un complexe de symptômes déterminé en tant que "névrose d'angoisse", 1894. In *Œuvres Complètes. Psychanalyse. Vol III*, 1894-1899, PUF Paris, 1989.
- Guelfi JD. L'évaluation clinique standardisée en psychiatrie. Tomes I et II, Editions Médicales Pierre Fabre, 1996.
- Hallberg LRM, Carlsson SG. Anxiety and coping in patients with chronic work-related muscular pain and patients with fibromyalgia. *European J. Pain*, 1998, 2 : 309-319.
- Heit HA. The truth about pain management : the difference between a pain patient and an addicted patient. *Eur. J. Pain*, 2001, 5 (suppl A) : 27-9.
- Hiller W, Heuser J, Fichter MM. The DSM-IV nosology of chronic pain : a comparison of pain disorder and multiple somatization syndrome. *European J. Pain*, 2000, 4 : 45-55.
- Israel L. L'hystérique, le sexe et le médecin. Masson, Paris, 1985.
- Kellner R. Somatization and hypochondriasis. Praeger, New York, 1986.
- Kirsh KL, Whitcomb LA, Donaghy K, Passik SD. Abuse and addictions issues in medically ill patients with pain : attempts at clarification of terms and empirical study. *Clin. J. Pain*, 2002, 18 (suppl 4) : S52-60.
- Le Bars M, Glowinski J, Bannwarth B. Tolerance and dependence on opioid analgesics : experimental and clinical aspects (en français). *Thérapie*, 2000, 55 : 343-347.
- MC Cracken LM, Spertus IL, Janeck AS, Sinclair D, Wetzel FT. Behavioral dimensions of adjustment in persons with chronic pain : pain-related anxiety and acceptance. *Pain*, 1999, 80 : 283-289.
- Merikangas KR, Angst J, Isler H. Migraine and Psychopathology. *Arch. Gen. Psychiatry*, 1990, 47 : 849-853.
- Merskey H. Pain and psychological medicine. In : Wall PD, Melzack R. *Textbook of pain*. 2<sup>nd</sup> ed, Churchill Livingstone, Edinburgh, London, Melbourne, New York, 1989.
- Miotto K, Compton P, Ling W, Conolly M. Diagnosing addictive disease in chronic pain patients. *Psychosomatics*, 1996, 37 : 223-35 et 38 : 158-9.
- Pablo D. Approche psychiatrique de la douleur chronique. Thèse Médecine n°90, Lyon Sud, 1990.
- Paice JA, Toy C, Shott S. Barriers to cancer pain relief : fear of tolerance and addiction. *J. Pain Symptom Manage*, 1998, 16 : 1-9.



- Passik SD, Portenoy RK, Ricketts PL. Substance abuse issues in cancer patients. Part 1 : prevalence and diagnosis. *Oncology*, 1998, 12 : 517-21.
- Radat F, Irachabal S, Swendsen J, Henry P. Analgesic abuse and psychiatric comorbidity in headache patients (en français). *Encephale*, 2002, 28 : 466-471.
- Reich J, Tupin JP, Abramowitz SI. Psychiatric diagnosis of chronic pain patients. *American Journal of Psychiatry*, 1983, 140 : 1495-1498.
- Routier CP, Serra E, Disma G. Le modèle comportemental et ses implications dans l'analyse de la douleur chronique. *J. Thérapie Comportementale et Cognitive*, 2003, 13 : 24-33.
- Salkovskis P. Somatic Problems. In : Hawton K, Salkovskis P, Kirk J, Clark D. *Cognitive Behaviour Therapy for Psychiatric Problems*. Oxford Medical Publications, 1989.
- Savage SR. Assessment for addiction in pain-treatment settings. *Clin. J. Pain*, 2002, 18 (4 suppl.) : S28-38
- Savage SR. Long-term opioid therapy : assessment of consequences and risks. *J. Pain Symptom Manage*, 1996, 11 : 274-86.
- Sees KL, Clark HW. Opioid use in the treatment of chronic pain : assessment of addiction. *J. Pain Symptom Manage*, 1993, 8 : 257-64 et 1994, 9 : 74.
- Serra E. Spécificité de la prise en charge psychologique du douloureux chronique. *Psychologie médicale*, 1995, 27 : 19-22.
- Serra E. Douleur et anxiété : une association sous-estimée. *Ann. Psychiatr.*, 1999, 14 : 240-245.
- Serra E. Quand, comment adresser vers le psychiatre ou le psychologue ? *Douleurs*, 2000, 1 : 20-23.
- Serra E. Douleur, angoisse et dépression. In Ferragut E. *La dimension de la souffrance en psychosomatique*. Masson, Paris, 2000.
- Serra E, Guedj Ph. La douleur post-traumatique. *Houdé Magazine Médical*, n°28 : 13-18, 1996.
- Serra E, Papavassilopoulou E. SPID, CFS, PTSD, tétanie, dépression ou le refuge dans la médecine. *Psychologie Médicale*, 1992, 24 (4) : 329-331.
- Serra E, Sahebjam M, Goran A. La plainte hypocondriaque. *Doul. et Analg.*, 2 : 127-131, 2001.
- Smedstad LV, Vaglum P, Kvien TK, Moum T. The Relationship Between Self-Reported Pain and Sociodemographic Variables, Anxiety and Depressive Symptoms in Rheumatoid Arthritis. *The Journal of Rheumatology*, 1995, 22 : 514-520.
- Wambach S, Rohr P, Hauser W. Abuse of opioide therapy in somatoform pain disorder (en allemand). *Schmerz*, 2001, 15 : 254-64.
- Wittchen U. Epidemiology of anxiety. Lecture of the European Certificate in Anxiety Disorders. Erasmus Programme of the Commission of European Communities, Maastricht and Oxford, 1991.

# Facteurs de vulnérabilité psychique chez le patient douloureux chronique

*Hélène Brocq*

## ■ DOULEUR ET FONCTIONNEMENT PSYCHIQUE

La douleur est une expérience sensorielle et une émotion dont le sujet fait l'expérience dès sa naissance. Le petit enfant découvre le monde à travers la douleur, douleur de ses poumons qui se remplissent d'air pour la première fois, de son ventre vide qui crie famine, de l'absence de sa mère... La douleur est au cœur du nouage psychocorporel. Elle en est l'instrument. De ce fait, elle participe à la construction de l'identité par le biais des interactions qu'elle suscite avec l'environnement. L'émotion est au départ organique. Elle ne se "psychologise" que plus tard, à la mesure du degré d'évolution psychologique général du sujet. Les aléas de cette évolution déterminent, en grande partie, la place et le rôle que la douleur, lorsqu'elle se chronicise, tiendra chez le sujet adulte. En effet, d'une manière générale, une douleur peut se chroniciser d'autant plus facilement qu'elle a un sens psychoaffectif fort pour le sujet du fait de son histoire.

Dans ce chapitre, nous aborderons respectivement le rôle de la douleur dans les cas suivants :

- chez l'enfant
- chez les personnalités d'allure psychotique
- dans les cas de maltraitance et de carence affective
- dans la position masochiste
- dans les cas de carence de l'intégration identitaire
- chez les personnalités de type limite (douleur et agressivité)
- dans diverses autres situations (fonctionnement narcissique et névrotique)
- chez les personnes âgées.

## ► Le cas de l'enfant

Au plan psychique, chez l'enfant, la douleur est une conséquence de l'hypertonie qui ne peut se résoudre dans une activité de relation et du spasme qui en résulte. L'activité de relation de l'organisme au milieu de vie (c'est-à-dire l'action de l'individu sur son milieu qui vise à la préservation de sa vie) est, chez l'être humain, perceptive, motrice ou représentative. À cause de son immaturité physiologique et psychologique, l'activité de relation du petit enfant est pauvre et la fonction tonique prépondérante <sup>(12)</sup>. La souffrance apparaît donc très rapidement, en fait, dès que l'excitation n'est pas liquidable par la décharge tonique et/ou qu'elle n'est pas efficacement prise en charge par l'environnement proche du bébé notamment par la fonction de "pare-excitation" de la mère ou de ses substituts, (c'est-à-dire par la fonction de protection contenante et rassurante du psychisme parental).

Au tout début de la vie, parce qu'il a mal, le bébé en pleurant, appelle ses parents qui vont se rapprocher de lui et lui parler. En donnant un sens à ce qu'il est en train de vivre : « Tu pleures parce que tu as faim, tu as sommeil, tu as mal (etc.) », le parent, progressivement, "organise" le monde mental de l'enfant. Ainsi, pour que l'expérience douloureuse s'intègre et "s'humanise" et que, à travers elle, des liens se créent entre le corps du bébé et son esprit (en devenir), il faut que l'autre intervienne en donnant un sens aux émotions qui "submergent" l'enfant et qui, sans cette mise en forme interactive, risquent de le désorganiser. En nommant ses émotions à l'enfant, l'adulte leur donne un sens qui lui permet de sortir de la confusion première et "d'organiser" son monde sensoriel.

Mais lorsque, pendant l'enfance, le développement psychologique ne s'effectue pas suffisamment et que l'activité de relation est pauvre (notamment dans le cadre des carences affectives et de la maltraitance), il reste une prépondérance de la fonction tonique qui se traduit par une facilité d'émergence de la douleur avec accumulation d'hypertonie <sup>(13)</sup>.

## ► Structures fragiles de la personnalité d'allure psychotique

Dans la psychose ou chez les personnalités d'allure psychotique, le sentiment d'identité et de continuité existentielle est fragile car les

supports du moi (internes et externes) ne sont pas suffisamment élaborés et structurés. La menace de perte d'identité est structurelle et s'inscrit dans la désorganisation et l'effacement des limites spatiales et temporelles.

Parfois, seuls les tests projectifs permettront de mettre en évidence une structure psychotique sous-jacente à la désorganisation psychosomatique. C'est le cas pour cette patiente qui a fait une banale chute et qui, depuis, souffre d'une douleur qui s'avère si invalidante qu'elle la "cloue" au lit, sans qu'aucune explication médicale ne permette véritablement de "rationaliser" l'ampleur des phénomènes douloureux observés.

Dans les cas de psychopathologie importante, c'est le fonctionnement émotionnel qui domine le fonctionnement psychologique global de la personne. Tout événement va être vécu de façon plus ou moins corporelle en fonction du degré de structuration de l'appareil psychique. Lorsque son développement a été carencé, la personne reste à un mode de fonctionnement dans lequel le "psychologique" n'a pas été suffisamment élaboré comme interface adaptative. Sa réactivité demeure donc essentiellement émotionnelle (dans le sens organique du terme).

Dans la mesure où, chez le sujet psychotique, les frontières dedans/dehors, Moi/Autre ne sont pas bien établies, en cas de traumatisme physique (accident par exemple) ou psychique (décès d'un proche), la "destructivité" psychocorporelle peut être massive. L'effacement des limites dedans/dehors provoqué par l'effraction traumatique se traduit, dans ce cas précis, par une menace récurrente : celle de perdre son identité. Le défaut de contention et d'intégration des affects, imputable aux défaillances du "pare-excitations", est brutalement mis à jour à l'occasion de l'expérience traumatique.

Lorsque la désorganisation est massive, le surinvestissement du corps par le biais de la douleur peut permettre de rétablir les frontières du moi mises à mal par l'expérience traumatique. Le corps constitue alors le dernier stabilisateur, le dernier rempart avant la désorganisation totale et l'apparition du délire.

La douleur permet de rétablir les frontières dedans/dehors (dans la mesure où elle se situe dans le corps mais où elle est parlée dans le dehors). Son investissement permet "d'organiser" les angoisses en lien avec le vécu sous-jacent de désintégration psycho-corporelle (appelées angoisses de morcellement).

Le surinvestissement du phénomène douloureux et l'accrochage, souvent désespéré, du patient à sa douleur doit être mis en lien avec l'aspect massif de la désorganisation de la pensée entraîné par l'inefficacité structurelle du processus de différenciation psychique Moi/non Moi. Dans le cadre de la psychose, la douleur doit être comprise comme une tentative du malade de "réorganiser" son rapport au monde.

Lorsqu'elle survient sur une personnalité fragile ou mal structurée, la douleur physique réactionnelle à un traumatisme corporel équivaut à un ébranlement global de l'organisme, de l'ordre du vécu intense difficilement intégrable du point de vue psychologique. Ainsi une patiente, victime d'un accident de la route, évoque sa souffrance en ces termes : « Je suis détruite... Toute ma personnalité est modifiée... Je ne reconnais plus mon corps... »

Dans le cadre de la psychose, comme nous le rappelle Éliane Ferragut, « La douleur est englobée dans un vécu délirant autour du corps, elle étaye le sentiment d'existence défaillant. C'est une tentative de réunification de soi qui donne une matérialité au corps morcelé. Elle peut être vécue comme un objet persécuteur et alors entraîner des états de violence auto ou hétéro-destructeurs »<sup>(5)</sup>.

## ► Les maltraitements et les carences affectives

Pour se construire et devenir un individu à part entière, l'enfant doit sortir de l'indifférenciation première, définir ses positions et intérioriser des repères personnels pour se différencier d'autrui et installer son existence propre. Pour cela, il doit être "accompagné" du point de vue émotionnel. Cet accompagnement psychoaffectif lui permettra, comme nous l'avons déjà dit, de différencier les éléments de chaque stimulation qui l'assaille (interne ou externe) et de "lier" ces différentes sensations pour leur donner un sens et construire ainsi, en interaction avec l'adulte, son unité psychosomatique. Dans un tel contexte d'interdépendance à l'autre, on comprend aisément que la douleur puisse être générée par des tensions liées à la frustration des besoins fondamentaux et, donc, par des carences.

C'est le cas lorsqu'il y a eu des maltraitements dans l'enfance, c'est-à-dire des violences physiques et/ou psychiques (souvent les deux) où se combinent soit des mouvements d'hyperstimulation (cris, coups,

mouvements de colère), soit d'hypostimulation (carences par insuffisance de soins, de relations...) qui, dans les deux cas, désorganisent gravement l'équilibre psychosomatique de l'enfant et perturbent son développement psychologique.

Lorsque le débordement des limites et des seuils de tolérance se produit de façon quasi systématique, la détresse du bébé est immense. Ce qui fait violence c'est, d'une part, la surcharge tonique (inhérente à la surstimulation) et, d'autre part, la perte d'intégrité psychocorporelle qu'elle entraîne. Comme l'explique Boris Cyrulnik : « quand l'enfant blessé ne peut ni jouer ni dire les épreuves dans lesquelles il baigne, il reste soumis aux perceptions qui le cognent »<sup>(4)</sup>.

À force de se heurter, de manière itérative, dans un monde dur, froid, sans résonance fantasmatique et sans affect, le bébé construit à l'intérieur de lui un monde où l'ordre fantasmatique n'a que peu de place. Il s'installe dans une sorte d'anesthésie affective, dans un fonctionnement vide de liens, vide de sens, dans un fonctionnement dit "de type opératoire", c'est-à-dire lié au concret, peu mentalisé, dissocié des affects et de l'imaginaire (P. Marty). Suzanne Robert-Ouvray explique que « l'expérience émotionnelle reste alors inscrite sous forme de tensions musculaires et de pressions organiques associées à des angoisses de morcellement et de vidage. Aucune contention, aucun sens psychique ne sont donnés. (...) La répétition et l'accumulation des expériences de crispations émotionnelles précoces entraînent la perte de la souplesse des muscles. Ceux du dos à faible capacité de retour à la détente restent tétanisés. »<sup>(10,11)</sup>. Les émotions trop fortes et les violences corporelles entravent le processus de rassemblement et de construction identitaire. Le corps a tendance à se figer dans une douloureuse tétanie musculaire. Progressivement, le corps et l'axe du corps seront investis, faute de mieux, par l'enfant comme étayage, comme base de repli et de rassemblement psychocorporel, ce qui pourra faire le lit des pathologies dorsales, lombaires et viscérales futures.

Du point de vue psychologique, le passage du niveau corporel réactif du début de la vie à un niveau plus mentalisé ne se fait pas ou mal. L'appareil psychique n'acquiert pas une valeur fonctionnelle suffisante ce qui entrave la voie de l'élaboration psychique. Le déplacement est faible entre le réel et l'imaginaire, entre le mot et la chose, et le risque est d'autant plus grand de voir s'installer une gestion des émotions par

défaut, notamment par l'hyperactivité, qui est souvent le signe soit d'un évitement, soit d'une carence du travail d'élaboration de la pensée.

Dans ce cas précis, les excitations en excès vont se "déverser" dans la voie somatique et alimenter les phénomènes psychosomatiques qui ponctuent et jalonnent le monde de l'enfance car, comme le rappelle Didier Houzel, « le psychanalyste d'enfant est le témoin privilégié des intrications permanentes des expressions corporelles et psychiques d'une même réalité, parfois d'une même souffrance ».

D'une manière plus générale, nous pouvons dire avec Suzanne Robert-Ouvray que le corps (notamment lorsqu'il a été maltraité) garde une mémoire qui reste liée à l'émotion <sup>(10,11)</sup>.

Ainsi, à l'âge adulte, à l'occasion de moments affectifs émotifs singuliers faisant écho à des difficultés anciennes, à des conflits latents ou patents le corps peut, à nouveau, se figer dans une douloureuse contracture musculaire <sup>(9)</sup>. Lorsque le vécu d'aujourd'hui fait écho à celui d'hier, la porte de la douleur peut se rouvrir à l'insu du sujet, qui se met alors à "penser corporel", selon l'expression désormais bien connue de Suzanne Robert-Ouvray.

Généralement, dans ce cas précis, la douleur qui surgit est réactionnelle à la superposition (consciente ou inconsciente) d'un événement traumatique ayant eu lieu pendant l'enfance. Cette contraction (qui résiste à la prise en charge médicale classique) est, la plupart du temps, massive, tétaniforme et intéresse le plus souvent l'axe du corps et donc la musculature vertébrale ou une autre partie du corps qui a été traumatisée.

Du point de vue psychodynamique, les excitations libérées en excès à l'occasion de la réactivation de l'expérience traumatique trouvent ainsi une voie de décharge courte à travers le frayage somatique le plus ancien et le plus investi psychosomatiquement.

Il s'agit d'une résurgence massive et brutale d'affects difficile à intégrer d'un point de vue psychique car les émotions qui surgissent ne sont pas différenciées. De plus, les patients sont souvent "carencés" dans la capacité à mettre en mots et en représentations verbales partageables les excitations ainsi libérées. Ils nous disent qu'ils ont mal (ce qui est vrai) et qu'ils ont besoin d'un traitement. Et même si la plupart du temps, ils évoquent, très spontanément, à l'occasion du bilan d'évaluation psychologique, leur passé douloureux de carences affectives, de violences

et de maltraitances tant physiques que psychiques, cette énonciation ne se traduit pas par une levée des symptômes (comme cela serait le cas dans le cadre des pathologies hystériques). Dans le cadre du syndrome douloureux chronique, le lien entre mémoire et traumatisme semble rompu.

Lorsque l'environnement empiète trop souvent sur la continuité psyché-soma de l'enfant, ce dernier ne parvient pas à installer sa sécurité affective sous le contrôle de la relation émotionnelle à l'autre. Quand la mère est incapable d'être "suffisamment bonne", l'enfant évolue dans un univers instable, chaotique, qui peut "exploser" à tout moment en fonction de la versatilité pulsionnelle de cette dernière. L'enfant est alors carencé d'un besoin fondamental qui est celui de pouvoir "s'appuyer" sur une présence stable, rassurante, protectrice mais aussi et surtout "contenante". Les parents d'un enfant sont avant tout là, au début de la vie, pour l'entourer de sollicitude et de bienveillance et pour le maintenir, lui mais aussi son corps, dans des limites structurantes. Lorsque la mère se montre particulièrement insensible aux signaux de détresse de son bébé, les fantasmes d'engloutissement et de non séparation perdurent, ce qui a pour effet de perturber la construction de l'image inconsciente du corps de l'enfant.

Dans la semi-indifférenciation où ils se trouvent par rapport à leur objet d'attachement, les enfants maltraités ont du mal repérer ce qui est de l'ordre de stimulations provenant du dedans ou du dehors car la localisation spatiale dépend de l'établissement de limites claires et stables entre soi et l'autre, limites qui conditionnent pour partie, l'évolution et la construction du schéma corporel. Souvent, à l'image d'un insecte prisonnier d'une toile d'araignée, le corps de l'enfant reste tout entier pris dans les dysfonctionnements maternels.

D'une manière plus générale, nous pouvons dire que dans le cadre des carences affectives et de la maltraitance, le développement psychologique va se trouver entravé, ce qui aura pour principale conséquence une difficulté à "lier" les sensations et les émotions, et à installer le fonctionnement émotionnel sous le contrôle des structures psychologiques. Le niveau émotionnel aura tendance à fonctionner pour lui-même, de manière autonome, et à "infiltrer" l'ensemble du fonctionnement et de l'activité de l'individu.



## ► Le cas particulier de la position masochiste

D'une manière générale, l'émotion qui se développe à l'excès peut exaspérer le besoin de se faire subir des souffrances d'intensité croissante. C'est le cas, par exemple, lorsqu'un malade hospitalisé en psychiatrie se brûle le bras avec une cigarette pour calmer ses crises d'angoisse. C'est aussi le cas lors des mutilations démentielles. L'anesthésie provoquée par le passage à l'acte auto-agressif est une anesthésie secondaire en rapport avec le paroxysme anxieux et qui traduit cette neutralisation réciproque entre sensibilité périphérique et hypertonus.

À un moindre degré, le goût pour les sensations fortes et/ou l'ardeur sportive à se faire souffrir peuvent être aussi relevées.

Dans le cadre bien précis (et heureusement circonscrit) de la position masochiste, la violence reçue, les coups et la douleur sont à la fois un aliment et un réulsif. Le masochiste, en provoquant dans l'autre des réactions de colère, ouvre une voie à l'excitation intime qui rapidement le déborde. Cette excitation trouve sa résolution, d'une manière pathologique, par le biais de la douleur (subie dans le cadre du masochisme, infligée dans le cadre du sadisme) et ainsi de suite, à l'image d'un fonctionnement intériorisé que ces deux organisations de la personnalité, à la fois différentes et complémentaires, reproduisent sans fin dans des jeux d'allure perverse... <sup>(12)</sup>.

## ► La carence de l'intégration identitaire et le manque de souplesse du fonctionnement psychique

Il existe des familles qui s'organisent selon des schémas relationnels durs et contraignants et qui laissent peu de place à l'enfant pour se positionner d'une manière différenciée, expérimenter sa spontanéité et construire son évolution personnelle. Dans ces familles où "l'on dresse" les enfants il n'existe bien souvent pas d'autre voie développementale que celle consistant à se conformer et à s'adapter au cadre rigide imposé de l'extérieur par la famille. Lorsque qu'un enfant ne peut pas, dès son plus jeune âge, s'opposer à son milieu familial ni expérimenter des manières d'être au monde qui lui soient propres, il va avoir tendance à reprendre à outrance, à son propre compte, les normes, les critères de conduite et les valeurs de son milieu d'origine. Au moment de l'adolescence, le réaménagement de la relation parent-enfant reste

impossible ou difficile et le travail identitaire de définition de soi ne se fait pas ou mal. L'adolescent s'engage alors dans des trajectoires de vie qui ne reflètent pas ses propres aspirations. Il se conforme le plus souvent sans rébellion, aux orientations et aux choix de vie que son milieu familial a faits pour lui. Il s'ensuit un défaut de construction interne, une carence de l'intégration identitaire qui va placer le fonctionnement psychique de l'adulte sous l'étroite dépendance du fonctionnement psychique d'une autre personne (les parents pendant l'enfance, puis plus tard, un mari, un patron...).

Cette absence d'élaboration de la crise existentielle lors de la période de l'adolescence se traduit par l'édification d'une identité dite "forclose". En cas de "forclusion" nous dit Marcia, « l'adolescent n'a pas vécu l'expérience de crise. On ne peut identifier de prise de décision face aux réalités vitales, et pourtant il est concerné par son activité future, son idéologie et son rôle sexuel. Il est devenu ce que les autres voulaient qu'il devienne ; l'expérience de l'adolescence a servi à confirmer ses croyances infantiles. »<sup>69</sup>. Les adultes ayant une identité "forclose" ont une manière de penser le plus souvent rigide, qui repose essentiellement sur des postulats externes, sociaux ou familiaux, c'est-à-dire sur des définitions générales, non élaborées et peu nuancées, de ce qu'il convient d'être ou de faire, socialement par exemple... Du point de vue psychodynamique, ces sujets ont un fonctionnement psychique qui va avoir tendance à se "rigidifier" en cas de stress physique ou psychique. Peu enclins à la remise en question, toute modification de leur cadre de vie, ou de leurs relations aux autres peut se traduire par une perte des repères existentiels, et donner lieu à des phénomènes de confusion moi-autre douloureux tant du point de vue psychique que somatique. À l'image du chène de la fable, le corps du sujet forclos est enclin aux somatisations et aux phénomènes douloureux qui se produiront selon les lignes de fragilité psychosomatique préexistantes. Au niveau des épreuves projectives de ces patients, et plus particulièrement au niveau du Rorschach, nous retrouverons des témoignages d'une insuffisance de l'équipement psychoaffectif, d'un manque de souplesse du fonctionnement psychique et donc d'une difficulté à manier les symboles allant de pair avec une moindre tolérance dans les situations de stress physique et psychique en raison de la rigidité des mécanismes de défense.

## ► Douleur et agressivité : le cas des états-limites

Dans les organisations limites de la personnalité (personnalité "borderline" des anglo-saxons, personnalité émotionnellement labile de la classification internationale des maladies), la liaison des pulsions libidinales et agressives n'a pu se mettre en place du fait des carences environnementales et d'une intolérance structurelle à l'angoisse. De ce fait, les pulsions agressives ne sont pas intégrées de façon satisfaisante. Elles demeurent autonomes et le Moi a peu de prise sur elles. Elles peuvent surgir, en fonction du contexte événementiel, de manière épisodique, impulsive, et nourrir les passages à l'acte.

Par ailleurs, le sujet ne peut pas toujours fonctionner au plan psychique de manière autonome. Il a besoin d'un étayage pour assurer la continuité existentielle et le sentiment d'identité. Cet étayage peut être fourni par une personne (la mère, le conjoint...), un produit (la drogue, l'alcool...), voire par un phénomène douloureux chronique<sup>(2)</sup>.

Enfin, la différenciation moi-autre n'étant pas achevée, on note une fragilité des enveloppes psychiques et le sujet peut avoir recours à la douleur chronique pour rétablir les frontières du Moi lorsqu'il y a risque de confusion, comme cela a été évoqué dans le cadre de la psychose.

Deux modes de "gestion" de l'agressivité peuvent en fait être observés : un mode de gestion centrifuge, qui consiste en un écoulement de l'agressivité selon la voie somatique (l'agressivité est récupérée par le corps, qui offre là un ultime moyen de contention) ; un mode de gestion centripète, qui consiste à projeter l'agressivité vers l'extérieur (soit par un acte moteur d'hétéro-agressivité, soit par un acte plus psychique tel que la projection où l'agressivité est déniée, elle est attribuée à l'autre, qui est alors vécu comme une menace). Sur un mode centrifuge, le sujet va ressentir des douleurs violentes, qui parfois peuvent se complexifier par des phénomènes anxieux paroxystiques.

Dès lors, nous pouvons relever, comme Joyce Mac Dougall l'a fait avant nous, le paradoxe de la demande des patients douloureux chroniques qui, lorsqu'ils nous consultent, nous demandent à être libérés de leur symptôme alors même que leur solution algique constitue pour eux, en tout cas d'un point de vue psychique, une tentative d'autoguérison...<sup>(8)</sup>

D'une manière générale, et en ce qui concerne les structures limites de la personnalité, la douleur qui se chronicise peut signifier que la

destructivité s'infléchit sur le Moi. En tant que telle, il s'agit d'une aide inconsciente à la gestion d'un vécu d'agressivité à l'égard d'autrui ou du milieu externe en général. Le patient ne parvient pas à aménager ses pulsions agressives, soit par peur de perdre son étayage, soit par peur d'être agressé en retour. La douleur correspond, dans ce cas précis, à l'agressivité qui est retournée sur le Moi à cause des différents facteurs psychoaffectifs et structurels qui ont été énoncés.

Lorsque, à l'inverse, le vide et l'ennui sont "préférés" aux sentiments de dépendance à l'objet externe, le patient état-limite développe en lui une indifférence affective et un vide relationnel qui vont se traduire par l'apparition d'un syndrome dépressif en lien avec le manque de vécu émotionnel. La douleur peut alors s'inscrire en lieu et place d'un vécu dépressif, en lien avec ce manque de vécu émotionnel. Dans ce cas précis, la douleur est un équivalent dépressif, "une dépression masquée".

Dans d'autres cas, la douleur peut signaler la perte "hémorragique" de la libido narcissique et objectale. Lorsqu'elle ne s'accompagne d'aucune contre partie économique, cette perte libidinale peut conduire à l'installation d'une dépression de type "opérateur" dont l'état de fatigue et/ou de douleur seront bien souvent les seuls signes cliniques ayant valeur de communication. Dans ce cas précis, les épreuves projectives permettent de cerner le vide psychique et mettent en évidence le risque de désorganisation psychosomatique.

## ► Autres situations

### *Fonctionnement narcissique*

Très souvent la douleur chronique surgit en lieu et place d'une souffrance en lien avec une perte, un deuil. Tout se passe comme si le patient ne pouvait se résoudre à perdre car cette perte de l'autre équivaut, en tout cas pour lui à une perte de soi. Du point de vue intra-psychique, il est possible de faire le deuil d'un objet différent et différencié de soi mais pas d'un objet confondu avec soi. Dans ce cas précis, la douleur qui se chronicise actualise, au quotidien, la souffrance du deuil. Elle s'en nourrit.

Elle participe à une sorte de stase émotionnelle. Elle cautérise l'hémorragie narcissique et libidinale et permet de garder, malgré tout, un support de relations sociales.

### **Fonctionnement névrotique**

La douleur s'inscrit toujours dans le cadre de la relation à l'autre. L'on peut considérer qu'elle permet au malade d'obtenir ce qui a été appelé des "bénéfices" primaires ou secondaires.

Les bénéfices obtenus sont dits primaires lorsque la douleur facilite la diminution de l'anxiété liée au conflit intra-psychique (par le biais de la conversion en symptômes physiques). La douleur actualise et matérialise les conflits psychologiques et donne une expression aux troubles anxieux sous jacents. La résistance au traitement apparaît alors comme une résistance au changement par ancrage dans la symptomatologie. Dans ce cas précis, la douleur chronique doit être comprise comme une véritable économie psychique dont les enjeux inconscients sont, soit la recherche d'une sécurité de base, soit l'investissement d'une identité nouvelle (notamment lorsque celle-ci a été mise à mal par les événements de vie), soit la recherche d'un équilibre adaptatif.

Les "bénéfices" sont dits secondaires lorsque la douleur permet au malade de "capter" l'attention de ses proches et d'obtenir d'eux des satisfactions émotionnelles de manière plus ou moins détournée ou plus ou moins consciente. Dans le monde du travail par exemple, lorsque la souffrance du salarié est massive, l'incapacité fonctionnelle que génèrent les situations de harcèlement engendre souvent des phénomènes douloureux chroniques qui permettent (consciemment ou inconsciemment) à la victime, de retourner l'agressivité subie dans l'entreprise, sur la société en général par le biais notamment des arrêts maladie <sup>(4,5)</sup>.

Dans le cadre de la douleur chronique de l'enfant, ce dernier est très souvent le porteur émissaire d'un symptôme qui révèle, en fait, un dysfonctionnement familial plus global qu'il faudra systématiquement explorer.

La plupart du temps, dans le cadre de la vulnérabilité névrotique, la douleur permet d'acquérir un véritable statut pour le malade. Dans certains cas, elle peut réveiller le désir de mettre le médecin en échec ou de le manipuler le risque étant alors, la perpétuation iatrogène, la surenchère des troubles mais aussi souvent celle des traitements... <sup>(6,7)</sup>

## ► Situation particulière des personnes âgées

La personne âgée représente un cas particulier car elle vit, la plupart du temps, une situation imposée d'isolement et de vide relationnel. Le décès du conjoint, la perte de revenu et de statut social, les déménagements, le placement en maison de retraite, le départ des enfants, la perte de l'autonomie, la dépression mais aussi la maltraitance (physique mais le plus souvent morale) sont autant de facteurs qui peuvent participer à la chronicisation d'une douleur.

La douleur devenue chronique peut être, en retour, inconsciemment investie par la personne âgée et lui servir d'étayage, tout en participant à la médiatisation, voire à l'organisation ou à la réorganisation de sa relation au monde. Généralement, la vieillesse donne lieu à une perte de libido, à une modification du psychisme, notamment du préconscient, qui a tendance à s'amenuiser du point de vue de sa capacité fonctionnelle. Tout cela s'avère particulièrement dangereux pour l'économie psychosomatique globale du sujet. La psyché peut en effet, si l'on n'y prend garde, se retrouver en état de privation radicale. Car l'inhibition peut être motrice mais elle peut aussi gagner l'ensemble de la vie mentale et conduire à un gel des représentations, à une parole désaffectivée, centrée sur le concret, le factuel, l'actuel et qui sera inconsciemment utilisée pour se défendre contre le surgissement d'angoisses en lien avec la perte de l'autre mais aussi avec la perte de soi, perte qui s'actualise dans la réalité concrète de la mort prochaine.

D'un point de vue très général, le désinvestissement massif de l'activité psychique est mortifère et l'absence de mouvements régressifs compensatoires peut conduire à de graves somatisations. La douleur invoquée permet de maintenir, malgré tout, des liens avec le monde et avec l'autre et le malade trouve là les moyens de se "réapprovisionner" tant du point de vue narcissique qu'objectal. Chez la personne âgée, le maintien des investissements narcissiques et objectaux est un garant contre le risque, toujours prêt à sourdre, de la déliaison pulsionnelle. L'objet douleur est, dans ce cas précis, facteur de liaison et il devra être pris en charge de façon globale, c'est-à-dire hors du clivage psyché/soma.

## ■ CONCLUSION

La douleur chronique est un phénomène complexe qui nécessite d'abord et avant tout une évaluation et une prise en charge pluridisciplinaire<sup>(1,5,6,7)</sup>. Cette pluridisciplinarité peut beaucoup bénéficier et être enrichie par la présence d'un psychologue clinicien qui pourra mettre en évidence, de par sa formation spécifique, les facteurs de vulnérabilités psychiques et de maltraitance qui souvent potentialisent le phénomène douloureux chronique. Ces facteurs pourront, dans un deuxième temps, être abordés, voire élaborés par le psychologue, parallèlement à la prise en charge médicale qui ne doit pas s'interrompre. L'organisation de la prise en charge globale du malade douloureux chronique devra toujours se faire en fonction des risques de décompensation psychopathologiques que l'évaluation psychologique auront pu révéler.

## Références

1. Bioy.A., Fouques D. Manuel de psychologie du soin. Bréal, 2002.
2. Brocq. H. "Mise en place du fonctionnement psychique. Structures de personnalités." In Ferragut. E. La dimension de la souffrance en psychosomatique. Masson, Paris, 2000. p 82-95.
3. Brocq. H. "Douleur et maltraitance : le corps en question". In Ferragut. E. Le corps dans la prise en charge psychosomatique. Masson, Paris, 2003. p 53-66.
4. Cyrulnik. B. Les vilains petits canards. Odile Jacob. Paris, 2001.
5. Ferragut. E. Le corps en psychosomatique. Masson, Paris, 2003.
6. Keller. P.H. La médecine psychosomatique en question. Odile Jacob. Paris, 1997.
7. Keller. P.H. Médecine et psychosomatique. Coll. Dominos. Flammarion, 2000.
8. Mac Dougall. J. Corps et métaphore. Théâtre du je. Gallimard. Paris, 1982.
9. Marcia. J. Identity in adolescence. In : Handbook of Adolescent Psychology. J. Adelson. New York, 1980.
10. Robert-Ouvray. S. Intégration motrice et développement psychique. Desclée de Brouwer. Paris, 1997.
11. Robert-Ouvray. S. Enfant abusé, enfant médusé. Desclée de Brouwer. Paris, 2001.
12. Wallon. H. Les origines du caractère chez l'enfant. P.U.F Paris, 1970.

## **Douleur : aspects liés au traumatisme**

*Marie-Claude Defontaine-Catteau*

Les liens entre douleur chronique et traumatisme sont classiques et relèvent d'une relation de causalité entre une atteinte corporelle accidentelle (accident de travail, accident de voie publique, pratique sportive...) et ses séquelles plus ou moins permanentes.

D'un point de vue psychopathologique, les douleurs post-traumatiques présentent des caractéristiques spécifiques liées à leurs causes et intégrées à un mouvement psychologique plus global qui comprend l'ensemble des réactions psychologiques à un traumatisme quel qu'il soit (physique ou psychique).

À cette perspective habituelle peuvent s'ajouter deux axes préalables de compréhension :

- la douleur révèle la fracture traumatique à la fois du point de vue de l'existence mais aussi dans le psychisme du patient douloureux ;
- elle est elle-même un traumatisme pour celui qui la subit et elle se chronicise souvent là où d'autres traumatismes, beaucoup plus anciens, n'ont pu trouver à se résoudre.

### **■ LA DOULEUR CONSIDÉRÉE COMME TRAUMATISME EXISTENTIEL**

Dans une conception plus existentielle que phénoménologique, la douleur est envisagée comme un événement qui s'inscrit sur un axe temporel qui est celui de l'existence : celle-ci est un continuum, elle est basée sur une dynamique temporelle qui peut recevoir des coups d'arrêt, être ponctuée de béances, de ruptures.

La douleur est ainsi évoquée à partir des déchirures, des blessures du corps comme autant d'épreuves qui laissent des traces, des coupures qui vont stigmatiser le temps (Guex, 1986).



Les événements traumatiques de l'existence (maladie, blessure, deuil) sont accompagnés de l'apparition subite ou progressive d'une douleur (physique, morale) qui va modifier la façon "d'être au monde" du sujet devenu douloureux. Ces épreuves constituent des fractures existentielles qui ébranlent l'image idéale de soi et du monde : le propre du traumatisme est que l'image idéale intacte, antérieure, ne peut être restituée et qu'il y aura nécessité de faire émerger un autre soi-même (par changement de l'image idéale).

Certains douloureux résistent à ce type de mutation : les autres, la médecine le plus souvent, sont rendus responsables et sont désespérément sollicités pour contribuer à la restauration de l'image perdue. Pour ces patients, la souffrance s'est inscrite dans le corps et y demeure. C'est autour d'elle que s'articulera désormais toute la conception du temps. Il y aura donc un avant et un après l'apparition de la douleur et leur histoire va désormais se confondre avec l'histoire du symptôme qui devient une nouvelle histoire.

Dans cette perspective existentielle, (Guex, 1987), le maintien de la douleur intacte est compris comme une nécessité absolue pour éviter l'incertitude et les changements introduits par l'événement traumatisant. La douleur intraitable, dorénavant indispensable au trajet existentiel du sujet, peut être comparée à un tatouage : un lieu du corps figé et marqué, "un labyrinthe complexe qui ne sait décider sa tension vers l'interne ou l'externe" (Serres, 1985) et qui s'inscrit à son interface sur le corps lui-même, garantissant ainsi une stabilité, une identité existentielles permanentes. Cette répétition du même, de l'identique étant symptomatiques des séquelles post-traumatiques.

Certains douloureux chroniques, ayant rompu avec leurs origines (familiales, patriotiques...), sont contraints de privilégier leur corps comme force de travail et comme seule richesse. Si une blessure corporelle, une incertitude professionnelle ou un traumatisme surviennent dans leur existence, ils n'ont alors plus d'autre recours que d'offrir leur corps aux rituels de la médecine. S'ils sont à la recherche de rituels dans ces moments de profonde mutation existentielle, c'est que leurs anciennes références n'existent plus. Ils sont "douloureux chroniques" et la douleur constitue une recherche, voire l'acquisition d'une identité, d'un sentiment d'appartenance, qui se situe dans la réalité des services de santé, à défaut de les avoir acquis par les processus de symbolisation.

## ■ LA DOULEUR CONSIDÉRÉE COMME UN TRAUMATISME EN SOI

La psychanalyse est étroitement liée à la notion de traumatisme et l'on sait que la théorie freudienne a posé le traumatisme précoce, de nature sexuelle, comme générateur des constructions névrotiques ultérieures (en particulier la névrose hystérique).

En ce qui concerne la douleur, Freud propose une théorisation originale (1895, 1926) : il la décrit comme une "irruption de tension", responsable pour le psychisme d'une effraction. Elle relève d'un phénomène de rupture des barrières, "lorsque des quantités d'énergie excessives font effraction dans les dispositifs protecteurs" (1895). Dès la fin du XIX<sup>e</sup> siècle, Freud souligne donc l'aspect traumatique de la douleur en ce sens qu'elle provoque une brèche dans les défenses psychiques du sujet (tout comme le traumatisme) ; il s'agit d'une sorte "d'hémorragie" qui aspire toutes les capacités associatives du douloureux.

« La douleur vive, aiguë, provoque d'abord une forme de "sidération", de destruction des systèmes de pensée et de communication habituels du patient » (Pedinielli et al. 1997). L'effraction dans le psychisme du sujet est responsable d'une paralysie des opérations mentales. Le patient se focalise alors sur la zone corporelle algique ; « dans le cas de la douleur corporelle, il se produit un investissement élevé et qu'il faut qualifier de narcissique de l'endroit du corps douloureux, investissement qui ne cesse d'augmenter et qui tend pour ainsi dire à vider le moi » (Freud, 1926).

La douleur provoque donc un double mouvement : une centration sur le corps qui provoque une "hémorragie" psychique et suite à ce surinvestissement narcissique, apparaît un désinvestissement conjoint du monde extérieur et des autres et pour finir de tout ce qui n'est pas la douleur. « Dans la douleur comme dans l'accès d'effroi, ("Schreck"), l'appareil psychique est mis en péril par l'irruption d'une sensation à laquelle le sujet n'était pas préparé » (Pedinielli et al. 1997) : le caractère traumatique de la douleur est ainsi lié à cette absence de préparation et à l'impossibilité pour le sujet à fuir l'expérience douloureuse.

## ■ LA DOULEUR CONSIDÉRÉE COMME MANIFESTATION PSYCHIQUE, CONSÉQUENCE D'UNE FORME DE TRAUMATISME

Une douleur devient chronique lorsque sa durée excède 3 à 6 mois (Agnew et al. 1976). Cette chronicité repose sur deux mécanismes liés au temps : la durée et la répétition de l'identique. La permanence des symptômes douloureux, la persistance d'une douleur devenue "maladie", le jeu d'alternance entre soulagement et crises douloureuses, entre fond douloureux et paroxysmes, font appel à un phénomène de répétition, de reproduction. On retrouve ce phénomène dans d'autres symptomatologies répétitives, en particulier ce que l'on appelle communément "les séquelles post-traumatiques" (au sens psychiatrique du terme "traumatique").

### ▷ Quand y a-t-il traumatisme pour une personne ?

Il y a traumatisme quand l'expérience vécue (accident, blessure, mort, attentat...) déborde les capacités d'élaboration psychique du sujet, c'est-à-dire ses compétences à penser et à donner du sens à ce qu'il vit. Le traumatisme comporte un choc initial lié à l'intensité de l'inattendu, suivi d'une double caractéristique :

- somatique : "l'ébranlement". Le corps est saisi par l'angoisse et la lutte pour la survie ;
- psychique : "l'expérience d'effroi" où le sujet est confronté brutalement à l'étendue des dégâts corporels et à la perspective de la mort pour lui-même ou pour autrui ;

La personne victime d'un traumatisme voit alors une sidération de son fonctionnement psychique ;

Pour les séquelles de ces traumatismes, la nosographie psychiatrique, en particulier anglo-saxonne, propose "l'état de stress post-traumatique", dont la définition est la suivante :

- le sujet a vécu un événement hors du commun qui provoquerait des symptômes évidents de détresse chez la plupart des individus ;
- l'événement traumatique est constamment revécu (souvenirs, rêves, illusions, etc.) ;
- évitement persistant des stimuli associés au traumatisme ;
- présence de symptômes persistants traduisant une hyper-activité neurovégétative.

La psychiatrie française, quant à elle, a défini les modalités de la “névrose traumatique” :

- elle est occasionnée par une expérience traumatisante d'une exceptionnelle intensité (avec ou sans traumatisme corporel) ;
- il existe des symptômes post-traumatiques spécifiques centrés par l'effroi (débordement émotionnel, prostration, asthénie et phénomènes de répétition) ;
- certains symptômes sont non spécifiques : fonctionnels, hystériques, phobiques, dépressifs ;
- on observe une réorganisation de la personnalité : régression, somatisation, projection, etc.

Globalement, la symptomatologie post-traumatique est centrée sur le ressassement au travers de ruminations diurnes, de répétitions mentales improductives du traumatisme initial. Ce qui amène à la question de savoir si la douleur pourrait avoir un rôle identique à celui du ressassement ou des rêves répétitifs comme des névroses traumatiques. Au même titre que les autres symptômes post-traumatiques, la douleur, expérience somato-psychique pourrait être la répétition, le renouvellement d'une expérience initiale ayant débordé les capacités d'élaboration psychique du patient. La répétition se jouerait alors au niveau du corps.

### ► La position de victime

Il convient de souligner la notion de subjectivité du traumatisme : peu importe la réalité objective de l'événement ou des événements initiaux ; c'est le vécu du sujet qui détermine l'importance du traumatisme. Cela se vérifie lors des entretiens avec les douloureux chroniques qui mettent en exergue leur victimisation dans la narration des faits présents et passés. Ce positionnement de victime resurgit dans des douleurs chroniques rebelles telles que le sont certaines lombalgies (Defontaine-Catteau, 1993) : la résistance de la douleur aux traitements s'alimente de la conviction d'avoir “trop travaillé”, la plupart du temps dans un contexte professionnel traumatogène (risques, accidents, sentiment d'avoir effectué des tâches trop lourdes et trop précocement). La notion d'avoir été “exploité” est fréquente. Ce sont des douleurs chroniques également souvent associées aux maltraitances corporelles ou aux sévices sexuels de l'enfance.

Traitant précisément des relations entre douleur et abus sexuels, (Wood et al., 1990) relèvent chez leurs patients la présence d' "helplessness", d' "hopelessness" et de victimisation alors que ces derniers font constamment la preuve de leur impossibilité à établir un lien avec les traumatismes d'origine.

Les femmes présentant des douleurs pelviennes chroniques relatent fréquemment des histoires d'abus sexuels (Walker et al. 1993) que les auteurs relient à d'autres formes de sévices vécus ; ils donnent l'exemple de la fibromyalgie (1997) dont sont porteurs des patients victimes non seulement de sévices sexuels, mais également de maltraitance, de traumatismes émotionnels violents ou encore de négligence. Dans une autre étude (1995), pratiquant chez 100 femmes une laparoscopie à visée diagnostique (50 % pour douleurs chroniques, 50 % pour évaluation d'infertilité ou ligature des trompes), ils montrent que les patientes douloureuses présentent de façon hautement significative à l'égard de l'autre groupe des histoires d'abus sexuels (de l'enfance, de l'âge adulte). Lampe et al. (2000) trouvent que la relation entre sévices sexuels et développement ultérieur d'une douleur pelvienne chronique est d'autant plus évidente que le passé de victime se situe avant l'âge de 15 ans.

La sphère pelvienne n'est pas exclusive et toutes localisations douloureuses confondues, Wurtele et al. (1990) indiquent que 20 % de leurs 135 patients douloureux évoquent des abus sexuels de l'enfance avec une nette prévalence pour les femmes (39 %) (hommes : 7 %).

## ► Importance de la subjectivité du traumatisme

Ce n'est pas la réalité du traumatisme, c'est-à-dire sa gravité potentielle, qui est significative pour mesurer l'impact des séquelles qu'il engendre. C'est uniquement la façon dont un sujet vit une situation, dont il y réagit (ou non d'ailleurs) qui fait la sévérité du retentissement. La fragilité de la personne, son vécu, la reviviscence possible de situations identiques font le lit du traumatisme tout autant que le poids objectif de ce dernier. À cet égard, une recherche de Raphaël et al. (2001) est illustrative : ils mènent une étude prospective durant six ans chez 676 patients victimes de maltraitances dans l'enfance. Un groupe contrôle de 520 sujets est inclus dans la recherche. Les résultats sont étonnants : en effet, il n'existe pas d'association entre présence de sévices anciens et apparition "attendue" de douleurs inexpliquées de l'adulte.

En revanche, il y a corrélation avec la relation rétrospective par le patient d'un passé de victime, tant dans le groupe patients que dans le groupe contrôle...

## ► Mémoire et archives de la douleur

Cette subjectivité primordiale du vécu traumatique, même passé, suppose qu'il y ait chez les sujets une mémoire de la douleur (Laurent, 1997). Depuis longtemps, la clinique a mis en évidence le rôle considérable que jouent les émotions dans la chronicisation de la douleur et dans la force de sa mémorisation (Katz, 1992). La douleur en mémoire est particulière puisqu'il est difficile, voire impossible de se la remémorer dans ses composantes sensorielles ; son évocation est plutôt du registre émotionnel. En revanche, si une douleur se répète, même à très grande distance temporelle, sa reconnaissance est exacte. Certains auteurs travaillent à souligner, en particulier chez le tout-petit (voire chez le prématuré ou le fœtus), l'existence de ces douleurs précoces, inscrites en mémoire (Fitzgerald, 2001) : leur non soulagement engendre une mémorisation autonome susceptible d'être réactivée lors de douleurs ultérieures et responsable d'une chronicisation rebelle. On comprend que ces douleurs aiguës passées aient pu déborder, en raison de leur précocité, les capacités d'élaboration du petit d'homme qui en fait l'expérience. La neurophysiologie, la neuropsychiatrie appuient ces thèses. Certaines crises d'épilepsie font revivre des expériences douloureuses anciennes, ce qui conforte l'hypothèse d'informations douloureuses stockées en mémoire, inactives et en attente d'être réactivées (par la décharge de la crise, mais aussi par une émotion, par une douleur analogique ?).

Au plan psychopathologique, l'apport de la psychanalyse (Derrida, 1995 ; Cooren, 1998) permet d'envisager le rôle de la mémoire non seulement comme un travail de classement et d'archivage, mais aussi comme un mouvement dynamique permanent de ré-archivage, de reclassement de ce qui l'était déjà. L'archive est vivante et prête à interagir avec ce qui s'archive de façon actuelle et avec l'expérience en train d'être vécue.

Il est clair, dès lors, que dans la douleur-symptôme post-traumatique il y a une défaillance du système de mise en mémoire (impossibilité à abandonner le symptôme). L'archivage est en faillite et échoue à libérer le sujet de sa répétition douloureuse.

## ► Rôle des émotions dans la chronicisation de la douleur post-traumatique : cas clinique

Un patient de 84 ans se présente au Centre d'Évaluation et de Traitement de la Douleur pour une algohallucinose. Touché par un éclat d'obus durant la seconde guerre mondiale, il néglige son bras presque arraché pour porter secours à ses compagnons mourants. Il est évacué tardivement du front et en raison de la gangrène déclarée, est amputé du bras gauche avec désarticulation au niveau de l'épaule, huit jours après la blessure initiale. À la consultation, il décrit des douleurs neuropathiques et une hallucinose qui lui fait évoquer un bras complet, non télescopé et toujours positionné à l'identique, c'est-à-dire dans la position de la gouttière où il était immobilisé jusqu'à son amputation. Il ressent de surcroît, lors des paroxysmes douloureux, des sensations kinesthésiques dans le bras fantôme, réminiscences des cahots douloureux du trajet d'évacuation en ambulance. L'exactitude de cette mémoire corporelle lui fait évoquer la persistance de la sensation d'un écoulement sanguin au point d'impact de l'éclat d'obus.

L'expression de ce patient est remarquable dans la précision des sensations fantômes. Ce qui est beaucoup plus extraordinaire, c'est que son hallucinose n'a été que peu algique et supportable pendant plus de 40 ans : il ne prenait d'ailleurs aucun traitement à visée antalgique durant cette période. En revanche, l'algohallucinose est devenue insupportable au décours d'un double choc émotionnel chez ce pacifiste notoire : le petit-fils, qu'il avait dû élever, le quittait à 19 ans et il partait pour s'engager dans l'armée..., laissant le vieux couple dans une stupéfaction et un chagrin inconsolable.

Les émotions ont un rôle dans la reviviscence du traumatisme initial : tout se passe comme si un signifiant de l'émotion actuelle (engagement "militaire", deuil de la présence du petit-fils lié à un départ pour l'armée ?) était susceptible de solliciter une expérience émotionnelle passée analogue et donc de provoquer un réveil analogique de la douleur. Hill et al. (1996) soulignent cette possibilité de rappel des traumatismes anciens et de leur charge émotionnelle ; chez un de leurs patients amputé, la douleur pouvait être réactivée dans le membre fantôme par des phénomènes cognitifs et/ou émotionnels et non pas exclusivement sensoriels.

Le traumatisme est bien une expérience corporelle et psychique ; en

méconnaître les composantes émotionnelles expose la victime au ressassement pour tenter de “négocier” la situation traumatique. Le contenu émotionnel du traumatisme peut alors offrir les éléments qui empêcheront toute possibilité d’en surmonter les séquelles et perpétueront la plainte. À ce stade, la douleur peut prendre pour fonction de répéter de façon compulsive ce qui n’a pu être élaboré ni avoir subi de travail de liaison : sa répétition permet non seulement de revivre l’intensité émotionnelle du traumatisme, mais aussi d’exprimer et de communiquer une plainte qui puisse évacuer la charge émotionnelle actuelle et tenter ainsi de maîtriser encore et encore le traumatisme.

### ► **Chronicisation de la douleur : tentatives de maîtrise et leurs échecs**

La chronicisation est liée à l’échec de ces tentatives de maîtrise : il s’établit un cercle vicieux où la présence de la douleur s’oppose à l’élaboration du traumatisme et où la focalisation algique corporelle constitue une entrave à cette élaboration. Par retour pernicieux, l’ancrage organique garantit l’inaccessibilité à un système de représentations (de l’ordre des mots, du langage). La répétition algique peut également être interprétée chez certains douloureux chroniques comme un attachement au traumatisme : la position masochiste n’y est pas étrangère, celle où l’on peut trouver “goût au déplaisir de la douleur” (Freud, 1915) : la résistance au soulagement est présente et il existe un plaisir particulier lié à l’expérience douloureuse, en ce qu’elle reproduit de l’histoire traumatique du patient.

Du point de vue psychanalytique, cet enfermement dans l’identique, la résistance à la guérison, le retour à une position passive, voire régressive stigmatisent les liens qui existent entre répétition douloureuse et pulsion de mort.

Il existe des traces mnésiques traumatiques, des sédiments somatiques d’émotions, des sensations, des images, qui ne peuvent prendre sens : cette vacuité du sens correspond à une impossibilité du sujet face au traumatisme à l’élaborer mentalement, à le mettre en pensées et en mots. Les entraves à l’élaboration mentale sont liées à la gravité (objective, subjective) du traumatisme, à la précocité de l’expérience traumatique, à l’immaturité de l’appareil psychique du sujet ou encore à sa non accession au langage. La névrose traumatique présente un intérêt certain comme modèle de compréhension de la



chronicisation de certaines douleurs : ce modèle permet de concevoir les émotions selon leurs effets de sidération (“off”) ou de réactivation (“on”) de la douleur. Elles empêchent le travail de mémoire en maintenant les symptômes de répétition et dans le même temps, autorisent les retrouvailles et la réactivation des sédiments mnésiques somato-sensoriels et psychiques.

Dans cette perspective, la nécessité d’une prévention s’avère primordiale. Les traumatismes ne sont pas uniquement liés aux mondes du travail ou de la route. La pratique médicale n’est pas exempte de certains renforcements traumatiques. Il s’agit donc de respecter la subjectivité du traumatisme, en particulier dans les domaines des urgences et de la chirurgie ; dès 1990, Katz et Melzack proposaient notamment des recommandations strictes dans la préparation des amputations.

## ► Conclusion

Informer. Communiquer. Écouter. Pour éviter les traumatismes sinon en permettre l’élaboration et donc la résolution.

## *Bibliographie*

- Agnew D.C., Merskey H. : Words of chronic pain, *Pain*, 2, 73-81, 1976.
- Cooren J. : Douleur(s) d’archive(s). L’infâme, bulletin de l’association Patou, bibliothèque freudienne de Lille, n°67, 12-19, Avril 1998.
- Defontaine Catteau M.C. : Approches psychologiques du mal de dos : écoles du dos, autres réponses ? Aspects particuliers de la prise en charge individuelle ; le mal de dos dans l’histoire du douloureux chronique. *Douleur et Analgésie*, 1, 13-14, 1993.
- Derrida J. : Mal d’archive. Galilée, Paris, 1995.
- Fitzgerald M. : La douleur de l’enfance et ses conséquences à long terme. Conférence donnée au Congrès de la Société Française d’Étude et de Traitement de la Douleur, Paris, 22 Juin 2001.
- Freud S. (1895) : Projet de psychologie scientifique. In : La naissance de la psychanalyse. P.U.F., Paris, 1956.

- Freud S. (1915) : Pulsions et destin des pulsions. In Métapsychologie, Paris, Gallimard, 1988.
- Freud S. : (1926) : Inhibition, symptôme et angoisse. P.U.F., Paris, 1951.
- Guex P. : Douleur chronique et relation médecin-malade (la fonction du symptôme douleur). Revue Médicale de Suisse Romande, 106, 1031-1034, 1986.
- Guex P. : La douleur a-t-elle un sens ? Psychologie Médicale, 19, 7, 1079-1080, 1987.
- Hill A, Niven CA, Knussen C: Pain memories in phantom limbs: a case study. Pain, 66(2-3), 381-384, Aug 1996.
- Katz J : Psycho physiological contributions to phantom limbs. Canadian Journal of psychiatry, 37, 282-297, 1992.
- Katz J, Melzack R: Pain "memories in phantom limbs: review and clinical observations." Pain, 43 (3), 319-336, Dec. 1990.
- Lampe A, Solder E, Ennemoser A, Schubert C, Rumpold G, Sollner W : Chronic pelvic pain and previous sexual abuse. Obstetrical Gynecology, 96 (6), 929-933, Dec 2000.
- Laurent B. : Mémoire de la douleur, le point de vue du neurologue. Conférence donnée à l'Association Francophone de Psychologie de la Douleur. Congrès annuel de la Société Française de la Douleur, Paris, Nov. 1997).
- Pedinielli JL et Rouan G : Douleur et traumatisme : lecture psychanalytique. Douleur et Analgésie, 3, 95-100, 1997.
- Raphael KG, Widom CS, Lange G : Childhood victimization and pain in adulthood: a prospective investigation. Pain, 92, 293-293, 2001.
- Serres M. : Les cinq sens. Grasset, Paris, 1985.
- Walker EA, Stenchever MA: Sexual victimization and chronic pelvic pain ? Obstetrical Gynecological Clinic North America, 20 (4), 795-807, Dec 1993.
- Walker EA, Katon WJ, Hansom J, Harrop-Griffiths J, Holm L, Jones ML, Hickok LR, Russo J : Psychiatric diagnoses and sexual victimization in women with chronic pelvic pain. Psychosomatics, 36 (6), 531-540, Nov-Dec 1995.
- Walker EA, Keegan D, Gardner G, Sullivan M, Bernstein D, and Kato WJ: Psychosocial factors in fibromyalgie compared with rheumatoid arthritis. II. Sexual, physical and emotional abuse and neglect, 59 (6), 572-577, Nov-Dec 1997.
- Wood DP, Wiesner MG, and Reiter RC: Psychogenic chronic pelvic pain: diagnosis and management. Clinical Obstetrical Gynecology, 33(1), 179-195, Mar. 1990.
- Wurtele SK, Kaplan GM, Keairnes M: Childhood sexual abuse among chronic pain patients. Clinical Journal of Pain, 6 (2), 110-113, Jun 1990.



## 4. LE CONTEXTE

### **La douleur : un point de rencontre entre le patient, sa famille et les services de soins**

*Marco Vannotti, Michèle Gennart*

#### ■ INTRODUCTION

Notre pratique au sein d'un Service de Psychiatrie de Liaison nous a souvent confrontés à l'expérience par les patients de douleurs rebelles au traitement, à l'ancrage historique de telles expériences et à leurs dimensions relationnelles, au sein des familles et dans la rencontre avec les professionnels du soin.

Lorsque nous parlerons ici de patients douloureux, nous nous référons avant tout à ces patients dont la douleur chronique n'est pas rattachée à une pathologie somatique claire - comme pourrait l'être la douleur cancéreuse - mais s'inscrit dans la lignée des troubles qualifiés de "somatoformes".

Pour prendre en considération la complexité du problème, dans le domaine clinique et dans celui de la recherche, l'approche phénoménologique nous a paru la plus pertinente.

Ressaisie en son niveau de réalité phénoménologique - c'est-à-dire non pas telle qu'on peut l'objectiver en faisant abstraction du sujet vivant qui la porte, mais telle qu'elle se réalise dans le monde de la vie "avant" toute intervention médicale, cognitive ou pratique - la douleur est un événement qui atteint un corps vivant habité par un sujet, mais aussi un corps vivant social ; un organisme marqué par l'échange et par la communication. Le principe selon lequel la douleur est un phénomène qui atteint toujours et essentiellement un être social est à comprendre en un double sens. Il signifie que :

- la maladie, en perturbant le fonctionnement biologique, perturbe

l'homme en tant que sujet de relations avec les partenaires de son environnement ;

- à l'inverse, l'évolution de la maladie est "sensible" à ce qui se passe entre le patient et son entourage humain.

## ► Intrication entre douleur chronique et entourage

La reconnaissance de ce principe relatif à la façon proprement humaine de tomber malade, de "faire sa maladie" et, éventuellement, de guérir est particulièrement nécessaire dans le champ de la douleur chronique. Or, celle-ci affecte non le seul patient, mais aussi la famille du patient et les soignants qui doivent s'en occuper. Elle contraint le système familial entier à "assimiler" la perturbation. Et la manière dont le système familial fait face à la douleur de l'un de ses membres n'est pas neutre par rapport à l'évolution clinique du patient lui-même, mais agit de façon directe sur ses vulnérabilités et ses ressources. Les familles des patients douloureux présentent cependant des caractéristiques particulières qui rendent leur approche malaisée. Les médecins sont en effet confrontés, chez de telles familles, à des tendances :

- à la cohésion et à l'enchevêtrement – tendances que la douleur chronique, comme menace planant sur les liens, tend vraisemblablement à accentuer ;
- à l'évitement des conflits ;
- au camouflage des émotions ;
- à la rigidité.

Malgré ces caractéristiques qui rendent ardue l'approche des patients douloureux et de leurs proches, le vécu qui y transparait est souvent dramatique, marqué par la volonté impuissante de soulager la souffrance et par le désespoir dans lequel chacun se sent isolé.

L'idée directrice que nous nous sommes forgée sur la base de notre expérience clinique et qui sous-tend notre approche du patient, de la famille et des services de soin est que l'évolution clinique des patients souffrant de douleurs chroniques est déterminée de façon synergique par les variables biologiques et par les variables psychosociales co-constitutives de la vie du sujet.

Il importe dès lors de chercher à appréhender sur un mode intégratif comment les phénomènes suivants : la maladie-douleur, le sujet malade, la famille et la rencontre avec le système de soins, empruntent des voies

évolutives qui se rejoignent et s'entrecroisent. Pour approcher un tel entrecroisement, il convient à notre sens, en résumant de façon schématique :

- au niveau de la “maladie-douleur”, de mettre l’accent sur les variables biologiques particulièrement significatives quant au retentissement psychosocial de la maladie ;
- au niveau du “sujet” atteint, de prendre en considération la figure pleine de son expérience pathique et d’étudier la constitution tout comme l’éventuelle fonction de la maladie-douleur dans son histoire de vie ;
- au niveau de la “famille”, d’investiguer la réponse des différents membres de la famille (parents, conjoint, enfants...) à la douleur supportée et exhibée par un des leurs ;
- au niveau du “système de soins”, d’élucider les croyances et les a priori des soignants dans leur rencontre avec les patients douloureux et de favoriser la prise en charge intégrative plutôt que la dissémination chez les spécialistes (qui s’achève souvent par un aveu d’échec - ou accusation de “mise en échec” par le patient - avec des renvois successifs chez des nouveaux spécialistes).

Les corrélats biologiques de la maladie-douleur ne font pas, comme tels, l’objet du présent chapitre. Nous voudrions seulement insister ici, à la suite de Rolland <sup>(1,2)</sup>, sur la nécessité qu’il y a, pour approcher les besoins psychosociaux spécifiques qui se rattachent à la maladie chronique, non seulement d’avoir une vue d’ensemble sur “l’histoire naturelle” de la maladie, sans se limiter à l’état actuel du patient, mais aussi de disposer d’un cadre conceptuel qui permette de se situer à l’interface entre variables biologiques, vie personnelle du patient et vie de la famille.

Quatre catégories biologiques peuvent ainsi être retenues comme étant particulièrement significatives d’un point de vue psychosocial : le mode de survenue de la maladie (aigu, graduel...), son mode de déroulement (épisodique à rechutes, progressif...), son pronostic (avec ou sans menace vitale), son degré d’invalidation. Ces différents aspects sont à la fois expérimentés par le patient et interprétés par le système soignant, cette interprétation étant elle-même intégrée de façon plus ou moins aléatoire par la famille du patient.

## ■ L'EXPÉRIENCE PATHIQUE DE LA DOULEUR

La notion d'expérience pathique condense tout ce en quoi la douleur fait souffrir ou "pâtir". Or, ce pâtir est ample et complexe <sup>(3,4,5)</sup>.

L'expérience pathique de la douleur a pour premier espace de réalisation la relation du sujet à son propre corps. Dans l'état de santé, notre corps, largement inaperçu, est le moyen que nous mobilisons pour nouer nos relations avec le monde. En bonne santé, nous sommes à peine conscients de notre spatialité physique. Sous l'effet de la douleur, en revanche, notre corps tend à devenir une "chose" qui nous encombre, qui nous tourmente et dont nous ne pouvons pas ne pas nous préoccuper.

Mais l'expérience pathique de la douleur ne se joue pas seulement dans ce premier espace de la "présence à soi". Être souffrant modifie notre "monde" - ce terme étant entendu en un sens phénoménologique comme rassemblant ce qui, pour chaque sujet, constitue l'Autre ; ce qui, pour lui, se donne à rencontrer, ce à quoi il a proprement affaire dans son existence. Le caractère éprouvant de la douleur ne vient en effet pas seulement de ce que quelque chose nous perturbe à l'intérieur de notre corps, mais aussi du fait que "cela" qui nous travaille entrave ou interrompt nos autres possibilités de réalisation, limitant ainsi notre horizon d'existence, notre "monde". Lorsque nous avons fort mal ou sommes très mal, nous ne pouvons plus rien faire - que ressentir douloureusement ce qui est en train de "mal aller" en nous.

C'est déjà dire que la douleur ne peut manquer d'agir sur la vie relationnelle du patient. La douleur peut ainsi envahir les espaces inter-subjectifs tout comme elle envahit l'espace du moi : elle devient alors un thème lancinant autour duquel se focalisent l'attention, les gestes et les échanges entre le patient et les membres de son entourage.

Mais si elle atteint la disponibilité du patient et tend à l'isoler, la douleur induit aussi le plus souvent un mouvement de "regroupement protecteur", stimulant chez les proches des comportements solidaires de soin et de réparation.

## ■ L'IMPLICATION DE LA FAMILLE CONFRONTÉE À LA DOULEUR CHRONIQUE

De façon générale, la manière dont la douleur chronique modifie le contexte familial peut s'évaluer à cinq niveaux <sup>(5)</sup>.

### ► Niveau pratique

La douleur chronique induit des limitations fonctionnelles chez le patient et comporte une dimension invalidante qui, à des degrés variables, peut obliger la famille à opérer une redistribution des rôles et des tâches (partage modifié des responsabilités dans la subsistance économique de la famille, dans son fonctionnement domestique, dans le soin apporté aux enfants, etc.).

### ► Niveau affectif de l'attachement

Si la douleur détient ce pouvoir de "contamination" qui consiste à affecter non le seul patient, mais aussi chacun de ses proches, c'est avant tout parce qu'elle menace le lien d'attachement comme tel. Face à l'expression souvent dramatique et dramatisée des symptômes, les différents membres de la famille sont, chacun à leur manière, exposés à la crainte d'une maladie grave - thème souvent évoqué par les patients et leurs proches. En menaçant le lien d'attachement, la douleur chronique retentit sur ce qui en constitue la "portée" affective de base : la tension entre sécurité et insécurité existentielles.

### ► Niveau des règles de communication

La présence de la douleur se répercute également sur les règles qui régissent la communication dans la famille. Ces règles se modifient fréquemment en un sens qui vise à protéger contre les situations génératrices de tensions. Une règle familiale souvent observée est celle de l'évitement du conflit, dans le but de prévenir l'hostilité qui pourrait surgir à l'encontre du malade.

La douleur, avec les menaces qu'elle éveille et les aspects invalidants qu'elle peut comporter, est elle-même un sujet dont l'on parle ou que l'on tait dans la famille ; elle peut encore se départager en aspects accessibles à la discussion et en d'autres dont il est implicitement interdit de parler.



## ► Niveau de l'éthique familiale

La notion d'éthique se réfère essentiellement au caractère "juste" ou "injuste" des échanges entre les membres d'un système familial <sup>(8,9)</sup>. La douleur chronique touchant surtout les adultes, il n'est pas rare qu'elle affecte des personnes exerçant une fonction parentale. Or, face à la douleur d'un parent, les ressources "réparatrices" des enfants sont souvent sollicitées de manière massive. L'enfant est tout naturellement porté à protéger le parent souffrant. Il cherche son amour et son attention. Mais son souci et les efforts qu'il déploie pour prendre soin de lui ne sont souvent pas reconnus comme tels. Or, l'expression de la reconnaissance joue un rôle important dans la fiabilité des relations. À l'inverse, la non-reconnaissance peut engendrer d'importantes souffrances chez les proches et en particulier chez les enfants mineurs <sup>(10)</sup>.

## ► Niveau de l'histoire familiale

La douleur chronique exerce des effets à long terme sur la vie des patients en imprimant certains tournants souvent irréversibles au cours de leur histoire (retrait hors du monde professionnel, social...). Son installation est un événement qui agit aussi sur l'histoire de la famille. En règle générale, elle tend à y accentuer les tendances "centripètes" : tendances au rapprochement protecteur où, comme lors d'une naissance, la famille se centre sur son espace et ses événements internes, tout en renforçant les limites qui la départagent du monde extérieur. Comme telle, la douleur chronique risque de geler le développement des différents membres de la famille, en les retenant dans une forme de cohésion tenace, qui semble figer le temps de l'histoire individuelle et familiale.

## ■ POUR UNE APPROCHE BIOGRAPHIQUE DE LA DOULEUR

### ► Au niveau du sujet

Il importe de resituer la douleur dans l'histoire de la vie du patient, histoire dans le décours de laquelle ce symptôme a surgi et s'est éventuellement stabilisé. L'histoire est en effet l'élément où s'opère l'inté-

gration des dimensions biologiques, psychologiques et sociales de l'existence. Et cela non seulement parce que le fonctionnement biologique, la vie psychique et l'existence sociale ont en commun d'être essentiellement en devenir, mais aussi parce que ces trois aspects du devenir, loin d'être indépendants, sont étroitement liés les uns aux autres, formant précisément, dans leurs interactions, le cours concret et à chaque fois singulier d'une histoire de vie.

Les rapports historiques ne sont cependant pas à comprendre comme des rapports de causalité. Replacer le symptôme dans l'histoire de vie du patient implique en fait que l'on subordonne le raisonnement étiologique à un mode de considération que l'on peut qualifier, par contraste, de phénoménologique historique. Cette dernière perspective cherche à appréhender les dimensions contrastées de l'existence à l'état processuel, comme participant chacune, suivant une dynamique qui lui est propre, d'une seule et même histoire de vie.

Si nous admettons que la douleur chronique naît à la manière d'un événement historique, il convient de se demander, d'une part, ce qui a fragilisé le sujet au point qu'il puisse succomber à une crise aussi grave (de par la souffrance qu'elle implique et de par son caractère chronique ou "insurmontable") et, d'autre part, ce qui a prédisposé à la douleur, à savoir ce qui a préparé la voie à ce mode de réalisation particulier de la maladie plutôt qu'à un autre.

Lorsqu'on resitue les symptômes douloureux dans l'histoire de vie des patients, on découvre en l'occurrence une série de "procès" ou d'événements qui, pour certains, les ont atteints concrètement dans leur corps et, pour d'autres, les ont éprouvés sans qu'ils n'aient bénéficié ni des ressources, ni du soutien nécessaires pour pouvoir les élaborer <sup>(5)</sup>.

## ► Au niveau de la famille

En tant que membre d'un système familial, toute personne est partie prenante d'une "vie de famille" au sein de laquelle elle pense, ressent et agit sans être pleinement consciente ni avoir la maîtrise des règles, des a priori et des finalités de nature familiale qui la guident. Elle vit et éprouve "dans son cœur et dans son corps" les échanges, les événements et les souffrances des autres membres du groupe familial. La réponse que le patient et ses proches déploient face à la douleur est donc profondément influencée par la nature des relations qui caractérisent la famille et par les expériences qui s'y sont forgées antérieurement en rapport avec

la maladie, l'invalidité et les deuils <sup>(5,6,7)</sup>. Il y a pourtant, dans la vie des familles des patients douloureux, une tendance à oublier l'histoire ou à suspendre le temps par l'exhibition de quelque chose qui fait corporellement événement dans le moment présent, à savoir le symptôme. Ce dernier se présente comme la cicatrice visible laissée par une blessure profondément cachée dans l'histoire des familles. L'ampleur du retentissement de la douleur dans la vie personnelle du patient ne peut souvent se comprendre que si l'on se réfère à l'horizon de l'histoire familiale, dont les aspects problématiques demeurent souvent méconnus par la famille elle-même <sup>(8,9)</sup>.

## ■ RENCONTRE AVEC LE SYSTÈME DE SOINS

Enfin, qu'elle soit vécue par le patient lui-même ou par ses proches, l'expérience de la douleur est médiatisée par le système de soins. Nous insisterons en particulier ici sur la nécessité qu'il y a à réfléchir sur l'attitude des soignants face à la douleur. Et cela, essentiellement en raison du fait que le devenir d'une maladie (sa guérison ou sa stabilisation), ainsi que les répercussions plus ou moins profondes qu'elle exerce sur la vie du patient, sont loin d'être indépendants de l'attitude médicale <sup>(11)</sup>.

L'accueil du patient et de sa plainte, l'interprétation de sa souffrance, l'élaboration d'un diagnostic et la mise en œuvre d'un traitement (tous ces gestes qui ponctuent l'attitude médicale) sont des gestes qui s'inscrivent dans le cadre d'une rencontre. Et la part que le thérapeute y apporte est intérieurement marquée par son mode de pensée et par le paradigme épistémologique auquel celui-ci se réfère.

### ► De quelques malentendus entre les patients douloureux et leurs médecins

Tandis que le patient atteint de douleurs chroniques pense et parle en termes d'expérience vécue (et se situe donc au niveau du corps propre), le médecin pense habituellement le corps tel que sa formation et l'orientation de l'esprit scientifique dominant lui ont appris à l'objectiver. Or, suivant que l'on adopte l'une ou l'autre de ces perspectives, le phénomène de la douleur n'a pas le même niveau de réalité. Pour le patient qui souffre, la douleur est une expérience qui

l'obsède dans son corps et qui le transforme par rapport à celui qu'il était avant la survenue du mal. Pour le patient, la maladie tient sa réalité du "souffrir" lui-même. L'essentiel de la maladie réside dans sa dimension pathique, et non dans sa configuration ou son substrat biologique.

Pour le médecin, en revanche, la douleur est à considérer avant tout comme un symptôme, c'est-à-dire comme un indice renvoyant à quelque chose de différent : à une altération ou à un dommage objectif de la réalité somatique. Ce n'est pas la douleur comme telle qui est "pathologique", mais la cause de la douleur. Dans cette perspective, la maladie ne tient pas sa réalité de ce qu'un homme souffre dans son corps, mais de ce que l'on peut déceler, dans un organisme, un état ou un processus qui dévie "pathologiquement" de la normale.

À cet égard, le malheur du patient présentant un trouble somatoforme douloureux réside en ceci que, dans l'état actuel du savoir médical et des techniques à disposition, sa douleur demeure un phénomène qui résiste largement à l'observation. Par ailleurs, la douleur est une expérience vécue d'une nature telle (notamment en raison de son ancrage au corps) qu'elle résiste à la description et à la représentation, en sorte que subsiste toujours, dans la relation entre celui qui souffre et son interlocuteur, une zone de non-partage et de non-compréhension.

Les contextes ou les systèmes de référence sur lesquels le médecin et le patient se basent respectivement lorsqu'ils thématisent la douleur sont donc profondément divergents. Si nous devons proposer une définition "relativiste" du trouble somatoforme douloureux, nous pourrions dès lors dire que le patient présentant ce trouble est celui qui déçoit les attentes du médecin (ces attentes étant fondées sur une épistémologie qui privilégie la réalité biologique de la lésion au détriment du corps vivant) en tant que support de la possibilité ou de l'impossibilité d'exister du sujet.

Or, il importe d'étudier les douleurs chroniques au départ de la manière dont le patient lui-même les présente et les vit, en renonçant à la présomption selon laquelle nous serions en mesure de savoir, sans devoir passer par la médiation de la relation clinique, ce qu'il en est de la "vérité" de ces douleurs. Une évaluation des patients qui se bornerait à recourir aux seules méthodes bio-médicales, en n'accordant crédit qu'à celles-ci, n'est fondamentalement pas en mesure d'appréhender le trouble douloureux dans sa réalité phénoménologique. Le recours à

une méthode proprement clinique, au sein même de la relation médecin-malade, permet d'accéder à la souffrance du patient, et de la considérer sous l'angle de sa constitution historique.

### ► Critique de la notion de bénéfice de la maladie

Les médecins manifestent une attitude contrastée à l'égard de la douleur, attitude empreinte de sollicitude, notamment là où il s'agit d'exclure le diagnostic d'une maladie grave, mais par la suite également empreinte d'un sentiment d'irritation et d'impuissance. Ils connaissent la nature fonctionnelle d'un bon nombre de douleurs et, partant, l'efficacité modeste, en pareils cas, de leur action thérapeutique. À vrai dire, il semble que leur approche de la douleur soit déchirée entre une préoccupation proprement médicale d'atténuer la souffrance, avec une tendance à réduire l'homme à sa corporéité bio-médicale, et (en particulier lorsqu'un soubassement de la douleur ne peut être objectivé) une forme subtile de méfiance en ce qui concerne la reconnaissance de son ampleur ou de son impact sur la vie des patients.

L'on trouve notamment des préjugés tenaces gravitant autour de l'étiologie des douleurs persistantes et qui concernent la visée de "bénéfices de la maladie". Certains estiment même, mais souvent sans l'affirmer ouvertement, qu'une telle visée constitue le facteur étiologique majeur de la survenue ("bénéfice primaire") ou de la persistance ("bénéfice secondaire") de la douleur. La notion de gain de la maladie est le plus souvent envisagée dans la lignée du sens commun, qui implique la double notion de profit-profiteur, et se trouve souvent rehaussée au rang de principe causal dominant, ce qui revient à dire, en grossissant un peu les choses, que la douleur du patient a sa source ou sa cause dans les bénéfices qu'il en escompte. L'expression de la douleur relèverait ainsi d'une visée, peut-être inconsciente, mais en tout cas intéressée du sujet.

Lorsque les thérapeutes sont amenés à mettre en doute les dires de leurs patients ou l'expression de leur vécu douloureux, ils portent atteinte à l'alliance thérapeutique et assombrissent le pronostic. Sans doute seraient-ils plus efficaces s'ils pouvaient se référer au postulat de sincérité. Ce postulat ne soutient pas que ce que disent les patients est toujours conforme à la vérité, mais que les patients ont de bonnes

raisons de dire ce qu'ils disent. Dans la prise en charge de la douleur, il semble plus responsable et plus utile que le médecin cherche à élucider ces bonnes raisons plutôt que de vouloir soupeser l'intime véracité des propos et des modalités expressives du patient.

Dans le contexte du trouble douloureux, il importe à notre sens d'étudier la souffrance du sujet dans son caractère à la fois intrinsèque et global. "Intrinsèque" signifie que l'on prend au sérieux la manière dont le patient lui-même vit et présente sa souffrance, sans mettre en doute, sur la base de nos propres présupposés, l'authenticité de sa plainte ou le bien-fondé de sa propre perception de la situation. "Global" se réfère au fait qu'il importe de chercher à mettre au jour les multiples dimensions impliquées dans la figure particulière de la souffrance en jeu. Le patient douloureux ne souffre en effet pas "que" de douleurs. Il revient précisément au médecin d'explorer la constellation des motifs qui entourent la douleur et qui, intimement associés à celle-ci, dessinent la physionomie réelle et pleine de la souffrance du patient et, le plus souvent aussi, de sa famille.

### ► Difficultés dans la reconnaissance sociale

Si nous nous référons au travail accompli durant une dizaine d'années comme experts dans l'évaluation médicale des sujets souffrant de douleurs chroniques, nous remarquons que l'appréciation de l'impact de la douleur a souvent représenté un point de contraste, voire de désaccord entre notre équipe et d'autres médecins ou les assurances. Les douleurs nous apparaissaient souvent, à nous experts, comme l'aboutissement d'une histoire de vie dramatique, marquée par l'insécurité existentielle. Les douleurs, et toutes les blessures qui leur étaient sous-jacentes, amenaient les sujets à devenir inaptes au travail. Or, la reconnaissance par les assurances de cette dimension pathique difficilement objectivable et de ses implications quant à la capacité de travail a souvent été difficile et partielle, en amenant, dans un certain nombre de situations, à une sorte de déni de justice. De fait, les patients douloureux ne sont pas reconnus dans leurs droits car ils sont trop souvent considérés (de manière implicite, certes, mais non sans un certain cynisme) comme des paresseux qui exhibent un symptôme pour en tirer un profit personnel. Tout se passe comme si ces patients non seulement souffraient, mais, en raison du caractère particulier de la douleur, ne pouvaient pas être reconnus dans leur statut de malade et, corollairement, dans leur

incapacité à exercer une activité lucrative. Ainsi, leur atteinte à la santé, au lieu de leur ouvrir les voies institutionnelles de protection sociale, les rend objets de mépris et de rejet.

## ■ QUELLE DÉMARCHE AUPRÈS DES FAMILLES DE PATIENTS DOULOUREUX CHRONIQUES ?

Nous ne pouvons qu'insister sur la nécessité qu'il y aurait, dans le suivi des patients souffrant de douleurs chroniques, à intégrer l'entourage familial, lieu où se propage une part importante de la souffrance liée à la maladie chronique et horizon de ressources essentiel pour le patient. Pour ce faire, la rencontre de la famille s'avère souvent d'une grande utilité.

Pour ce qui est des difficultés et des obstacles que le médecin rencontre d'ordinaire dans l'organisation et la conduite de telles rencontres, nous les résumerions autour de deux points :

- la conviction du patient selon laquelle sa douleur n'a aucune répercussion sur ses proches (aspect proprement intersubjectif du déni des émotions douloureuses) peut bloquer d'entrée de jeu la possibilité d'avoir un accès direct à la famille ;
- la douleur et ses menaces imprègnent si profondément la structure de la famille, qui semble s'être refermée hermétiquement sur son espace protecteur propre, qu'une telle rencontre peut être vécue comme intrusive et menaçante.

### ► Communication et information

Pourtant, et nous hésitons à le mentionner tant cela semble évident, une partie consistante des problèmes pourrait être résolue par un effort accru sur la communication et l'information entre les soignants, les malades et les membres de la famille. Au cours de différentes études que nous avons menées dans notre service <sup>(5, 6, 7)</sup>, plusieurs patients et leurs proches se sont plaints d'un manque d'informations, même lorsque le médecin traitant affirmait les avoir amplement informés. En effet, la transmission du diagnostic et du pronostic faite au patient ne garantit pas sa retransmission à la famille. Ce passage peut en effet être bloqué, chez le patient, par la peur

d'être abandonné par ses proches. Dès lors, ceux-ci ne disposent souvent pas des indications médicales propres à favoriser leur positionnement par rapport au malade.

Si la transmission du diagnostic suscite tant de malentendus (au sens à la fois courant et littéral du terme), c'est, pensons-nous, parce qu'elle met en jeu les différences profondes qui peuvent exister entre les systèmes de référence respectifs du médecin et du patient, différences qui favorisent des glissements de sens et, plus généralement, un non-accordage entre ce que le médecin "veut dire" et ce que le patient comprend de ses paroles. La transmission d'un diagnostic de douleur chronique est une tâche qui crée au médecin des difficultés liées aux incertitudes étiologiques. Ce qui se révèle comme le plus difficile, c'est souvent la discussion autour des "causes" : soit on risque, en suggérant une origine "psychosomatique", de susciter l'hostilité du patient contre soi et/ou celle des proches contre lui ; soit, en reconnaissant une certaine part d'incertitude quant aux mécanismes pathogénétiques, d'entretenir une anxiété qui pousse le patient à vouloir poursuivre les investigations dans l'idée qu'on "n'a pas encore trouvé" la véritable cause de son mal.

### ► Rencontrer la famille pour dépasser les malentendus

Lors du diagnostic initial, il importe que le médecin cherche à rencontrer la famille, en sorte de pouvoir transmettre et s'assurer de la compréhension par chacun du diagnostic de la douleur, de son mode de décours, de son traitement, de son pronostic et, enfin, de ses aspects invalidants et des aménagements requis (en quoi ce que le patient peut faire "en moins" se transmue-t-il en "devoirs en plus" pour les proches ?).

Il est dès lors fréquent que les proches, qui disposent ainsi des indications médicales propres à favoriser leur positionnement par rapport au malade, trouvent des solutions créatives et appropriées. De tels entretiens, en abordant la question que chacun des proches se pose - "que dois-je faire (et que puis-je ne pas faire) pour lui ?" - détiennent une fonction préventive : en aidant précocement les familles à établir des patterns fonctionnels, le médecin favorise l'adaptation ultérieure de chacun à la maladie douloureuse.



## ■ QUELQUES PROPOSITIONS

Les propositions qui suivent visent à fournir, sous une forme résumée, quelques jalons susceptibles de guider l'intervention des soignants :

- investiguer la dimension pathique de la douleur ;
- rendre explicite le vécu émotionnel de souffrance de chacun. En effet, face à la souffrance exprimée de manière explicite, chacun peut devenir à la fois donneur et receveur de consolation ;
- dégager la contribution de chaque membre de la famille face aux exigences induites par la douleur et dans le travail souvent inaperçu de "réparation" du patient, tout en encourageant à une reconnaissance explicite des mérites acquis par chacun ;
- soutenir les possibilités de développement des enfants du parent malade, en veillant à ce qu'ils ne soient pas "sacrifiés" à son soutien et sa réparation ;

Le médecin favorise ainsi le rétablissement d'un certain climat de confiance où chacun peut exprimer les traits de sa souffrance et de ses attentes singulières et y être entendu. En tentant de promouvoir une communication claire entre les différents membres du réseau familial, le médecin pourrait avant tout aider chaque membre de la famille à continuer à se développer en dépit de l'effet paralysant que la douleur exerce sur le devenir des liens.

## ■ CONCLUSION

L'épreuve de la douleur est intimement enchâssée dans une expérience plus globale de profond désarroi, et elle est en même temps porteuse d'un appel à l'aide. Il se peut, en l'occurrence, que le vécu douloureux soit la modalité par laquelle le sujet tente d'exprimer sa détresse et son appel, dans un contexte social où la demande d'aide existentielle passe presque exclusivement à travers la maladie et le recours au système classique des soins. Et cela, a fortiori, si le patient a connu une histoire familiale qui alimente la propension à taire et à réaliser sur un plan corporel les affects mobilisés par la relation à autrui. Par la douleur, le sujet invite implicitement son entourage à se transformer en un milieu soignant et protecteur. Souffrir de douleurs, c'est non seulement en appeler à la pratique du soin, mais aussi, et plus radicalement, en appeler à l'assistance d'un autre qui soit capable d'entendre toute la détresse qui s'abrite au sein de l'affection douloureuse. C'est par cet

appel pressant que la famille est constamment sollicitée et c'est par rapport à lui qu'elle doit se déterminer.

La dimension de l'appel - lequel ne se symbolise pas à la manière d'une demande, mais se trouve d'une certaine façon proféré par le corps lui-même, en tant qu'il est atteint par la douleur - ne peut par ailleurs manquer d'interpeller le sentiment de responsabilité et de solidarité "humaine" du thérapeute.

### **Bibliographie**

1. Rolland J.S. : Chronic illness and the life cycle : a conceptual framework. *Family Process*, 26, p. 203-221, 1987a.
2. Rolland J.S. : Family illness paradigms : evolution and significance. *Family System Medicine*, 5, p. 467-486, 1987b.
3. Buytendijk E.J.J. : Über den Schmerz. In *Das Menschliche. Wege zu seinem Verständnis*. Stuttgart, Koehler, p. 150-169, 1958.
4. Célis-Gennart M. : Corporéité et présence. Pour une phénoménologie de la dimension pathique du délire et de l'hallucination. Thèse de doctorat en philosophie présentée à l'Université de Louvain, 1994.
5. Célis-Gennart M. : Étude sur l'expérience thymique et affective de patients présentant un trouble somatoforme douloureux et sur son éclairage biographique. Recherche présentée à la Faculté de psychologie de l'Université de Lausanne, 1996.
6. Vannotti M., Célis-Gennart M. : L'expérience plurielle de la maladie chronique. Maladie pulmonaire et famille. In : *Corps et thérapie familiale*. Bruxelles : De Boeck-Université, Cahiers critiques de thérapie familiale et de pratiques de réseaux, p. 113-138, 1999.
7. Vannotti M., Célis-Gennart M. : Modèle bio-psycho-social et maladie chronique. La dimension communautaire de la médecine entre individu, famille et société. *Médecine et Hygiène*, 2320, p. 2142-2151, 2000.
8. Boszormenyi-Nagy I., Krasner B.R. : *Between give and take. A clinical guide to contextual therapy*. New York : Brunner & Mazel, 1986.
9. Vannotti M., Real Del Sarte O. : Application à la clinique du modèle de l'équilibration majorante de Piaget. Approche familiale d'une situation de manifestations phobo-obsessionnelles invalidantes. *Thérapie familiale*, 11 (3), p. 295-308, 1990.
10. Vannotti M. : Maladie et compétence parentale. In M. Vannotti & M. Célis-Gennart (Eds.) : *Malades et familles. Penser la souffrance dans une perspective de la complexité*. Genève : Ed. Médecine et Hygiène, pp. 235-251, 1998.
11. Onnis L. (1985) : *Corps et contexte. Thérapie familiale des troubles psychosomatiques*. Trad. franç. Paris, ESE, 1989.

# Aspects anthropologiques et socioculturels des représentations de la douleur chronique

*Christine Cedraschi*

La prise en charge d'une douleur chronique, quelles que soient les spécificités de l'origine de la douleur, s'inscrit dans un cadre général plus large, qui inclut les rapports de l'individu à son corps et à sa santé, ceux qu'il entretient avec la médecine, mais aussi les définitions mêmes de la santé et de la maladie et les valeurs qui leur sont accordées, à un moment et dans un groupe donnés.

## ■ DOULEUR ET REPRÉSENTATIONS

Si l'objet de la prise en charge est la douleur, et, partant, le corps douloureux, ce corps n'est pas le même pour tous. Pour les patients, il s'agit avant tout d'une douleur et d'un corps-sujets, chargés de valeurs et de significations collectives, personnelles, émotionnelles, symboliques. Pour les thérapeutes, la douleur est insérée et insérable dans un corpus de connaissances, qu'elles soient purement anatomo-physiologiques ou qu'elles renvoient à des dimensions psychologiques et sociales.

La rencontre entre savoir scientifique et savoir profane met donc en présence des représentations différentes du corps et de la douleur. La nécessité de parvenir à un accord, sur l'explication du problème mais aussi sur sa gestion, fait que cette rencontre suppose un processus de négociation entre deux individus, mais aussi entre deux systèmes de pensée. Elle suppose de ce fait aussi un processus de "vulgarisation" du savoir scientifique qui doit permettre de réduire la distance entre patients et thérapeutes. Les informations qui peuvent être transmises ne viennent cependant pas s'inscrire sur une page blanche. Si le savoir profane n'est pas forcément "conscient", il est néanmoins très présent. Pris dans l'action, l'individu accomplit toute une série d'actes de la vie quotidienne en ayant des idées, des représentations, sur ce qui est "bon" ou "mauvais pour la santé", mais sans forcément y penser.

Les représentations constituent une forme de connaissance pratique, développée à partir des expériences et des savoirs et modèles de pensée transmis par l'environnement, et qui doit nous permettre de maîtriser cet environnement, de le comprendre et de l'expliquer (Jodelet, 1984). Permettant d'assurer une continuité entre le familier et la nouveauté, elles influencent la manière dont les patients vont organiser les informations qui leur sont dispensées, c'est-à-dire intégrer ces nouvelles informations dans leurs schémas de pensée, les modifier pour qu'elles puissent s'intégrer ou les rejeter parce qu'elles sont trop différentes. La clarification et la prise en compte de ces représentations et de leurs déterminants constitue donc un enjeu important dans la relation entre patient et thérapeute.

## ■ RENCONTRE ENTRE SAVOIR SCIENTIFIQUE ET SAVOIR PROFANE AUTOUR DE LA LÉGITIMITÉ DE LA DOULEUR

Dans la prise en charge, les différences entre savoir scientifique et savoir profane apparaissent dès le niveau du problème à résoudre. Pour le savoir scientifique, il s'agit d'éclaircir les mécanismes anatomiques et physiologiques. La résolution du problème passe par le morcellement du corps et la dépersonnalisation de la maladie et du corps pour mieux les comprendre. L'individu singulier est de ce fait absent et la valeur du modèle se mesure en termes statistiques. Pour le savoir profane, il s'agit de donner un sens à l'atteinte, qui dépasse l'état organique, et de répondre à des questions comme le fait de savoir si l'atteinte est ou non mortelle, si elle est guérissable, ou encore si le problème est gérable, et comment. La personnalisation du corps et de la maladie, et avec eux l'individu singulier, sont dès lors au premier plan. La valeur du modèle explicatif ne se mesure plus ici en termes génériques, mais individuels. Pour le profane, donner un sens à l'atteinte passe par la nécessité d'expliquer et de légitimer sa douleur. Il attend des spécialistes qu'ils lui fournissent explication et légitimation puisqu'ils sont les détenteurs du droit de diagnostiquer et de traiter.

Le modèle biomédical constitue ce qu'on pourrait appeler l'arrière-fond culturel dominant dans lequel s'insèrent savoirs et représentations dans nos sociétés. Dans ce modèle, la compréhension anatomique du corps est basée sur deux postulats (qu'on peut qualifier de culturels)

qui renseignent la compréhension tant médicale que profane et qui constituent donc un univers commun d'explication : d'une part, l'intérieur du corps correspond aux images visuelles qu'on en a, et il s'agit là d'une vision objective, qui montre le corps tel qu'il est réellement ; d'autre part, il existe des normes objectives, qui permettent de dire ce qui est "normal" et ce qui est "déviant" (Rhodes et al, 1999 ; Bates et al, 1997). Dans ce modèle du corps anatomique, ce qui n'est pas dans le corps est dans l'esprit et la visualisation des symptômes, par le biais des techniques d'imagerie entre autres, acquiert dès lors une importance toute particulière : voir dans le corps devrait en effet permettre de confirmer, normaliser, et ainsi légitimer les symptômes perçus. Le modèle biomédical classique fixe de la sorte les prémisses d'une vision du corps comme d'une machine réparable, dont les parties endommagées pourraient être remplacées ou tout au moins remises en état (Helman, 1995).

Cette référence à un corps-machine renforce la médicalisation de la douleur et elle fait dépendre la compréhension et le soulagement de cette douleur des professionnels de la santé essentiellement (Jackson, 1992 ; Kirmayer, 1988). Cette référence peut générer des attentes irréalistes tant chez les patients que chez les thérapeutes et les entraîner ainsi dans l'engrenage des investigations complémentaires, parfois invasives, qui, la plupart du temps ne permettent pas d'aboutir au but recherché, à savoir objectiver l'origine de la douleur. Cette quête, souvent désespérée, de l'explication rationnelle, alimentée de surcroît par l'attrait magique des moyens technologiques d'investigation, débouche fréquemment sur la rupture de la relation thérapeutique, engendrée précisément par l'impossibilité d'atteindre ce but, et parfois sur un comportement de "shopping thérapeutique" (Kleinman & Kleinman, 1991 ; McPhilipps-Tangum et al, 1998).

Il s'agit pour le patient de mettre ensemble l'intérieur du corps à la fois en tant que "spécimen" et en tant qu'objet d'une expérience privée et incommunicable. Quant à l'expression émotionnelle du vécu de la douleur et de la souffrance, elle peut être perçue comme inadéquate parce que n'entrant pas dans la logique du modèle ou comme augmentant le risque d'une stigmatisation liée à l'expression de comportements douloureux (Rhodes et al, 1999) ; elle peut au contraire être proposée et perçue comme une manifestation appropriée, qui indique la nécessité d'une prise en charge rapide (Bates et al, 1997). Les différences culturelles sont importantes de ce point de vue, tant chez les patients que

chez les thérapeutes, qui partagent ou non un univers commun d'explication à propos du corps, de la santé et de la maladie - l'arrière-fond culturel dont nous parlions plus haut, dans lequel s'insèrent savoirs et représentations.

## ■ ASPECTS DE LA PROBLÉMATIQUE SOCIOCULTURELLE DE LA DOULEUR

La douleur et la souffrance sont à la fois des expériences tout à fait universelles et strictement personnelles. Universelles dans le sens où elles sont communes à tous les individus quelle que soit leur appartenance sociale et culturelle, et individuelles du fait de leur caractère subjectif et difficilement transmissible. Elles se situent au carrefour de l'individu et du groupe : tout en mettant en jeu des mécanismes physiologiques et psychologiques, elles s'inscrivent également dans le contexte de la société et de la culture à laquelle appartient l'individu. Et ceci qu'il s'agisse de la douleur ou de la souffrance, qui peut dépasser le corporel et son dysfonctionnement pénible et dans laquelle une information douloureuse implique une perception personnelle. Si la composante émotionnelle de la douleur est acceptée et reconnue, cette composante est fréquemment discutée en termes individuels, laissant dans l'ombre les facteurs qui signent l'appartenance des individus à des groupes (de genre, sociaux, culturels par exemple) et qui font que la douleur est autant une construction sociale que le résultat de processus biologiques et psychologiques.

La santé et la maladie s'insèrent en effet dans un ensemble de règles socialement et culturellement déterminées qui influencent aussi bien l'expression de la douleur que la réponse à cette douleur. Le comportement-maladie a été défini comme « une expérience normative gouvernée par des règles culturelles : nous apprenons des manières “approuvées” d’être malade » (Kleinman et al, 1978), c'est-à-dire en particulier quels sont les symptômes qui sont socialement acceptables. Ces symptômes correspondent à une perception ou un état corporels considérés comme anormaux par le patient, sa famille et son environnement social (Kleinman et al, 1978 ; Perrin, 1996). La douleur s'inscrit donc dans les normes du licite et de la transgression, entre ce qu'on peut montrer et ce qu'il faut taire ou cacher (Rey, 1993). C'est ainsi qu'il a été suggéré que des différences culturelles tant dans

l'acceptation sociale des symptômes que dans la manière de faire face à la douleur permettent de rendre compte des différences qu'on observe dans la manière de gérer une douleur chronique, et en particulier dans l'estimation que fait l'individu de son degré de handicap (Sanders et al, 1992).

Les travaux de Zborowski (1952 ; 1969) qui s'inscrivent dans une perspective anthropologique et comparative ont notablement marqué le champ de l'étude spécifique des aspects sociaux et culturels de l'expérience douloureuse. Si Zborowski (1952) souligne la composante physiologique de la douleur, il relève également qu'il en va du phénomène douloureux comme d'autres processus biologiques vitaux qui acquièrent, eux aussi, des significations sociales et culturelles. Ainsi, par exemple, « des changements métaboliques et endocriniens dans l'organisme humain peuvent provoquer une sensation de faim ou un désir sexuel ; cependant, la culture et la société dictent à l'individu le type de nourriture qu'il peut manger, le type de partenaire avec lequel il peut s'accoupler, en précisant par ailleurs quel en est le contexte adéquat ». La question de l'influence des variables culturelles se pose à deux niveaux, celui de la perception de la douleur et celui de la réponse à la douleur.

### ► Facteurs culturels et perception de la douleur

La perception de la douleur peut être évaluée par le biais du seuil douloureux, c'est-à-dire le point à partir duquel un individu commence à percevoir un stimulus comme douloureux, et par le biais du seuil de tolérance, c'est-à-dire le niveau du stimulus à partir duquel l'individu demande l'arrêt de la stimulation ou effectue un mouvement spontané de retrait. Quant aux réponses à la douleur, elles incluent les comportements, les attitudes, les émotions et l'attention portée aux sensations douloureuses.

Les données concernant les seuils de la douleur et de tolérance sont essentiellement de nature expérimentale. Leur pertinence a été mise en question lorsqu'il s'agit d'apprécier leur contribution à la compréhension de la douleur clinique, et ce d'autant plus lorsqu'il s'agit de douleurs chroniques (Le Breton, 1995). Il est néanmoins important de relever que les différences culturelles ne sont associées à aucune différence dans la capacité à discriminer des stimuli douloureux. En ce qui concerne les réponses à ces stimuli, elles sont quant à elles par contre

influencées par d'autres variables, telles que l'âge, le sexe, l'origine culturelle de l'expérimentateur ou encore les conditions de vie et de travail, qui peuvent donc jouer un rôle de facteurs confondus (Zatzick & Dimsdale, 1990). Ainsi, même dans le domaine expérimental, la perception et l'évaluation de la douleur peuvent être assujettis au vécu de l'individu et pas uniquement à l'intensité du stimulus.

Une étude de Bates et coll. (1993) souligne l'importance de ce vécu dans la perception et l'évaluation de la douleur. Mesurée par le biais du questionnaire de McGill, l'évaluation de l'intensité de la douleur donnait lieu à des résultats différents dans six groupes culturels souffrant de douleurs chroniques et consultant dans un centre de la douleur de la côte est des États-Unis. Ces groupes ne se distinguaient pas en termes de caractéristiques médicales (durée de la douleur et diagnostic, variété des traitements entrepris ou encore nombre et type de médicaments) et la variation de l'intensité des douleurs ne s'avérait pas liée à ces caractéristiques. En revanche, l'appartenance à l'un ou l'autre des groupes ethniques permettait de prédire la variation de l'intensité des douleurs, ce que les auteurs expliquent en référence à un modelage culturel de la perception et de la réponse à la douleur, par le biais de l'apprentissage social et de la comparaison sociale. Ils notent que « selon que l'on est élevé dans un environnement culturel qui accepte et encourage, ou au contraire interdit et décourage, l'expression émotionnelle de la douleur, ou qui définit le fait de fixer son attention sur la douleur comme une réponse appropriée ou non, ces modèles culturellement acquis peuvent non seulement donner lieu à différents styles d'expression de la plainte, mais aussi influencer la perception même de la douleur ». Les auteurs soulignent cependant qu'en dépit du caractère prédictif de l'appartenance culturelle, la présence d'importantes variations à l'intérieur même de chacun des groupes - tant en termes de perception que de réponse à la douleur - doit mettre en garde contre toute stéréotypisation, c'est-à-dire contre toute association entre un groupe culturel donné et une série spécifique de réponses (Bates et al, 1993 ; Bates & Rankin-Hill, 1994).

### ► Facteurs culturels et réponse à la douleur

L'importance des croyances fait l'objet d'une attention toute particulière dans la problématique de la douleur et de sa chronicisation.



Comme l'indiquent Waddell et coll. (1993), « ce sont en dernier ressort bien plus les croyances des patients que la réalité somatique sous-jacente qui fondent le comportement. La peur de la douleur peut ainsi être plus handicapante que la douleur elle-même ». Deux études examinant le rôle des facteurs socioculturels dans les maux de dos (Skovron et al, 1994) et dans l'utilisation des systèmes de soins (Szpalski et al, 1995) ont été effectuées en Belgique, pays qui présente à la fois des différences culturelles et sociales et dispose d'un système de santé unifié. Les résultats suggèrent que les facteurs socioculturels influencent l'expression des lombalgies mais pas le risque de chronicité. Les croyances de santé se sont avérées être les déterminants les plus constants aussi bien des comportements de soins actuels (au moment de l'enquête) que du parcours thérapeutique. En effet, le fait de penser que les lombalgies allaient constituer un problème tout au long de la vie était associé à une probabilité augmentée de consultations, d'alitement et de consommation médicamenteuse. La langue (français ou flamand) était associée à la prévalence des lombalgies - plus importante chez les francophones - mais pas au fait de faire état de maux de dos quotidiens ni à aucun comportement de santé spécifique au moment de l'enquête. Le niveau socio-économique était, quant à lui, inversement associé avec le fait de faire état de maux de dos quotidiens, mais sans lien avec la prévalence des lombalgies.

Ces études indiquent l'importance des facteurs confondus et soulignent le risque qu'il y aurait à n'attribuer les réponses à la douleur qu'aux origines culturelles en négligeant la valeur explicative d'autres variables telles que le sexe et l'âge ou encore le statut social. Ces variables peuvent, en effet, contribuer également à moduler ou à modifier la perception et l'expression de la douleur. Dans une étude qui visait à évaluer l'évolution symptomatique et socioprofessionnelle de patients souffrant de lombalgies, deux ans après un traitement conservateur en milieu hospitalier, un arrêt définitif de l'activité professionnelle était en apparence plus fréquent chez les patients immigrés du sud de l'Europe que chez les natifs du pays (Suisse). Cette différence s'expliquait cependant par une proportion d'ouvriers manuels supérieure chez les premiers. Le contrôle de l'effet respectif de ces deux variables (culturelle et socioprofessionnelle) a ainsi montré que la proportion de patients évoluant vers une cessation définitive d'activité différait en fonction du type de profession plutôt

qu'en fonction de l'origine des patients, cette dernière apparaissant dès lors comme un facteur confondu (Zufferey et al, 1998).

Les variables sociales et culturelles exercent une influence significative sur les représentations que les individus ont de leurs douleurs en termes de causes, de moyens de s'en débarrasser, de recettes personnelles pour y faire face et de moyens de les prévenir, comme le montre une étude portant sur l'impact d'un enseignement de prévention des maux de dos, dispensé par des professionnels de la santé (Cedraschi et al, 1997). L'étude portait sur deux groupes socioculturellement contrastés : le premier était représentatif de la culture d'accueil et la grande majorité de ses membres exerçait une profession qualifiée ; le second était constitué d'immigrés de fraîche date, en très grande majorité Portugais, tous travailleurs manuels non-qualifiés. L'impact de l'enseignement différait notablement dans les deux groupes : les participants les plus proches des enseignants en termes socioculturels avaient des représentations pré-existantes proches du contenu du discours préventif et ces représentations sortaient renforcées de l'enseignement. Cet enseignement avait par contre un faible impact, voire un effet perturbateur traduit par une augmentation de l'impossibilité à répondre, sur les représentations des membres du groupe socioculturellement le plus éloigné des enseignants. Ici encore, facteurs culturels et sociaux étaient intriqués, soulignant encore une fois la difficulté qu'il y a à préciser la valeur explicative de chacun des facteurs.

## ► Facteurs sociaux et professionnels

Le rôle de la classe sociale des patients, telle qu'elle peut être évaluée par le biais d'indicateurs tels que le statut socio-économique et/ou le niveau d'études, soulève des questions importantes : en tant que stéréotype qui peut affecter la relation thérapeutique (Skelton et al, 1995) mais aussi en tant que prédicteur de l'installation d'un handicap, et, plus généralement, de l'impact de la douleur sur la capacité de l'individu à poursuivre ses activités quotidiennes habituelles.

Bartley et Owen (1996) ont analysé les données recueillies lors d'une enquête effectuée en Grande-Bretagne entre 1973 et 1993 en comparant la proportion d'hommes souffrant ou non d'un problème de santé limitant et de longue durée, employés ou au chômage, et appartenant

à différents groupes socio-économiques, ainsi que les variations du taux de chômage au fil des années. Les résultats de cette étude montrent que la plupart des hommes souffrant d'un problème de santé limitant et de longue durée continuent à exercer une activité professionnelle. Cependant, les travailleurs manuels, et en particulier ceux qui ne sont pas qualifiés, sont moins susceptibles de rester en emploi que les autres lorsqu'ils souffrent d'un problème de santé entraînant des limitations. Comme le notent Bartley et Owen, même si un arrêt-maladie de longue durée peut être moins stigmatisant qu'un chômage de longue durée, la santé de ces travailleurs peut devenir un obstacle à l'emploi en fonction de l'état du marché du travail, et notamment du taux de chômage.

Diverses études font état d'une relation inverse - pas totalement expliquée - entre statut socio-économique ou niveau de scolarisation d'une part et divers problèmes de santé d'autre part ; dans ce contexte, il a été proposé de considérer le niveau de scolarisation comme une variable composite qui serait indicatrice de facteurs de risque comportementaux (Pincus, 1988 ; North et al, 1993). Ce niveau de scolarisation a, par exemple, été associé au niveau de handicap dû à des maux de dos ainsi qu'à la persistance de ce handicap (Dionne et al, 1995 ; Deyo & Diehl, 1988). Quant aux motifs de cette association, ils résideraient dans un écheveau complexe de facteurs qui comprennent des caractéristiques liées au travail lui-même (le type de travail et les contraintes physiques qu'il impose par exemple, mais aussi le manque d'autonomie, la difficulté à obtenir des aménagements lors d'un épisode douloureux, ou encore l'association d'une pression importante et d'une faible latitude de décision), mais également des facteurs environnementaux (l'état du marché du travail, par exemple) et comportementaux (dont le style de vie), ainsi que d'autres encore liés à l'attention portée à la douleur et aux attentes des individus par rapport à la persistance de cette douleur.

Par ailleurs, le statut socio-économique et/ou le niveau d'études paraît exercer également une influence sur l'adhésion à des stratégies préventives. Ainsi, les personnes qui se portent volontaires pour participer à des programmes de prévention, et tout particulièrement lorsqu'il s'agit de prévention primaire, font rarement partie des groupes sociaux de faible statut (voir par exemple Gillioz, 1980 ; Weber et al, 1996). L'explication de ce phénomène est sans doute complexe, mais il est

permis de penser que la plus ou moins grande proximité (en termes de formation et de statut, mais aussi de représentations et de comportements) entre ceux qui tentent de disséminer des notions de prévention et ceux qui sont censés les acquérir, permet de rendre compte d'une partie au moins de ces observations.

## ■ CONCLUSION

Les relations entre douleur et culture soulèvent des problèmes complexes quant à l'interaction des facteurs biologiques, psychologiques, culturels et sociaux dans la perception et l'expression de la douleur. Elles posent également la question de la manière dont l'expérience douloureuse peut être traduite et communiquée dans le cadre d'une relation thérapeutique. La congruence ou la non-congruence entre les attentes et les comportements des patients et des thérapeutes ne peut manquer d'exercer une influence aussi bien sur la manière dont les thérapeutes perçoivent les plaintes des patients que sur celle dont les patients perçoivent la réponse des thérapeutes à leurs plaintes. Lorsque patient et thérapeute sont en désaccord sur ce qui constitue une expression et une réponse appropriées à la douleur, l'observance thérapeutique, le type de traitement et la qualité de la prise en charge risquent d'en être affectés. Dans la relation thérapeutique, les modèles de référence explicites et implicites du patient et du thérapeute déterminent en effet un cadre explicatif dans lequel sont insérés les comportements, tant du patient que du thérapeute. Les différences culturelles et/ou sociales peuvent être à l'origine de malentendus, même si des origines communes ne constituent pas une garantie de compréhension mutuelle.

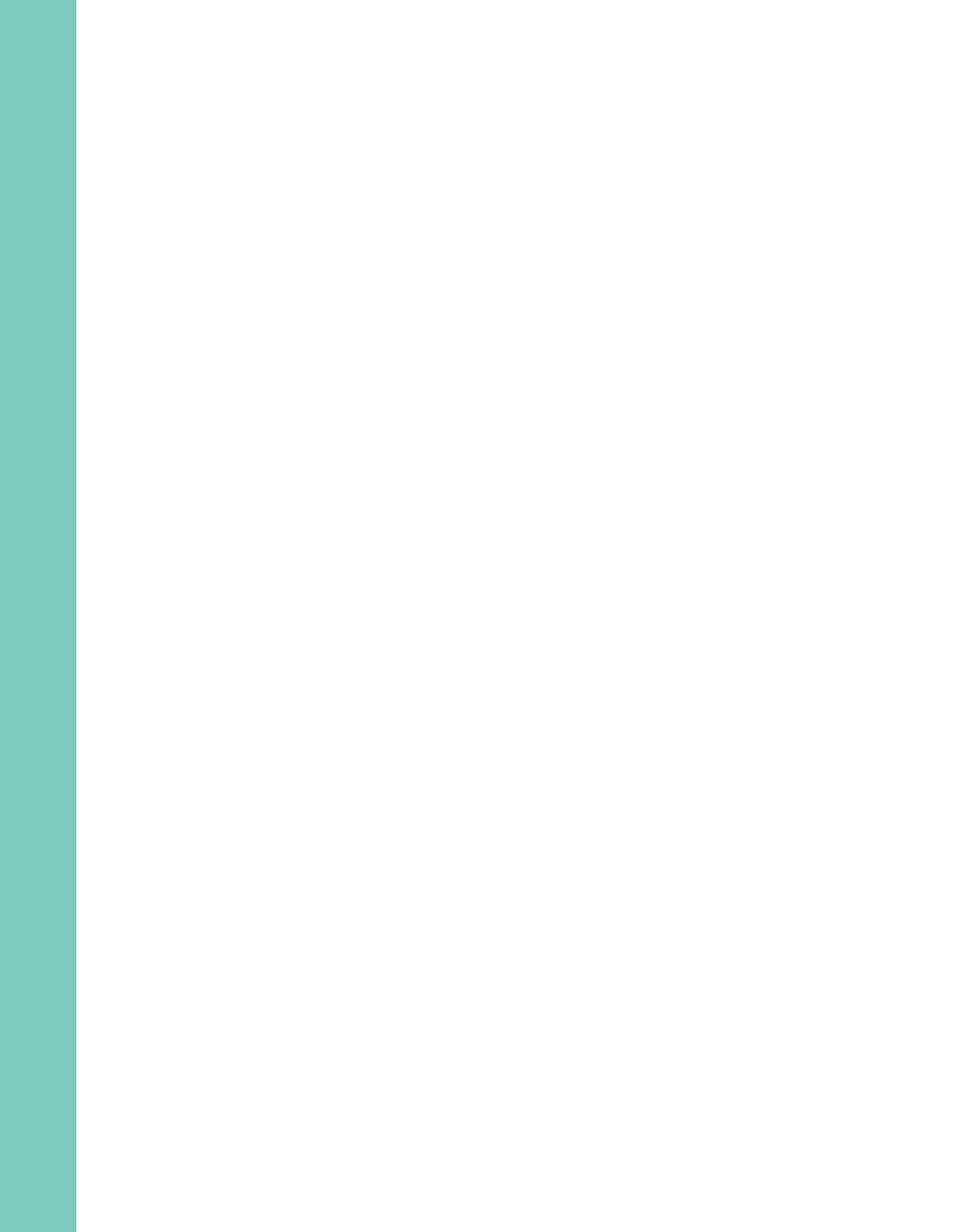
Les travaux dans le domaine des relations entre culture et douleur montrent bien que le contexte culturel mais aussi social joue un rôle dans la manière d'exprimer la douleur et d'y réagir. Ils soulignent avec tout autant de vigueur l'existence de différences à l'intérieur des différents groupes culturels, différences qui constituent la règle et non l'exception et qui doivent donc mettre en garde contre la fabrication de stéréotypes culturels ou sociaux. Ils insistent également sur l'importance des facteurs confondus et sur le risque qu'il y aurait à n'attribuer les réponses à la douleur qu'aux origines culturelles en

négligeant la valeur explicative d'autres variables telles que le sexe et l'âge ou encore le statut social. Finalement, ils indiquent que la nécessité qu'il y a à prendre en compte les modèles de référence des patients mais aussi ceux des thérapeutes.

### **Bibliographie**

- Bartley M, Owen C. Relation between socioeconomic status, employment, and health during economic change, 1973-93. *BMJ* 1996 ; 313:445-9.
- Bates MS, Edwards WT, Anderson KO. Ethnocultural influences on variation in chronic pain perception. *Pain* 1993 ; 52:101-12.
- Bates MS, Rankin-Hill L. Control, culture and chronic pain. *Soc Sci Med* 1994 ; 39:629-45.
- Bates MS, Rankin-Hill L, Sanchez-Ayendez M. The effects of the cultural context of health care on treatment of and response to chronic pain and illness. *Soc Sci Med* 1997 ; 45: 1433-47.
- Cedraschi C, Perrin E, Fischer W. Evaluating a primary prevention program in a multicultural population: the importance of representations of back pain. *Arthritis Care Res* 1997 ; 10:111-20.
- Deyo RA, Diehl AK. Psychosocial predictors of disability in patients with low back pain. *J Rheumatol* 1988 ; 15:1557-64.
- Dionne C, Koepsell TD, Von Korff M, Deyo RA, Barlow WE, Checkoway H. Formal education and back-related disability. In search of an explanation. *Spine* 1995 ; 20:2721-30.
- Gillioz L. Campagne pour la prévention des maladies cardiovasculaires: les déterminants sociaux de la participation à l'examen de santé initial (Programme National Suisse de Recherche no 1A). *Médecine Sociale et Préventive* 1980 ; 25:250-7.
- Helman CG. The body image in health and disease: exploring patients' maps of body and self. In: Assal JB, Golay A, Visser AP (Eds.) *New trends in patient education: a trans-cultural and inter-disease approach*. Amsterdam: Elsevier, 1995: 169-175.
- Jackson JE. "After a while no one believes you": real and unreal pain. In: Delvecchio-Good MJ, Brodwin PE, Good BJ, Kleinman A (Eds.) *Pain as human experience*. Berkeley: University of California Press, 1992: 138-68.
- Jodelet D. Représentation sociale: phénomènes, concept et théorie. In: Moscovici S (Ed.) *Psychologie sociale*. Paris: Presses Universitaires de France, 1984: 357-78.
- Kirmayer IJ. Mind and body as metaphors: hidden values in biomedicine. In: Lock M, Gordon DR (Eds.) *Biomedicine examined*. Dordrecht: Kluwer Academic Publishers, 1988: 57-96.
- Kleinman A, Eisenberg L, Good B. Culture, illness, and care. Clinical lessons from anthropologic and cross-cultural research. *Ann Int Med* 1978 ; 88:251-8.

- Kleinman A, Kleinman J. Suffering and its professional transformation: towards an ethnography of interpersonal experience. *Cult Med Psychiatry* 1991 ; 15:275-301.
- Le Breton D. *Anthropologie de la douleur*. Paris: Métailié, 1995.
- McPhillips-Tangum CA, Cherkin DC, Rhodes LA, Markham C: Reasons for repeated medical visits among patients with chronic back pain. *J Gen Intern Med* 1998 ; 13:289-95.
- North F, Syme SL, Feeney A, Head J, Shipley MJ, Marmot MG. Explaining socioeconomic differences in sickness absence: the Whitehall II study. *BMJ* 1993 ; 306:361-6.
- Perrin E. Douleur et culture. Le point de vue d'une sociologue. *Doul Analg* 1996 ; 4:91-7.
- Pincus T. Formal educational level - A marker for the importance of behavioral variables in the pathogenesis, morbidity, and mortality of most diseases ? *J Rheumatol* 1988 ; 15:1457-60.
- Rey R. *Histoire de la douleur*. Paris, Éditions La Découverte, 1993.
- Rhodes LA, McPhillips-Tangum CA, Markham C, Klenk R. The power of the visible: the meaning of diagnostic tests in chronic back pain. *Soc Sci Med* 1999 ; 48: 1189-1203.
- Sanders SH, Brena SF, Spier CJ, Beltrutti D, McConnell H, Quintero O. Chronic low back pain patients around the world: cross-cultural similarities and differences. *Clin J Pain* 1992 ; 8:317-23.
- Skelton AM, Murphy EA, Murphy RJL, O'Dowd TC. General practitioner perceptions of low back pain patients. *Fam Pract* 1995 ; 12:44-8.
- Skovron ML, Szpalski M, Nordin M, Melot C, Cukier D. Sociocultural factors and back pain. A population-based study in Belgian adults. *Spine* 1994 ; 19:129-37.
- Szpalski M, Nordin M, Skovron ML, Melot C, Cukier D. Health care utilization for low back pain in Belgium. Influence of sociocultural factors and health beliefs. *Spine* 1995 ; 20:431-42.
- Waddell G, Newton M, Henderson I, Somerville D, Main CJ. A fear-avoidance beliefs questionnaire (FABQ) and the role of fear-avoidance beliefs in chronic low back pain and disability. *Pain* 1993 ; 52:157-68.
- Weber M, Cedraschi C, Roux E, Kissling R, von Känel S, Dalvit G. A prospective controlled study of low back school in a general population. *Br J Rheumatol* 1996 ; 35:178-83.
- Zatzick DF, Dimsdale JE. Cultural variations in response to painful stimuli. *Psychosom Med* 1990 ; 52:544-57.
- Zborowski M. Cultural components in responses to pain. *J Soc Issues* 1952 ; 8: 16-30.
- Zborowski M. *People in Pain*. Jossey-Bass: San Francisco, 1969.
- Zufferey P, Cedraschi C, Vischer TL. Prise en charge hospitalière chez des patients lombalgiques: facteurs prédictifs de l'évolution à deux ans. *Rev Rhum* 1998 ; 65(5):346-54.



## 5. LA THÉRAPEUTIQUE

### Accueil du patient et de sa plainte

*Éliane Ferragut*

#### ■ LA PLAINTÉ ET L'ÉCOUTE

Le premier contact avec le patient est souvent décisif, d'où l'intérêt d'une écoute attentive de la plainte et de la qualité de l'accueil. En effet, la plainte est au centre de la relation thérapeutique, elle exprime la souffrance du patient et sa demande, mais aussi par sa tonalité d'expression, elle nous donne des indications sur sa personnalité et des orientations pour le diagnostic.

Lors d'une consultation, plusieurs niveaux relationnels se superposent et il est important d'en tenir compte. Quels sont-ils ?

- Un niveau objectif conscient où se négocie la réalité du diagnostic et des soins.
- Un niveau où va s'exprimer la dimension subjective et émotionnelle. Cela fait intervenir du matériel psychologique issu du préconscient.
- Un niveau où la dimension inconsciente est à l'œuvre dans la mesure où le patient, comme le soignant, émettent des messages en lien avec leur problématique psychologique. Cette problématique inconsciente interfère avec les soins, à leur insu.

Dans le cadre d'une consultation de la douleur, la plainte exprime, évidemment, la douleur du corps et les réactions émotionnelles et psychologiques qu'elle entraîne. Mais elle est souvent un moyen pour faire apparaître, sans la nommer, une souffrance d'une autre nature, cachée derrière la plainte somatique. Il faut alors décoder le sens profond attribué à cette douleur et trouver la vraie demande du patient.



Afin de ne pas ignorer l'essentiel du message des patients, il faut s'exercer à entendre les dires du patient à tous les niveaux. Cela met en jeu la qualité de l'écoute et aussi la possibilité d'entendre ce qu'il veut exprimer, mais s'ouvrir à la souffrance de l'autre n'est pas chose simple car cela peut réveiller en nous de vieilles blessures. Un apprentissage de l'écoute et des techniques relationnelles est assurément un atout important pour ce type de consultation et des stages devraient être proposés dans le cadre de la formation des algologues. Ces techniques sont à différencier de la relation médicale enseignée dans nos facultés.

## ► À l'écoute du symptôme

L'entretien doit favoriser l'expression du patient, de son vécu, de ses émotions tout en restant contenant et sécurisant. Lors des consultations, cette communication ouverte sur la vie du sujet, et non pas uniquement sur le symptôme, permet parfois au patient de cheminer, d'évoluer et de prendre conscience de la dimension psychologique qui sous-tend sa démarche et son symptôme.

Mais ce n'est pas toujours le cas et il est possible que le patient n'entende pas la teneur de son discours ; il faudra alors l'amener progressivement à percevoir la dimension de sa souffrance, exprimée au travers du symptôme somatique et de la plainte. Là précisément est toute la difficulté car lui demander d'aborder la dimension psychologique s'il n'en perçoit pas le bien fondé, risque de bloquer la communication. Il faut donc lui proposer une démarche à laquelle il puisse adhérer et lui répondre, là où il s'exprime, c'est à dire au niveau du corps. Notre souci constant est de sortir du clivage psyché-soma et de mettre en place un cadre thérapeutique où le corps puisse devenir lieu d'expression et non pas seulement support de la plainte.

Pour cela, nous débutons par des démarches au plus près de la demande du patient et progressivement nous l'aidons à faire évoluer le regard qu'il porte sur sa maladie. Partant du corps, nous mettons en place un cadre favorisant l'émergence de la parole.

Le projet thérapeutique se centre tout d'abord sur un mieux-être corporel, l'établissement d'une relation de confiance ainsi qu'une prise de conscience de la place et du rôle du symptôme dans sa vie. Lors de cette première étape, la relaxation est utilisée comme thérapie de soutien avec ses effets physiologiques et neuro-psychologiques ainsi

que d'autres techniques corporelles telles que le massage relationnel, l'hydrothérapie, etc.

Dans un deuxième temps, le cadre thérapeutique est modifié avec la possibilité pour le patient de laisser émerger des sensations, des émotions ainsi qu'une parole à partir du ressenti. Un travail d'introspection se met en place, mais cet abord par le corps, moins menaçant pour le patient qu'une approche directement verbale, va lui permettre peu à peu d'exprimer son malaise et sa souffrance, de reconsidérer sa pathologie et d'accéder à sa problématique psychologique.

### ► Respecter le symptôme

Dans ce type d'approche, le symptôme n'est pas considéré uniquement sous un angle négatif mais également comme porteur de sens et voie d'expression du sujet. Il est donc impérativement à respecter et surtout pas simplement à éradiquer. Mais que cela veut-il dire ?

Bien évidemment, l'objectif n'est pas de refuser un soulagement, car même en cas d'étiologie psychique, c'est bien le corps qui souffre. Il faut simplement adapter notre réponse thérapeutique aux conclusions de l'anamnèse et de la problématique du sujet et pas forcément se contenter de lui donner ce qu'il nous demande que ce soit des médicaments ou un acte opératoire. Nous voyons de nombreux patients avec des ordonnances d'antalgiques impressionnantes et sans aucun bénéfice. Alors pourquoi continuer de les prescrire ?

Lors de pathologie à dimension psychologique dominante, si nous arrivons à cerner ce qui tourmente le patient, nous pouvons constater très vite qu'un temps de parole ciblé, un lâcher prise lors d'un bain bouillonnant, une modification de la perception corporelle lors d'une séance de relaxation peuvent être beaucoup plus efficaces qu'une prescription médicamenteuse et la recherche systématique de la disparition du symptôme.

Il est vrai que certains patients douloureux chroniques, en début de prise en charge, comprennent assez mal un refus de prescription d'antalgiques sous prétexte que, dans leur cas, ce n'est pas utile. On peut donc admettre sur une période très courte, pour ces patients, l'utilisation d'antalgiques à visée placebo (excepté les morphiniques), mais il est bien évident que cela ne doit pas durer sous peine de

devenir franchement négatif pour le patient ! Tout d'abord ces médicaments ont des effets secondaires non négligeables mais aussi cela renforce le patient dans sa croyance d'étiologie organique et donc l'éloigne d'une approche psychologique qui pourrait lui être profitable. Et pour finir, cela peut le conforter dans une attitude de toxicodépendance médicamenteuse.

Les orientations thérapeutiques doivent rester cohérentes avec le diagnostic étiologique, il est donc impératif de ne pas escamoter dans la communication avec le patient cette délicate question de la part psychologique qui sous-tend la plainte. Mais il est tout aussi impératif de ne pas lui jeter à la figure une "interprétation sauvage", ce qui équivaldrait à une rupture de la relation.

Il est nécessaire d'élaborer des stratégies qui permettront progressivement au patient d'assouplir ses défenses afin de pouvoir reconnaître et nommer sa souffrance. Si cette approche est faite avec la délicatesse qui s'impose et si l'on arrive à proposer au malade douloureux un mode d'expression qu'il puisse s'approprier, la situation peut évoluer favorablement et parfois beaucoup plus vite qu'il était prévisible au départ. En fait, si nous arrivons à soulager le patient par des approches corporelles non invasives et à communiquer avec lui sur ce qui le fait réellement souffrir, il ne s'y trompe pas et accepte de cheminer dans une démarche qui l'aide, même si elle ne correspond pas à ce qu'il avait imaginé. Beaucoup sont surpris par une amélioration qu'ils n'attendaient pas et commencent alors à se poser des questions.

La dimension psychologique doit être abordée sous peine de renforcer la chronicité et ce, qu'elles que soient les réticences du patient, le tout est d'y mettre les formes. Les stratégies à mettre en place pour vaincre ses réticences doivent faire l'objet d'une réflexion argumentée en fonction de l'étiologie, des défenses du patient et donc de sa problématique psychologique. Ces approches ne relèvent pas de l'amateurisme, elles doivent être prudentes et non invasives sous peine de faire plus de mal que de bien. Elles nécessitent, au préalable, qu'un diagnostic précis de psychopathologie soit clairement établi.

## ■ L'ÉVALUATION DE LA PROBLÉMATIQUE

Voici donc le cadre de la prise en charge. Reste maintenant à aborder les principaux cas cliniques spécifiques les plus couramment rencontrés chez les malades douloureux chroniques.

Tout d'abord notons certaines caractéristiques fréquentes :

- une complexité clinique qui demande une anamnèse très approfondie et donc longue, ainsi que des compétences très diversifiées : médecine interne, neurologie, pédiatrie, rhumatologie... et aussi psychiatrie ;
- dans les consultations spécialisées, une psychopathologie sous-jacente souvent importante car depuis la diffusion de l'enseignement de la prise en charge des douleurs, les cas moins complexes sont souvent traités en amont. En conséquence, depuis quelques années, les patients présentant une psychopathologie importante, voire nettement psychiatrique, sont proportionnellement plus nombreux dans les consultations de la douleur ;
- un patient installé dans la chronicité souvent depuis des années ;
- un nomadisme médical qui complique la prise en charge ;
- parfois une personnalité dépendante avec des risques de toxicodépendance, soit aux psychotropes, soit aux antalgiques en particulier morphiniques.

### ► Proposer un projet thérapeutique cohérent

Afin de proposer un projet thérapeutique cohérent, il est nécessaire :

- d'évaluer la demande du patient, de comprendre ce qu'il vient chercher auprès de nous et cela peut-être très varié ;
- d'évaluer la part d'organicité sans la confondre avec une simple épine irritative support de la plainte mais sans véritable problème somatique ;
- d'évaluer très précisément la personnalité du patient et une éventuelle psychopathologie sous-jacente ;
- de rechercher tous les traumatismes déclencheurs ou aggravants, qu'ils soient des événements ponctuels dramatiques ou des situations plus banales, mais répétitives ;

- de rechercher tous les facteurs intercurrents pouvant influencer l'évolution du symptôme : problèmes relationnels, difficultés sociales, isolement ou toutes autres interactions avec l'environnement humain et matériel ;
- de rechercher d'éventuels "bénéfices secondaires".

Il va sans dire que la prise en charge doit tenir compte de tous ces facteurs conjointement et dans certain cas elle peut s'avérer particulièrement ardue, d'où la nécessité impérative d'une équipe pluridisciplinaire. Une personne ne peut, à elle seule, appréhender toutes ces dimensions très spécifiques et trop d'algologues travaillent en solo avec des risques d'erreur non négligeable, tout particulièrement dans le domaine psychologique.

### ► Quelques situations classiques

Très succinctement, présentons une synthèse des principales problématiques chez les malades douloureux chroniques afin de développer la spécificité des prises en charge au niveau psychologique.

- Tout d'abord, le malade douloureux chronique où la problématique organique domine et définit l'axe principal du travail thérapeutique. La part psychique à prendre en compte comprend toutes les réactions psychologiques engendrées par la douleur organique. Sans grandes difficultés à première vue, cela est, en fait, moins simple qu'il n'y paraît. Nous l'aborderons ultérieurement.
- Autre profil de malade douloureux, celui où l'étiologie de la douleur est essentiellement d'origine psychique, que celle-ci relève d'un événement traumatique ou d'une psychopathologie installée de longue date. Naturellement le projet thérapeutique, centré sur la dimension psychique, dépend de l'étiologie en cause et de nombreuses spécificités doivent être prises en compte.
- Enfin, le malade douloureux mixte où l'on retrouve plusieurs composantes dominantes à la douleur dont certaines sont d'étiologie organique et d'autres sont d'étiologie psychologique. Ceci est à différencier des douleurs organiques ayant des répercussions psychologiques : par exemple un accident de voiture dramatique où évoluent conjointement

les séquelles organiques de la blessure, le traumatisme psychique dû à l'accident et, dans certains cas, le deuil des proches morts dans le véhicule.

- Autre exemple typique, les douleurs des personnes âgées qui cumulent toute l'organicité due à l'âge mais également la confrontation aux impotences fonctionnelles et à la mort prochaine, les deuils à faire, parfois la solitude et les problèmes pécuniaires.

- Dans la mesure où l'on retrouve des facteurs organiques, des facteurs psychologiques ainsi que des facteurs environnementaux, pourquoi différencier plusieurs catégories de patients et ne pas garder une seule entité en précisant de prendre en charge tous les facteurs ? Tout simplement, parce que la logique de prise en charge diffère en fonction de la spécificité des problématiques et que l'attitude du thérapeute doit s'adapter à ce qui se joue au niveau relationnel avec le patient.

- Aborder de façon identique un malade cancéreux ou un patient ayant une psychopathologie importante ainsi qu'une toxicodépendance aboutit fatalement à des erreurs thérapeutiques. De même, ne pas essayer de supprimer le symptôme est admissible lors de certaines problématiques psychologiques, mais serait inadmissible lors de douleurs organiques.

D'où la nécessité d'un bilan psychologique systématique pour les malades douloureux chroniques et le repérage clair de la problématique principale quels que soient les autres facteurs qui s'y surajoutent. Cela permet de définir l'axe thérapeutique et la logique de la prise en charge.

## ■ PRISE EN CHARGE DE LA DIMENSION PSYCHOLOGIQUE

Quel que soit le cas clinique, il est fondamental de proposer des approches thérapeutiques globales avec un abord corporel aussi bien que psychologique et de trouver ainsi un équilibre entre la parole et le corps.

## ► Lorsque la problématique organique domine

L'axe thérapeutique est centré sur la résolution de la douleur somatique à laquelle s'ajoute la prise en charge des répercussions psychologiques dues à la douleur, le plus souvent à type de manifestations anxio-dépressives. Qu'il soit complété ou non par une chimiothérapie, un temps de parole est nécessaire pour permettre au sujet d'exprimer son vécu, son désarroi, pour qu'un autre, bienveillant, puisse entendre et l'aider à contenir ses émotions, pour qu'il ne soit plus seul.

Mais cela n'est pas suffisant, il faut également que l'équipe somaticienne mette en place un accompagnement psychologique de la maladie causale et de ses conséquences sur la vie du patient : handicap, risque pour son avenir, changement professionnel, modification dans sa vie familiale...

Là où le problème se complique, c'est que cette situation peut survenir chez des personnes présentant des fragilités psychologiques, voire de véritables psychopathologies, pouvant aggraver considérablement les réactions et entraîner des décompensations. Dans ces cas là, un simple accompagnement psychologique par un somaticien n'est plus suffisant, il faut mettre en place un travail de psychothérapie qui tienne compte de la psychopathologie sous-jacente et cela nécessite la compétence d'un psychothérapeute.

Ajoutons à cela qu'il faut prendre également en compte tous les facteurs environnementaux humains et matériels ainsi que d'éventuels bénéfices secondaires. La situation peut devenir parfois très complexe à gérer.

Ce travail de parole peut être complété par des massages relationnels (à différencier du travail de kinésithérapie), de l'hydrothérapie ou de la relaxation à la recherche d'une anxiolyse et d'un lâcher prise corporel apaisant.

## ► Lorsque la "psychogénèse" domine

L'investigation psychologique doit être complète et argumentée afin d'orienter au mieux le projet thérapeutique. Outre l'évaluation précise de la psychopathologie, il faut rechercher dans l'histoire du sujet des facteurs favorisants : maltraitance, événements traumatiques antérieurs... ainsi que des facteurs aggravants concomitants de la douleur. Enfin il est important de repérer la place et le rôle psychodynamique de

la douleur dans la vie du patient ainsi qu'une évaluation de ses défenses et difficultés psychologiques à appréhender sa problématique. En effet, si l'on ne tient pas compte de tous ces paramètres, le projet thérapeutique risque d'être voué à l'échec car le patient ne peut pas y adhérer. Il va sans dire que cette approche relève de la compétence de l'équipe psychologique et non de l'algologue, qui ne serait pas spécifiquement formé dans ce domaine.

Deux situations cliniques sont à différencier :

- La douleur survient après un traumatisme psychique (drame familial, deuil, situation de catastrophe...) ou après des stress importants et/ou répétitifs (harcèlement professionnel, maltraitance familiale...). Le symptôme survient après un événement ou une série d'événements entraînant une désorganisation dans l'équilibre psychologique de la personne. La psychopathologie sous-jacente est variable, elle peut être faible, voire inexistante, ou au contraire importante, aggravant l'évolution.

L'axe thérapeutique s'organise autour de la prise en charge post-traumatique ou le travail à propos du stress. Bien évidemment, les caractéristiques psychodynamiques de la personne doivent être prises en compte, qu'elles soient pathologiques ou pas.

- La douleur est une manifestation parmi d'autres symptômes d'une psychopathologie en évolution : douleur dans le cadre d'une hypochondrie, d'une névrose hystérique, d'une décompensation mélancolique ou schizophrénique... Il est évident que la précision du diagnostic est fondamentale car il est nécessaire en premier lieu de traiter la psychopathologie causale, l'approche de la douleur n'étant que complémentaire. À la pathologie de départ s'ajoutent tous les facteurs de renforcement et d'aggravation au niveau de la vie courante, dont l'analyse doit être intégrée dans la prise en charge.

Pour les cas très graves, il est parfois nécessaire de prévoir une hospitalisation en psychiatrie, le cadre d'un service de la douleur n'étant plus approprié (dimension délirante, état mélancolique et risque suicidaire). Beaucoup d'algologues sous-estiment le nombre de patients douloureux chroniques psychotiques ou état-limites nécessitant une prise en charge réellement psychiatrique et ne relevant plus des équipes d'algologie.



Dans ces deux cas, quelles sont les difficultés rencontrées ? Si le sujet s'exprime par un symptôme somatique tel que la douleur alors que la problématique à l'œuvre est psychologique, c'est qu'il évite la prise de conscience de la souffrance psychique et qu'il se protège. Il existe donc un clivage psyché-soma qui peut être d'intensité variée en fonction des personnalités. L'approche thérapeutique consiste à trouver, en collaboration avec le patient, des moyens lui permettant d'exprimer précisément ce qu'il souhaite ignorer ! Là est toute la difficulté : comment lever le clivage psyché-soma ?

Dans la mesure où beaucoup de ces patients admettent peu, voire pas du tout, cette dimension psychologique et revendiquent une pathologie organique cela a pour conséquence que les approches psychologiques ou psychiatriques classiques sont souvent inopérantes, du moins dans un premier temps. Il faut donc inventer des approches thérapeutiques adaptées et spécifiques, c'est dire qu'il est nécessaire de travailler avec des équipes psychologiques spécialisées en psychosomatique et psychopathologie de la douleur.

### ► Lorsque la pathologie est mixte

Lors de pathologies mixtes le patient présente à la fois une douleur où l'organicité domine à laquelle s'ajoute une autre douleur où la psychogenèse domine. Il est donc nécessaire de mener conjointement deux types d'approches thérapeutiques qui seront complémentaires. La difficulté est d'amener l'algologue et l'équipe "psy" à se coordonner et ce n'est pas toujours évident. Si la thérapie s'effectue en alternance et non pas en collaboration, le patient est dans une impasse dans la mesure où les deux composantes ne sont pas traitées en même temps. C'est ce que nous appelons "le syndrome de la balle de ping-pong" et qui est plus fréquent qu'on ne croit : essai thérapeutique du somaticien sans bilan psychologique qui se solde par un échec car la dimension psychologique n'est pas prise en compte. Malade adressé au psychiatre... nouvel échec car s'il traite bien la part psychologique, l'abord de la part somatique est devenu secondaire. Le psychiatre, alors, réadresse le patient au somaticien...

## ■ LES PROJETS THÉRAPEUTIQUES

### ► La nécessaire clarification du cadre

Le cadre est, à nos yeux, fondamental. En effet, si l'on veut lever le clivage psyché-soma chez le patient, il est nécessaire que les soignants sortent, eux-mêmes, du clivage médical classique, à savoir les médecins et infirmières d'un côté, les "psy" de l'autre. Il ne suffit pas d'afficher des équipes pluridisciplinaires pour que cela fonctionne.

D'autres clivages sont à lever dans la prise en charge des patients et les querelles d'école doivent être dépassées : psychanalyse ou comportementalisme, approches verbales ou abords corporels.

En effet, il faut aborder avec chaque patient :

- la place et le rôle psychodynamique de sa douleur à la lumière des défenses mises en jeu et de la structure de personnalité ;
- son l'histoire personnelle et familiale afin qu'il puisse y trouver des éléments de compréhension en lien avec ce qu'il vit ;
- une réflexion sur sa vie actuelle, sur le type de relation qu'il génère avec les autres, sur les interactions avec son milieu... ;
- une prise de conscience sur la déstabilisation occasionnée par certains événements ;
- la façon dont il se projette dans le futur et l'avenir qu'il se donne ;
- que représente pour lui la relation au corps, s'autorise-t-il à vivre des sensations agréables ?

Mais tous ces questionnements ne s'investissent pas forcément avec les mêmes techniques et l'on est amené à utiliser tantôt une approche, tantôt une autre. Il est vrai qu'il faut savoir se distancier des dogmes de certaines écoles mais une approche pragmatique fonctionne, comme notre expérience le montre. Le tout est que les différentes approches ne rentrent pas en concurrence mais, au contraire, se complètent. Les dogmes d'école sont sans intérêt, il est nécessaire avec ces patients d'aborder aussi bien le présent que le passé, la psychothérapie verbale que l'abord corporel.

Reste à savoir comment l'organiser. Les choix que nous avons faits à l'Unité de Psychosomatique et Psychopathologie de la Douleur du C.H.U. de Montpellier ont été récemment décrits (Ferragut, 2003).

## ► Les projets thérapeutiques lorsque la psychogenèse domine

Comme signalé précédemment, la plus grande difficulté que nous avons à régler est d'engager le patient dans un projet auquel il puisse adhérer alors même qu'il n'est pas toujours convaincu du bien fondé d'une approche psychologique. Il va sans dire que proposer d'emblée un travail de psychothérapie est souvent voué à l'échec et qu'il faut mettre en place un travail de transition qui permettra progressivement au sujet de désinvestir la démarche médicale ainsi que la demande de suppression de symptôme pour cheminer vers la reconnaissance et l'expression de sa souffrance.

La seule façon de procéder est de partir d'où en est le patient dans la compréhension de sa problématique et de trouver ensemble un moyen de communication dans lequel il se sent reconnu, écouté et respecté aussi bien au niveau conscient qu'au niveau de ses blessures profondes. Précisons que les méthodes utilisées pour valider cet objectif importent peu, mais ce qui est fondamental c'est la qualité relationnelle, la rigueur du cadre thérapeutique ainsi que la compréhension de la psychopathologie sous-jacente qu'a le thérapeute.

Le mieux est de progresser par étape en faisant évoluer le projet thérapeutique au fur et à mesure de l'évolution du patient. Il est important de partir du corps, là où se situe la demande et de travailler à propos de la douleur mais de façon non invasive et sans, pour autant, être dans une démarche de suppression de symptôme. Donc apporter un mieux être corporel, une détente physique, un lâcher prise et permettre un abord du corps agréable ainsi qu'une anxiolyse. Pour cela, les méthodes de relaxation, les massages relationnels, l'hydrothérapie sont très intéressants. Lorsque la relation de confiance est établie et que l'emprise de la douleur est moins prégnante, il est alors possible de favoriser l'expression de la souffrance et des problématiques à l'œuvre avec prudence et en respectant les défenses du patient ; en un mot créer un lieu d'expression sécurisant. L'étape suivante est de commencer à donner la possibilité au patient de faire des liens entre son vécu et son symptôme. Lorsque cette étape est franchie, on peut mettre en place une approche de psychothérapie plus classique mais cependant sans oublier le corps.

De nombreuses modalités sont possibles pour réaliser ce projet thérapeutique, à chacun ses outils de travail.

Lorsque les patients sont domiciliés loin du lieu thérapeutique, il est important, pour mener à bien ce type de projet, de travailler en réseau de soins (voir article p.143).

### ***Bibliographie***

- Allaz AF. Le messenger boîteux. Approches pratiques des douleurs chroniques. Ed Médecine et Hygiène, Genève, 2003.
- Dousse M. On connaît la musique. Plaidoyer pour la démarche clinique. Ed Le Courrier de l'algologie (2), n° 2, avril/mai/juin 2003
- Ferragut E et Collaborateurs.
  - La dimension de la souffrance chez le malade douloureux chronique. Masson, Paris, 1995.
  - Psychopathologie de la douleur. Masson, Paris, 2001.
  - Thérapies de la douleur. Paris, Masson, 2002.
  - Le corps dans la prise en charge psychosomatique. Masson, Paris, 2003.

## **De la pharmacologie à la prise en charge globale de la douleur : intégration dans une approche plurimodale**

*Valérie Piguet*

Les patients souffrant de douleurs chroniques présentent un problème complexe pour lequel il n'existe, à l'heure actuelle, aucune approche qui permette à elle seule d'éliminer toutes les douleurs. Une revue récente illustre bien cette constatation en relevant le soulagement, au mieux partiel, obtenu chez des patients souffrant de rachialgies chroniques, aussi bien par les opioïdes par voie orale ou intrathécale, que par les approches chirurgicales ou par la stimulation cordonale (Mc Cracken LM, Turk DC, 2002).

Lorsqu'un traitement étiologique permettant une disparition des douleurs n'est pas envisageable, un programme thérapeutique comprenant diverses approches doit être élaboré, en fonction de chaque patient. Ces programmes plurimodaux tendent à diminuer les douleurs, améliorer l'activité physique et l'état psychologique ainsi qu'à diminuer la consommation de soins (tableau 1). Ces programmes combinent plusieurs approches symptomatiques : physiques, médicamenteuses, cognitives. Les divers traitements proposés ainsi que l'établissement d'objectifs réalistes doivent être discutés avec le patient. Il est essentiel que celui-ci soit en mesure de jouer un rôle actif dans la prise en charge. En effet, les patients souffrant de douleurs qui persistent vont spontanément rechercher un soulagement en évitant toutes situations (physiques, psychiques, sociales, etc.) susceptibles d'aggraver les douleurs, au prix d'un repli progressif dans tous les domaines de la vie. Par ailleurs, les divers échecs thérapeutiques vont paradoxalement pousser certains patients à augmenter la "consommation" des traitements - orthodoxes et/ou alternatifs - et celle des différents thérapeutes. L'ensemble de ces adaptations inadéquates, parfois favorisées par les thérapeutes eux-mêmes, deviennent alors des facteurs de

### **Tableau 1. Buts des approches plurimodales lors de douleurs chroniques réfractaires**

- Amélioration de la compréhension du patient de la complexité de la douleur chronique
- Définition d'objectifs partagés par tous, patient et thérapeutes
- Diminution de la douleur
- Réadaptation fonctionnelle
- Amélioration de la thymie
- Réinsertion familiale, sociale et professionnelle
- Amélioration des capacités personnelles de gestion de la douleur
- Amélioration de l'observance thérapeutique
- Diminution ou modification de la consommation des soins
- Amélioration de l'autonomie du patient

maintien de la douleur chronique, conduisant à une aggravation du déconditionnement physique comme de la dégradation de la sphère psycho-sociale du patient.

Ce chapitre se consacrera principalement à trois aspects des thérapeutiques plurimodales présentées :

- l'observance médicamenteuse,
- les thérapies cognitivo-comportementales,
- l'hypnose.

#### **■ OBSERVANCE MÉDICAMENTEUSE**

Le choix d'un antalgique se fait selon des règles bien établies, décrites dans de nombreux textes de référence (Wall PD, Melzack R, 1999 ; Brasseur L et coll, 1997). Ainsi, ce n'est pas le propos de ce chapitre de décrire la pharmacologie des antalgiques, mais plutôt les enjeux d'une prescription médicamenteuse chez les patients souffrant de douleurs chroniques.

Il ressort de plusieurs études que les patients présentant ces types de douleurs consomment plus de médicaments que les patients souffrant

d'autres maladies chroniques non symptomatiques et qu'ils prennent souvent, en plus, des médicaments obtenus sans ordonnance (Berndt S et coll, 1993 ; Kouyanou K et coll, 1997). Il faut relever que cette consommation élevée de médicaments ne correspond pas toujours aux bénéfices antalgiques très faibles voire nuls qu'ils déclarent, ni au fait que pour nombre d'entre eux (comme c'est aussi le cas de sujets sains) ils affirment préférer éviter les médicaments. Ceux-ci, considérés comme des produits chimiques, potentiellement délétères pour l'organisme, sont rarement perçus comme une possibilité de guérison mais plutôt comme, au mieux, une aide, et au pire, une béquille voire une drogue (Piguet V et coll, 2000).

Ainsi, ces patients vont suivre la prescription médicamenteuse selon un rapport coût/bénéfice personnel qui va dépendre de nombreux facteurs, dont bien sûr le soulagement physique, mais également des connaissances et représentations concernant le médicament proposé, des effets indésirables et des limites imposées par une prise médicamenteuse (Donovan et Blake, 1992). Deux cent soixante patients référés dans notre Centre Multidisciplinaire d'Évaluation et de Traitement de la Douleur se souvenaient avoir essayé en moyenne 11 antalgiques différents (minimum : 1 ; maximum : 38) et un tiers de ces patients déclaraient qu'aucun médicament n'avait été efficace, ceci indépendamment du nombre de médicaments testés. La principale raison d'arrêt (41 %) invoquée était l'inefficacité du médicament (Piguet V et coll, 2002). Berndt et coll ont relevé que les patients qui cachaient aux thérapeutes qu'ils avaient modifié la posologie de l'antalgique prescrit ou qu'ils prenaient une autre molécule, étaient aussi ceux qui décrivaient une efficacité moindre des antalgiques par rapport aux patients suivant la prescription (Berndt et coll, 1993).

La compliance est définie comme le degré auquel le comportement d'une personne (prise de médicament, suivi de régime, exercices physiques, ou modification du mode de vie) coïncide avec les conseils médicaux ou de santé reçus (Haynes RB et coll, 1979). L'abandon progressif du terme de compliance au profit de celui d'observance ou d'alliance thérapeutique montre la tendance à considérer la relation thérapeutique dans le cadre d'une négociation entre le patient et le thérapeute et non plus dans un cadre autoritaire (Piguet V et coll, 1998).

## ► Le problème particulier de la prescription d'un antidépresseur

Un problème particulier se pose lorsqu'un antidépresseur est prescrit à but antalgique chez les patients souffrant de douleurs chroniques. Si l'effet antalgique largement documenté des antidépresseurs tricycliques conduit les thérapeutes à les prescrire, que peut par contre penser un patient souffrant de douleurs chroniques, rebelles aux traitements usuels, qui se voit prescrire un antidépresseur ? Si le patient lit la notice, il est rare qu'il puisse y trouver une confirmation que les antidépresseurs sont indiqués en cas de douleurs. Une telle prescription sans explication adéquate peut corroborer ce que le patient entend de son entourage ou croit entendre, c'est-à-dire que "tout est dans la tête". Cette prescription peut alors être vécue comme une "délégitimation" des douleurs conduisant à une non observance (Cedraschi C et coll, 2001).

Une étude qualitative effectuée auprès de patients souffrant de douleurs chroniques référés à notre centre et de sujets contrôles sains, met en évidence une image essentiellement négative de cette classe de médicaments qui est souvent associée à la folie et à un risque de dépendance. De plus, la grande majorité des personnes interrogées, y compris des patients ayant déjà reçu des antidépresseurs, ignoraient que ceux-ci peuvent être prescrits lors de douleurs chroniques (Cedraschi C et coll, 2000).

Les patients ont à leur disposition de nombreuses sources d'information sur les médicaments : les professionnels de la santé, les notices d'emballages, les proches, la télévision et, bien sûr, Internet qui prend de plus en plus d'importance et où les patients ont accès à divers sites d'information, commerciaux ou non. Les notices et les médecins restent à l'heure actuelle les principales sources d'information, citées aussi bien par les patients souffrant de douleurs chroniques que par les individus en bonne santé (Cedraschi C et coll, 2000). Les prescripteurs ne peuvent pas s'appuyer sur l'information contenue dans les notices pour renforcer l'observance des antidépresseurs, puisque la majorité des notices ne mentionnent pas l'indication "douleurs chroniques", mais listent en revanche de très nombreux effets indésirables, dont certains inquiétants, comme le relèvent les patients (Cedraschi C et coll, 2001).

La définition de l'efficacité antalgique peut aussi ne pas être partagée



par le patient et le prescripteur. Ce dernier sait que les traitements apportent, dans la majorité des cas, un soulagement partiel et/ou temporaire, alors que de nombreux patients, malgré une expérience d'échecs parfois longue attendent néanmoins la disparition des douleurs. L'évaluation de l'efficacité par le patient est une opération complexe qui, en plus du soulagement, va dépendre de plusieurs paramètres tels que les attentes du patient envers la molécule, l'attitude du thérapeute telle que le patient la perçoit, les croyances du patient et de ses proches, l'expérience antérieure par rapport aux médicaments et à la maladie ainsi que la mémoire de la douleur ressentie avant l'introduction du traitement. Une patiente explique ainsi lorsqu'on lui demande si l'anti-inflammatoire prescrit pour des douleurs musculo-squelettiques a été efficace : « Quand je le prends le soir il me permet de me sentir mieux le matin, il n'est pas efficace au niveau de la douleur, mais il n'a pas d'effet secondaire. J'ai moins mal, mais cela ne veut pas dire que c'est efficace. Efficace veut dire de ne plus avoir mal du tout. Ma sœur m'a dit que c'est un médicament léger, qu'il n'a pas d'effet secondaire, mais qu'il n'est pas très efficace ». Ce traitement ne répond pas à la définition d'efficacité de la patiente, mais si elle le poursuit malgré tout, c'est qu'il n'est pas perçu par elle et sa sœur comme un médicament potentiellement dangereux. Si tel avait été le cas, il est fort probable qu'elle n'aurait pas poursuivi le traitement malgré le soulagement ressenti.

### ► Attentes et représentations

Le médecin prescripteur, en plus de ses connaissances pharmacologiques, doit être conscient des attentes et des critères des patients quant à l'efficacité antalgique des médicaments ainsi que des attentes et des craintes quant aux effets indésirables. Au vu de ces considérations, la prise en compte par le thérapeute tant des représentations que des attentes des patients face aux médicaments, apparaît comme une des composantes essentielles dans la prescription médicamenteuse (tableau 2). Cette démarche devrait permettre d'éviter certains malentendus ou désaccords conduisant à une mauvaise observance médicamenteuse, voire à une absence d'observance, le plus souvent cachée au prescripteur. Les conséquences de tels malentendus risquent fort d'avoir un impact négatif sur la relation thérapeutique, la morbidité du patient, sa qualité de vie, et sur les coûts de la santé.

## Tableau 2. Quelques facteurs modifiant l'observance médicamenteuse

- Connaissances, croyances, attitudes des patients, de leurs proches et des thérapeutes
- Évaluation individuelle de l'efficacité
- Effets indésirables
- Co-morbidités : anxiété, trouble de la mémoire...
- Modalités de la prise du traitement : nombre de prise quotidienne, taille des comprimés...
- Dépendance, abus médicamenteux ou d'autres substances

## ■ THÉRAPIES COGNITIVO-COMPORTEMENTALES

L'utilité d'intégrer une thérapie cognitivo-comportementale dans la prise en charge des patients souffrant de douleurs chroniques a été démontrée par de nombreuses études (Morley S et coll, 1999 ; McCracken LM, Turk DC, 2002).

Il s'agit de thérapies de courte durée dont le but est de permettre aux patients de mieux gérer les douleurs pour en atténuer les conséquences physiques et psychiques de manière à améliorer la qualité de vie et le mieux-être psychologique (tableau 3, page suivante). Il s'agit d'aider le patient à reprendre le contrôle, en se décentrant et en développant des ressources pour faire face à la douleur. Plusieurs techniques individuelles ou de groupes sont à disposition des thérapeutes. Elles ont toutes leur utilité, et le thérapeute va choisir en fonction de la problématique de chaque patient (Favre C et Cedraschi C, 2003).

Bien que les biais liés aux difficultés méthodologiques commandent une certaine réserve, deux méta-analyses concluent à une amélioration chez de nombreux patients souffrant de douleurs chroniques, à l'exclusion toutefois des céphalées. Cette amélioration porte sur leur vécu affectif, la gestion cognitive et comportementale de la douleur, et par là, l'activité et le fonctionnement dans la vie quotidienne (Morley S et coll, 1999 ; McCracken LM, Turk DC, 2002).

### Tableau 3. Buts des thérapies cognitivo-comportementales

- Modification des croyances dites “négatives”
- Modification des comportements considérés comme inadaptés
- Modification des émotions dites négatives
- Découverte ou/et renforcement des ressources personnelles
- Amélioration du fonctionnement dans la vie quotidienne

Le patient qui affronte quotidiennement des difficultés est exposé à des pensées et à des émotions pénibles, récurrentes, automatiques, qui entraînent des comportements d'évitement ou inopportuns du point de vue médical par exemple, qui à leur tour renforcent et maintiennent le problème. Cette approche propose au cours des séances et des exercices de modifier progressivement, par de nouvelles expériences, les croyances concernant les douleurs ainsi que les stratégies de gestion. Les résultats positifs sur le fonctionnement quotidien semblent être liés à la modification des croyances dites “négatives” qui sont un des facteurs responsables d'une adaptation inadéquate. La diminution de la dépression et de la perception d'être invalide semble conduire à une amélioration significative de la sévérité de la douleur (McCracken LM, Turk DC, 2002). Ces résultats paraissent être durables bien que peu d'études poursuivent leur observation au-delà de 18 mois.

Comme toutes approches thérapeutiques des douleurs chroniques, les thérapies cognitivo-comportementales ne constituent pas la panacée et elles doivent donc s'inscrire dans une approche plurimodale. Le patient doit être dûment informé des buts et résultats attendus et il doit être d'accord d'y être actif en participant régulièrement aux séances et en effectuant les exercices proposés.

## ■ HYPNOSE

Il n'y a pas de définition unique de l'hypnose médicale. De nombreuses définitions ont été élaborées, reflétant souvent les convictions théoriques des auteurs. Classiquement, l'hypnose est définie comme une

relation ou une interaction thérapeute-patient qui se déroule dans un état de conscience modifié, associé à un état de régression (Hoareau J, 1992). Pour Milton H. Erickson, l'hypnose est "une conscience inconsciente" et, pour François Roustang, elle est "la perceptude" (Roustang F, 2003). Mais quelle qu'en soit la définition, la pratique de l'hypnose nécessite de la part du thérapeute une formation adéquate et reconnue.

Si l'effet antalgique de l'hypnose est clairement démontré par de nombreuses études tant expérimentales que cliniques, les mécanismes neurologiques sous-tendant les réponses aux suggestions hypnotiques antalgiques sont encore peu clairs. Une étude expérimentale incluant l'imagerie cérébrale fonctionnelle a montré une diminution du désagrément provoqué par une stimulation thermique à la suite de suggestions tendant à diminuer le caractère désagréable de la douleur, sans changer la perception de l'intensité (Rainville P, 1997). La modulation hypnotique du désagrément de la douleur était corrélée à des modifications de l'activité dans le cortex cingulaire antérieur, sans modification d'activité des autres aires corticales activées lors de stimulations douloureuses, comme les aires somesthésiques. L'induction d'une hypnose neutre, sans suggestions, n'a pas conduit à des modifications significatives de l'activité corticale, y compris dans le cortex cingulaire antérieur, ni à des changements de l'évaluation du désagrément ou de l'intensité de la douleur. Ces résultats suggèrent qu'en présence de processus compétitifs, la prééminence de la douleur est probable, à moins que des suggestions additionnelles faisant intervenir des efforts d'attention, de visualisation et/ou de mémoire par exemple soient utilisées (Rainville P, 1999).

Dans le cadre de la douleur aiguë, l'hypnose peut permettre d'effectuer des gestes diagnostiques ou thérapeutiques douloureux en épargnant ou diminuant la consommation d'antalgiques. Lors de douleurs chroniques, l'hypnose et surtout la pratique de l'auto-hypnose donnent au patient un moyen personnel de mieux gérer les douleurs et les limites qu'elles imposent dans les activités quotidiennes. Au cours de quelques séances d'apprentissage avec le thérapeute, le patient va acquérir une méthode structurée lui permettant de se mettre en état d'hypnose. Au fil de sa pratique, il lui sera loisible de l'utiliser par exemple comme préparation au sommeil, préparation à une activité ou un examen diagnostic ou thérapeutique, maîtrise d'un pic douloureux, d'un état d'irritation...

L'hypnose peut aussi être employée à titre prophylactique dans les douleurs chroniques comme la migraine dans le but de réduire l'impact des facteurs favorisants ou déclenchants (Violon A, 2001).

Une méta-analyse incluant des patients souffrant de douleurs aiguës ou chroniques et des sujets sains recevant des stimuli douloureux expérimentaux montre, qu'à l'exception des sujets ayant un score "d'hypnotisabilité" bas, des suggestions hypnotiques analgésiques ont une efficacité modérée à importante, et ceci quelle que soit l'origine des douleurs (Montgomery GH, 2000).

Les techniques les plus couramment utilisées en hypno-analgésie font appel à une suggestion directe d'anesthésie (hallucination négative d'insensibilité) ou d'analgésie (distorsion de la perception ou remplacement par une autre sensation), à un déplacement de la douleur ou à une dissociation (Hoareau J, 1992).

La maîtrise de l'hypnose par le patient le rend plus confiant en ses propres capacités de gestion des douleurs ou de gestion d'une situation stressante et douloureuse. Elle lui permet aussi d'être moins dépendant des traitements et des thérapeutes.

## ■ CONCLUSION

Les traitements "passifs" où le rôle du patient est limité à prendre des comprimés, subir une intervention, certaines formes de kinésithérapie etc. doivent impérativement être associés à des approches qui privilégient la participation active du patient et qui visent à améliorer ou restaurer les moyens de gestion personnels de la douleur. Pour les patients souffrant de douleurs chroniques, le modèle de traitement des maladies aiguës est non seulement inapproprié mais peut s'avérer délétère s'il constitue le seul modèle de référence. Les patients peuvent en effet être amenés à croire que la douleur peut être totalement éradiquée. Ce message curatif peut provoquer, maintenir ou renforcer une attitude passive chez le patient qui attend la solution "miracle" d'une intervention et le rendre dépendant du système de soins.

Tout au long d'une prise en charge d'un patient souffrant de douleurs chroniques, il est essentiel de garder en mémoire que les aspects somatiques, cognitifs, émotionnels et comportementaux participant

à la douleur ne sont pas statiques mais évoluent au fil du temps et demandent aux thérapeutes de répéter leurs évaluations afin d'adapter les approches thérapeutiques plurimodales.

## **Bibliographie**

- Berndt S, Maier C, Schütz HW. Polymedication and medication compliance in patients with chronic non-malignant pain. *Pain* 1993, 52:331-9.
- Brasseur L, Chauvin M, Guilbaud G. Douleurs, Bases fondamentales, pharmacologie, douleurs aiguës, douleurs chroniques, thérapeutiques. Maloine, Paris, 1997.
- Cedraschi C, Piguët V, Fischer W, Allaz AF, Desmeules J, Dayer P : Patient information leaflets and antidepressant prescription in chronic pain patients. Proceedings of the 9th World Congress on Pain. In: Devor M, Rowbotham M, Wiesenfeld-Hallin Z (Eds): Progress in Pain Research and Management, IASP Press: Seattle, 16:887-895, 2000.
- Cedraschi C, Piguët V, Desmeules J, Allaz AF, Fischer W, Dayer P. Utilisation des antidépresseurs chez les patients souffrants de douleurs chroniques: quelle congruence entre prescription et notice d'emballage ?. *Doul Analg* 2001 ; 3 :159-162.
- Donovan JL, Blake DR. Patient non-compliance. Deviance or reasoned decision-making ? *Soc Sci Med* 1992, 34:507-13.
- Favre C, Cedraschi C. La psychothérapie cognitive dans le traitement de la douleur chronique. *Med Hyg* 2003 ; 61 :1358-63.
- Haynes RB, Taylors DW, Sackett DL. Compliance in health care. London: The John Hopkins Press, 1979.
- Hoareau J. Hypnose clinique. Masson, Paris 1992.
- Kouyanou K, Pither CE, Wessely S. Medication misuse, abuse and dependence in chronic pain patients. *J Psychosom Res* 1997, 43:497-504.
- McCracken LM, Turk DC. Behavioral and cognitive-behavioral treatment for chronic pain. *Spine* 2002;27:2564-2573.
- MacGregor EA. The doctor and the migraine patient. Improving compliance. *Neurology* 1997 ; 48(suppl.3):S16-S20.
- Montgomery GH, DuHamel KN, Redd WH. A meta-analysis of hypnotically induced analgesia : How effective is hypnosis ? *Inter J Clin Exp Hypnosis*, 2000 ; 48 : 138-153.
- Morley S, Eccleston C, Williams A. Systematic review and meta-analysis of randomized controlled trials of cognitive behaviour therapy for chronic pain in adults, excluding headache. *Pain* 1999 ; 80:1-13.

- Piguet V, Cedraschi C, Allaz AF, Desmeules J, Kondo Oestreicher M, Perneger T, Dayer P. De la compliance à l'alliance thérapeutique, expérience chez des patients souffrant de douleurs chroniques réfractaires. *Méd Hyg* 1998 ; 56 :766-70.
- Piguet V, Cedraschi C, Desmeules J, Allaz AF, Kondo Oestreicher M, Dayer P. Prescription médicamenteuse : les attentes des patients. *Med Hyg* 2000 ; 58 :814-7.
- Piguet V, Cedraschi C, Allaz AF, Desmeules J, Dayer P. Factors contributing to systematic failure of drug treatment in chronic pain patients. 10th World Congress of Pain, San Diego 2002, abstracts p:442.
- Roustang F Il suffit d'un geste. Odile Jacob, Paris 2003.
- Rainville P, Duncan GH, Price DD ; Carrier B, Bushnell MC. Pain affect encoded in human anterior cingulate but not somatosensory cortex. *Science* 1997 ; 277:968-71.
- Rainville P, Hofbauer RK, Paus T, Duncan GH, Bushnell MC, Price DD. Cerebral Mechanisms of hypnotic induction and suggestion. *J Cogn Neurosci* 1999 ; 11 :110-125.
- Violon A. L'apport de l'hypnose dans le traitement de la migraine. *Méd Hyg* 2001 ; 59 :1580-2.
- Wall PD, Melzack R. Textbook of pain. 4th edition, Churchill Livingstone, Edinburg, 1999.

## **Relation médecin-malade : patients douloureux et réseaux de soins**

*Mathieu Dousse*

La relation médecin-malade existe du fait que patient et praticien sont pris dans un rapport interpersonnel où chacun des deux protagonistes attend quelque chose de l'autre. Chacun a son histoire, sa personnalité et ses inquiétudes.

Les praticiens doivent avoir conscience en acceptant la prise en charge de patients douloureux chroniques qu'ils vont être privés de succès thérapeutiques rapides et que les consultations vont se répéter dans le temps <sup>(1)</sup>. Au travers de ce qui les réunit, la plainte douloureuse chronique pour l'un et le choix de sa position de soignant pour l'autre, vont se jouer une série de scènes ayant autant un rapport à la science qu'à l'art médical.

Nous nommerons ici "science de la médecine" tout ce qui est du registre de l'objectivité, ce qui est de la composante somatique de la plainte, son évaluation, la recherche d'une explication bio-médicale et l'orientation thérapeutique que le praticien souhaite trouver et que le patient attend. C'est cette partie même de notre travail qui existait derrière cette phrase de mise en garde de nos Maîtres : « ne passez pas à côté de... ». C'est le souci permanent et légitime du praticien qui pourrait en venir à envahir le cadre même de cette relation interpersonnelle au point d'en oublier ce qui relève de la subjectivité et fait tout l'art de notre métier.

Si "science" est un mot dur nous renvoyant au réel, à la preuve et au reproductible, le mot "art" laisse une place personnelle à l'artiste. Il ouvre tant à la subtilité de l'écoute et de la parole qu'à celle de la pratique, cadre où chacun de nous choisissons ce que l'on entend et les



mots que nous prononçons. La subjectivité, c'est aussi celle de la composante affective de la plainte douloureuse chronique, toujours présente et intervenant là de façon franche ou sournoise, mais toujours difficile à évaluer.

## ■ TRUISME MAIS TABOU

Ainsi, l'existence de cette relation médecin-malade est autant un truisme qu'un tabou.

C'est un truisme car il est inconcevable qu'en dehors de la réflexion bio-médicale purement technique n'existe pas quelque chose de l'ordre du relationnel qui s'installe :

- lorsque quelqu'un, se sentant malade et envahi par la plainte douloureuse chronique, fait la démarche de rencontrer un professionnel supposé savoir comment l'en guérir ou l'en soulager ;
- lorsque quelqu'un qui, à un moment de sa vie, a décidé de se former en vue de pouvoir soigner rencontre là celui pour lequel il a fait tout ce chemin.

C'est un tabou par le fait même que cet aspect de la relation interindividuelle, qui va être inévitablement présent dans l'exercice du métier de médecin, n'est que pas ou peu abordé dans le cadre des études médicales<sup>(2)</sup>. Ces dernières ne nous apprennent pas à consulter. Il nous y est enseigné la "Clinique", c'est-à-dire ce qu'il convient de rechercher chez l'autre dans son corps dit réel sans que n'y soit jamais évoqué ni la façon d'y toucher, ni même la notion de corps imaginaire.

Cette réflexion autour du contenu de la relation médecin-malade, qui est du champ de la psychologie clinique, ne peut s'élaborer sans référence aux mouvements transférentiels et contre-transférentiels et à leurs contenus. C'est peut-être du fait que ce qui se joue dans cette relation renvoie à un modèle théorique psychanalytique, hors du cadre de la preuve, qu'existent des résistances chez ceux qui seraient supposer en favoriser l'enseignement. Ainsi, parce que cela ne leur a pas été enseigné, certains en ignorent simplement l'existence sans conscience des risques.

## ► L'ignorance du risque

Le serment d'Hippocrate nous fait promettre de ne pas faire certaines choses dans le strict respect de nos patients et de la morale de notre métier, mais il ne nous indique pas quoi faire sinon faire de notre mieux. Ainsi, pouvons nous pointer à partir de là que le premier souci, dans le cadre de ce rapport au patient douloureux chronique, serait de ne pas lui nuire, évoquant, si nécessaire, que la mauvaise maîtrise du rapport médecin-malade présenterait un risque.

C'est bien là l'élément majeur, ce risque pour l'autre, qui rend incontournable la réflexion visant à devenir capable, non seulement de consulter, mais encore d'élaborer autour de ce que nous jouons et ce que le patient joue dans le cadre de ce rapport médecin-malade.

## ► Le risque du silence

Ce risque est présent si le praticien reste silencieux, contourne l'échange verbal avec le malade en se cantonnant à la science, à la recherche de la preuve sous-tendant la part somatique de la douleur. En témoigne la différence terminologique entre médecine somatique où il est question de "l'interrogatoire" et la psychiatrie où nous parlons de "l'entretien".

Il y aurait là quelque chose du registre de la perte de chance pour le patient que serait le simple fait d'oublier de mentionner que la douleur est le fruit d'un mécanisme mixte. C'est souvent par peur de la réaction du patient, autant que par absence de finesse dans la présentation verbale, que le praticien contourne l'évocation de la composante affective de la douleur chronique.

Est-ce parce que l'on n'apprendrait pas à consulter durant nos études que ne pas savoir le faire et ne pas tenter de travailler pour améliorer le pôle "artistique" de notre métier pourrait être considéré comme normal ?

## ► Le risque du mot

Si le silence est risqué, les mots sont tant porteurs de sens que leur utilisation est dangereuse pour celui qui n'en pèserait pas le poids. Les mots comme les phrases ont un sens métaphorique dont il conviendrait que celui qui les emploie prenne conscience tant la métaphore peut être

autant thérapeutique que “la forme la plus subtile de la violence”<sup>(3)</sup>.

La position d'autorité où nous placent nos patients renforce encore le poids des mots que nous prononçons. Il se joue là quelque chose autour du rapport à la toute puissance, facile à installer pour le praticien, tant le patient, fragilisé par la maladie, en accepterait la présence s'il ne la sollicite pas.

Le choix que chaque praticien fait de l'utilisation - ou non - de l'arme de la toute puissance inscrit déjà les bases de ce que sera le rapport médecin-malade. Mentionner là que tout praticien “a choisi” pourrait en surprendre plus d'un qui, installé dans un degré de rapport à la puissance, n'aurait pas l'impression d'en avoir fait le choix conscient à un moment quelconque. De fait, le contenu même de la relation transférentielle, est influencé autant par le rapport que le praticien a vis-à-vis de sa toute puissance que par ce que le patient a comme image d'un médecin<sup>(4)</sup>.

Dans ce cadre là, c'est au médecin de se questionner sur le sens d'un mot ou d'une phrase tels que pouvant être entendus par le patient. Si le corps réel pour le médecin n'est pas le corps réel au sens du patient<sup>(5)</sup>, les mots autant que le jargon médical ne sont pas forcément perçus dans le même sens.

## ► La connaissance du risque

Ainsi, le rapport médecin-malade est en place avant même que nous soyons en contact avec le patient et se prolongera bien au delà de la consultation. Décider d'en ignorer l'existence faute d'en avoir appris les bases du fonctionnement, c'est au mieux amputer la prise en charge d'une chance thérapeutique et au pire le risque de précipiter l'enkystement de la plainte en ne s'intéressant qu'à la part somatique de la douleur. Ne rien dire est alors aussi dangereux que de ne pas peser le poids et le sens de ses paroles.

Ce rapport est en place avant la première rencontre car le patient a déjà eu une expérience du cadre au travers des consultations antérieures avec d'autres praticiens autant que par l'influence “médiatico-sociologique”. Ainsi le terrain peut être favorable autant que miné. Pour ce qui est des douloureux chroniques, portant leurs plaintes de praticiens en praticiens, il y a fort à parier qu'il est plus souvent miné même si cela n'apparaît pas spontanément.

- Il est miné parce que la plainte persiste là où d'autres ont déjà tenté de la faire taire, et que plus est grand le nombre de praticiens consultés moins est possible le risque d'être passé à côté d'un diagnostic somatique et plus doit être importante la participation psychologique.
- Il est miné encore par ce qui a été dit ou entendu dans le cadre des échanges avec le praticien antérieur.
- Il est miné toujours par ce que le patient attend du médecin : un diagnostic organique et un traitement magique, sans abord aucun de l'intrication somato-psychique.

Dans ce cadre là, ce n'est plus la science de la médecine qui va faire la différence mais bien l'art que le praticien aura à mettre en place, une relation médecin-malade où sera dit ce qui ne l'a pas encore été, entendu ce qui n'a pas été dit ailleurs et élaboré un projet thérapeutique. Plus est retardée l'annonce de la part prédominante de la composante affective de la plainte, plus va être "artistique" la façon de l'aborder dans le cadre de l'entretien pour éviter "l'explosion de la mine".

## ■ LE PRATICIEN DANS LA RELATION

Le fait de décider pour le praticien de réfléchir à ce qui se joue dans le cadre de cette relation ne signifie pas pour autant que ce dernier pourrait se prévaloir d'une position psychothérapeutique. Il ne s'agit ici que d'un travail élémentaire qui est la base de toutes élaborations, mais qui n'est rien de plus qu'une base. Cette confusion est fréquente et certainement l'un des fondements de la réticence que peuvent avoir certains à s'intéresser à la relation médecin-malade. Mais ce ne serait pas la seule difficulté.

### ► La difficulté de l'annonce

L'une des particularités de la prise en charge des patients douloureux chroniques tient dans la juxtaposition étiologique d'une composante sensorielle et d'une part affective liée à une participation fruit de mécanismes dits "cognitifs" pour les uns et "intrapsychiques" pour les autres, suivant leur appartenance à un courant théorique ou à un autre. Si, en ce qui concerne la prise en charge de la composante somatique, une piètre qualité des rapports entre le médecin et le malade ne

viendra pas invalider à coup sûr un protocole thérapeutique, du fait même que l'efficacité du traitement peut être relativement indépendante de la volonté du patient, il n'en sera pas de même en ce qui concerne la part affective de la plainte. D'un côté le praticien demande au patient de bien vouloir exposer ses troubles, décrire ses symptômes. Il examine le corps et complète ses recherches par la réalisation d'exams. Il cherche là une cause dans une sorte d'ambivalence où il serait question que ses recherches aboutissent en amenant ainsi une sorte de gratification du travail, mais où il serait délicat que ce qu'il y découvre soit si grave qu'il faudrait en annoncer la mauvaise nouvelle au patient. C'est parfois comme s'il souhaitait trouver, mais laisser à un autre le soin d'annoncer la mauvaise nouvelle.

L'annonce de la "mauvaise nouvelle" serait la plus grande difficulté à laquelle le praticien pense pouvoir être confronté. Mais quelle serait la plus mauvaise nouvelle ?

Il y a là une confusion fréquente qui serait à l'origine d'une sorte d'échelle de gravité au sommet de laquelle se situerait la mort. Un patient qui meurt est certainement un événement grave pour le médecin qui est renvoyé là aux limites de sa toute puissance. Mais un patient souffrant d'une douleur chronique invalidante qui, si elle n'est pas prise en charge dans sa globalité, risque de se transformer en véritables tortures, et ce jusqu'à ce que mort s'en suive, pourrait juger la mort moins grave que la douleur. Or, si le médecin admet que la mort "gagne toujours", l'image que lui renvoie un patient torturé est certainement plus difficile à appréhender que celle de la mort. Nous nous trouvons encore là dans le cadre d'une réflexion autour de la toute puissance.

Lorsque le bilan revient sans résultat probant, ce que les somaticiens nomme "un bilan négatif" sans tenir compte du fait qu'il soit plutôt "positif" pour le patient, il se doit de gérer l'information au mieux des intérêts du patient et donc d'envisager la dimension psychologique de la plainte. L'annonce de l'existence d'une composante affective majeure responsable de l'essentiel de la plainte douloureuse chronique est pour certains aussi problématique que l'est l'annonce de la communément dite "mauvaise nouvelle". C'est probablement ce qui explique les propos rapportés par des patients du style : « il m'a dit que je n'avais rien, que c'est dans ma tête, que j'inventais ma douleur... », « il était en

colère, pas content de n'avoir rien trouvé... », « il m'a dit que j'aurai mal toute ma vie et que je finirai dans une chaise roulante, que je ne devais pas me plaindre parce qu'il y en a d'autres bien plus gravement malades... ».

## ► La difficulté de l'écoute

Là encore, les choses ne sont pas si simples. Si le praticien s'intéresse aux libres propos de son patient, il est probable qu'il soit confronté à un monologue autour de la plainte, de la douleur, de sa localisation et de ses irradiations. Il est ici important de prendre en compte le fait que le patient ait été modélisé par les rencontres avec les précédents praticiens qui lui ont tous posés les mêmes questions au point qu'il va servir au suivant ce qu'il pense que ce dernier va lui demander.

Ce qu'il convient d'entendre est derrière la plainte première, sous ce discours stéréotypé. L'écoute du douloureux chronique, du moins dans les débuts de la prise en charge n'a rien à voir avec la "neutralité bienveillante" de certains ou le silence psychanalytique d'autres. Un degré de directivité est absolument nécessaire pour sortir le patient de son discours stéréotypé, pour contourner les défenses autant que le déni et faire émerger la dimension psychologique de la plainte.

Quelle que soit la spécialité du praticien, il pourrait exister un projet minimum dans le cadre de l'abord d'un patient ayant une plainte douloureuse chronique. Ce projet, au delà de l'évaluation de la part somatique, viserait à :

- induire un rapport de confiance, permettant de favoriser l'émergence d'un autre discours plus libre et plus riche ;
- accompagner le patient dans la compréhension des mécanismes somato-psychiques inévitablement présents derrière la plainte douloureuse ;
- structurer dans le temps autant que dans la diversité des intervenants une prise en charge cohérente, somatique autant que psychologique et éventuellement sociale, à laquelle le patient puisse adhérer ;
- éviter la iatrogénicité, tant des traitements que des paroles.

La notion même de prise en charge d'un patient par des intervenants différents, nous ouvre à ce concept moderne que sont les "réseaux de

soins” et que certains ont du mal à différencier du traditionnel vieux carnet d’adresses qu’ils utilisaient avant que le mot de “réseau” soit introduit dans les écrits de santé publique.

## ■ VOUS AVEZ DIT RÉSEAU DE SOINS ?

Si les réseaux de soins se différencient du carnet d’adresses, c’est certainement par ce qu’ils supposent non seulement la prise en charge d’un patient par plusieurs intervenants mais aussi la formation des membres du réseau tant à la relation médecin-malade qu’à la communication entre eux. Passant de l’archaïque centralisme “ville-hôpital” et consultations spécialisées, dont nous savons les limites de la réactivité et des moyens - en particulier dans la prise en charge de la part psychologique de la plainte - le projet de “réseaux de soins” utilisant l’important potentiel de la “ville”, s’il peut être mis en place, serait la réponse la plus adaptée.

### ► Le réseau comme espace d’échanges

La gestion par le praticien de la relation médecin-malade s’apprend. Si nous pouvons lire dans une publication du Conseil de l’Ordre des Médecins <sup>(6)</sup> que « cette relation sensible sollicite chaque médecin, riche de son savoir-faire et de son savoir-être », il convient de considérer que ces savoirs sont le fruit d’un long apprentissage pour le “savoir-faire” et d’une réflexion de soi sur soi pour le “savoir-être”. On ne peut s’améliorer seul dans son coin mais bien dans le cadre des échanges entre praticiens poussant à une réflexion sur sa pratique, ses choix stratégiques et le sens de ses réactions. L’approfondissement de cette réflexion s’élabore notamment dans le cadre de supervisions ou de “groupes Balint”.

Ainsi, est-il important d’identifier non seulement ce qui est du transfert mais bien ce qui est du contre-transfert. Qu’il soit positif ou négatif, ce contre-transfert, lorsqu’il n’est pas bien géré, peut être des plus néfaste pour le patient.

Les échanges avec d’autres praticiens du réseau nous amèneront à aborder les cas de patients vus par plusieurs et qui vont dire à l’un

comment ils ont vécu le rapport à l'autre et le travail qui y est fait. Il y a là un matériel qu'il ne faut pas laisser se perdre. Combien est important de savoir ce que nos patients disent de nous et du cadre relationnel que nous avons installé et de ce qu'ils y ont élaboré. Il ne s'agit pas là de se donner une bonne ou mauvaise note, mais juste de vérifier si ce que nous avons essayé de mettre en place fonctionne.

De la même façon qu'il faut un temps à un patient pour accéder à la dimension psychologique et aux problématiques complexes sous-tendant la plainte douloureuse chronique, il faut aux praticiens un moment pour comprendre qu'il se joue, dans la relation médecin-malade, quelque chose de personnel qui vient de bien ailleurs, qui se reproduit là et qui doit être identifié. C'est peut être dans le cadre de l'échange en réseau qu'apparaissent plus clairement les différentes façons d'appréhender le même patient, permettant ainsi l'émergence d'un questionnement pour les praticiens et d'une cohérence pour les patients.

### ► Le réseau comme lieu de prise en charge globale

Si le patient est unique, les problématiques sous-tendant sa plainte douloureuse sont, elles, multiples. L'évaluation pluri axiale est extrêmement difficile à faire par un seul praticien. Comment peut-on en effet imaginer être bon partout ? Un praticien peut-il penser être bon tant dans l'évaluation somatique que psychologique autant que dans celle des répercussions sociales du handicap <sup>(4,7)</sup> ou de la maladie ?

Un des intérêts du réseau résiderait justement dans le fait qu'y soit regroupés des intervenants de santé ayant chacun leurs compétences propres et le désir de partager. Si l'idée du réseau est le fruit d'une réflexion de spécialistes de la santé publique, sa mise en place locale et son bon fonctionnement reposent uniquement sur la bonne volonté et l'énergie de ceux qui vont réellement y travailler. Il nécessite de ces derniers une capacité de remise en question permettant en l'acceptant de se départir du désir de soigner seul.

L'un des risques, en effet, pour le patient serait que le praticien mettant en évidence des arguments cliniques propres à faire un diagnostic somatique, fonce tout droit sans évaluation aucune des



autres dimensions. Or, si un trouble somatique est diagnostiqué, cela ne signifie pas pour autant qu'il intervient de façon majeure dans la plainte douloureuse. De la même façon, ce n'est pas parce qu'une lésion relèverait d'un acte chirurgical qu'il ne faudrait pas réfléchir à la chronologie du projet thérapeutique. Certains patients sont dans un si mauvais état moral qu'il y a de forts risques de décompensations à les opérer dans ce temps là.

## ► Évaluation des répercussions sociales

Le réseau peut et doit être une structure permettant l'évaluation de la dimension sociale sous tendant la plainte douloureuse. Ces problématiques sociales peuvent être dans des registres différents :

- L'aspect médico-légal a son importance. Il en est ainsi des rapports aux structures assurancielles d'indemnisations qui doivent être connues des soignants très tôt dans la prise en charge. Ainsi, il sera bon pour le patient et pour ses rapports aux soignants que soit établi un contact avec le médecin conseil de la compagnie d'assurance visant à coordonner les avis cliniques et à structurer un projet de gestion de l'éventuelle incapacité résiduelle ou de la reprise d'une activité professionnelle. La connaissance des procédures en cours devrait déboucher sur un travail avec le patient autour de ses attentes et de ce qui se joue derrière.
- L'aspect de la gestion du handicap dans le cadre du professionnel est lui aussi important dans nombre de cas. Si le patient est hors d'un cadre professionnel du fait même de sa plainte douloureuse, une réflexion sur la possibilité de réinsertion est importante et fait partie du bilan global. Souvent, à la chronicisation de la plainte douloureuse et au handicap qui en résulte, s'associent un processus de désocialisation qu'il faut tenter de prévenir. Là encore, par l'intermédiaire du patient, un contact avec le médecin du travail est essentiel.

L'aspect relationnel social pourra facilement être évalué et les éventuelles répercussions familiales de l'incapacité liées à la plainte, leurs intrications dans la composante affective de la douleur doivent faire l'objet d'un travail spécifique. Il n'est pas rare que le changement lié à l'incapacité de l'un puisse entraîner l'éclatement de la structure familiale et, par là même, une recrudescence de la perception douloureuse.

Il faut attendre d'un réseau de soins qu'il offre la possibilité de structurer un travail d'équipe prenant en compte les dimensions sociales du handicap. Ces dimensions peuvent influencer autant la plainte, par leur action sur la composante affective, qu'une lésion somatique.

## ■ CONCLUSION

La mise en place d'un réseau de soins idéal où seraient pris en considération tant la part pluridisciplinaire des compétences mise à la disposition de chacun, praticien comme patient, que l'aspect formation et supervision du praticien dans sa relation médecin-malade peut sembler pour certains de l'ordre de vœux pieux. Il convient d'accepter que c'est vers la création de ce type de structures que doivent être dirigés nos efforts afin de permettre un véritable travail visant à aider tant les praticiens de terrain que les patients qui les fréquentent.

Elles répondent au nécessaire besoin que tous avons de partager, d'échanger et de réfléchir sur nos pratiques afin d'en améliorer l'efficacité. Si un éclairage fort a été ici donné à la complexité de la relation médecin-malade face aux patients douloureux chroniques, c'est bien parce qu'elle est particulièrement fine à manier du fait même de l'intrication entre les deux composantes de la douleur, de la confrontation au déni et aux mécanismes de défenses. Pointer ici que consulter ne s'apprend pas à l'université et nécessite une réflexion de soi sur soi dans le cadre d'un travail avec un référent spécialiste, serait le message le plus fort de ce texte. S'il est commun de critiquer l'inertie des enseignants faisant là référence à un certain "mammouth", ayons ensemble le courage de reconnaître que nous-mêmes sommes plutôt lents au changement, et que si les écrits de Balint <sup>(6)</sup> datent de 1966, les répercussions aujourd'hui en sont assez modestes, même si ceux qui en reconnaissent le bien fondé restent nombreux.

L'idée de réseaux de soins est plus récente. Chacun peut lui reconnaître un intérêt majeur, mais combien de temps faudra-t-il pour modifier les pratiques permettant de sortir le praticien de son attachement à l'individualisme au profit d'un fonctionnement collégial ?

## Références

1. Consoli SM. La relation médecin-malade. *Traité de médecine Akos* : 1-0010, 1998.
2. Rouy J-L, Pouchain D. Relation médecin-malade et médecine générale. *Traité de médecine Akos* : 1-0025, 2003.
3. Ricœur P. *la métaphore vive*. Seuil, Paris, 1975.
4. Allaz A-F. La rencontre avec le patient : modalités relationnelles. In : A.-F. Allaz. *Le messenger boiteux : approche pratique des douleurs chroniques*. Médecine et Hygiène, Genève, 2003, 91-95.
5. Ferragut et al. *Le corps dans la prise en charge psychosomatique*. Masson, Paris, 2003.
6. Gautier I. La relation médecin-patient en mouvement. In : *Bulletin du Conseil Départemental de l'Ordre des Médecins de Paris* : 2-3, juin 2003.
7. Dousse M. Facteurs environnementaux intervenant dans la genèse de la maladie. In : Ferragut E. *La dimension de la souffrance en psychosomatique*. Masson, Paris, 2000, 31-40.
8. Balint M. *Le médecin, son malade et la maladie*. Paris : Petite Bibliothèque Payot, 1966.

## 6. CONCLUSION

*Anne-Françoise Allaz*

### ■ UNE OFFRE THÉRAPEUTIQUE VARIÉE

C'est une vision d'essence principalement relationnelle et psychothérapeutique qui se dégage de cet ouvrage. Les aspects pharmacologiques n'y sont abordés que par le biais de recommandations destinées à améliorer l'observance thérapeutique, domaine dont l'importance doit par ailleurs être soulignée <sup>(1)</sup>. Ceci n'implique évidemment pas qu'ils n'aient pas de place dans le champ du traitement des douleurs chroniques <sup>(2,3)</sup>, mais étant mieux répertoriés, ils peuvent être consultés dans les traités sur la douleur. C'est également le cas pour le domaine des approches corporelles de la réhabilitation fonctionnelle ou des programmes de réinsertion professionnelle.

Un plaidoyer répété se dessine à travers les différentes optiques présentées : la nécessaire prise en compte des trajectoires et histoires individuelles des patients rencontrés. Celle-ci bénéficie souvent d'une approche multidisciplinaire. Car la prise en charge des patients douloureux chroniques est exigeante et complexe <sup>(4,5)</sup>. Elle nécessite de prendre du temps, de savoir "décondenser" le symptôme, d'en saisir les implications individuelles, relationnelles et sociales. De reconnaître la souffrance sous ses masques divers, de savoir dépasser les blocages et l'angoisse pour aider le patient à retrouver des investissements et des liens. Toujours et encore d'individualiser l'approche, jusque dans la prescription médicamenteuse éventuelle <sup>(6)</sup>.

Accompagnées de recommandations quant à la nécessité d'un cadre professionnel qualifié, plusieurs propositions thérapeutiques - qu'elles soient interpersonnelles, multidisciplinaires, en équipes de soins constituées ou non, ou encore en réseaux - sont présentées dans

cet ouvrage. La richesse des optiques le montre bien : les douleurs chroniques rebelles peuvent être abordées de diverses manières, par divers angles :

- en s'adressant au corps : c'est lui qui est présenté au thérapeute, c'est par son biais que se fait la demande de légitimation, que transparaît la "quête de psychisation" de la souffrance <sup>(7,8)</sup> ;
- en déroulant soigneusement l'histoire personnelle et événementielle pour en comprendre les résonances et permettre d'ébaucher des liens avec l'actuel <sup>(9)</sup> ;
- en décodant les messages portés par la narration de l'histoire personnelle ou douloureuse, par les modalités relationnelles, ou par la situation psychosociale <sup>(10)</sup> ;
- en mettant en évidence les facteurs cognitifs de blocage et les symptômes de troubles affectifs ou psychopathologiques constitués, pour lesquels existent des thérapies reconnues : traitements pharmacologiques, psychothérapies, renforcement des moyens de faire face (coping), etc. <sup>(11,12,13,14,15)</sup> ;
- en adaptant la manière d'informer et l'offre thérapeutique à la culture, aux attentes et aux représentations du patient concerné et/ou de son groupe social <sup>(16)</sup> ;
- en tenant compte des résistances et des ressources des proches et de la famille ;
- en étant attentifs aux modalités de réponse des thérapeutes, aux notions de rejet et de "contre-transfert" des soignants face aux patients <sup>(17)</sup> et à l'impact de l'organisation des services de soins <sup>(18,19)</sup>. Car, dans ce domaine marqué par la fragmentation tant de la demande du patient que des réponses médicales qui lui sont faites, renforcer la cohérence de l'offre en sachant maintenir des liens entre la personne souffrante et ses différents thérapeutes apparaît comme l'un des enjeux majeurs de la prise en charge.

## ■ UNE OFFRE THÉRAPEUTIQUE INDIVIDUALISÉE ET PRUDENTE

Toutes ces dimensions sont essentielles et pourtant la voie est étroite : si l'intérêt se porte sur le sujet souffrant, c'est néanmoins avec une grande prudence que seront abordées les dimensions psychologiques et interpersonnelles de la douleur. En effet, comme tous les algologues ont pu le constater, une grande résistance à l'abord psychologique est fréquemment présente lors de douleurs chroniques "médicalement inexplicables" <sup>(8)</sup>. De plus, les questions de la possible fonction défensive du symptôme douloureux ou de son sens "économique" pour la psyché <sup>(4,20)</sup> ne doivent jamais être négligées ; elles ont été largement discutées dans cet ouvrage.

Insistons : il s'agit bien là d'un message essentiel. Vouloir soulager la douleur chronique - oui - ne pas abandonner le patient à son symptôme, certes. Toujours s'engager à essayer. Mais en tenant compte des résistances du patient, de son rythme, du message transmis par les échecs thérapeutiques répétés <sup>(4,5,8,9)</sup>. Et en prenant conscience de l'importance prioritaire de ne pas vouloir déloger trop vite ou trop vigoureusement le symptôme avant de l'avoir exploré, d'en avoir compris la fonction d'étayage, relationnelle ou de communication, d'avoir légitimé la souffrance. Prudence qui n'implique pas pour autant de renoncer à aider le patient à se réapproprier un corps moins douloureux, à améliorer son estime de soi, son fonctionnement personnel ou social, ou de l'aider à retrouver une meilleure insertion, plus de liens, en d'autres termes, une meilleure qualité de vie.

Divers chapitres de cet ouvrage le rappellent : c'est parce que la douleur chronique rebelle représente parfois un "ultime refuge pour la subjectivité", comme l'évoque S. Consoli <sup>(21)</sup>, qu'elle est si difficile à aborder et justifie toujours une approche subtile et respectueuse, qui nécessite un véritable "savoir-faire relationnel".

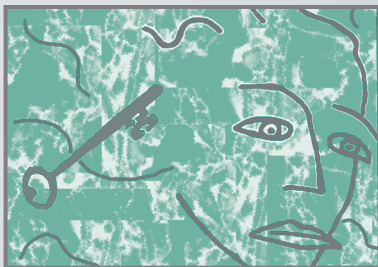
## Références

1. Cedraschi C, Piguët V, Fischer W et al. : Patient information leaflets and antidepressant prescription in chronic pain patients. In : Proceedings of the 9<sup>th</sup> Congress on Pain. Devor M, Rowbotham MC and Wiesenfeld-Hallin Z. (eds) pp 887-895, 2000.
2. Melzack D and Wall P : Textbook of pain, Churchill Livingstone, London 2<sup>nd</sup> edition
3. Van Houdenhove B, Onghena P : Pain and depression. In : Depression and physical illness. Robertson MM. and Katona CLE (eds). Wiley & Sons, Chichester pp 465-497, 1997.
4. Célérier MC : Psychothérapie des troubles somatiques. Dunod, Paris, 1997.
5. Allaz AF : Le messager boiteux: approche pratique des douleurs chroniques. Editions Médecine & Hygiène, 2003.
6. Elton NH, Hanna MH, Treasure J, Treasure H : Coping with chronic pain. Some patients suffer more. Brit J Psychiat 165 : 802-7, 1994.
7. Pasini W : La place du corps en psychanalyse. In : Pasini W & Andreoli A (eds). Le corps en psychothérapie. Payot, Paris pp 31-46, 1993.
8. Ferragut E : Non, docteur, ce n'est pas dans la tête... Lorsque le patient n'entend pas la dimension psychologique de sa maladie. In : Ferragut E (ed). La dimension de la souffrance en psychosomatique. Masson, Paris pp 1-10, 2000.
9. Guex P: Approche thérapeutique du syndrome douloureux chronique. Psychologie Médicale 22 : 687-689, 1990.
10. Allaz AF, Vannotti M, Piguët V, Desmeules J : Douleurs chroniques rebelles et aspects thérapeutiques de la relation médecin-malade. Cahiers Psychiatriques 22 : 137-145, 1997.
11. Boureau F, Doubrère JF, Luu M : Prise en charge d'un syndrome douloureux chronique. Méd et Hyg 53 : 646-50, 1995.
12. Keefe FJ, Dunsmore J, Burnett R : Behavioral and cognitive behavioral approaches to chronic pain: Recent advances and future directions. J Consult Clin Psychol 60 : 528-536, 1992.
13. Onghena P, Van Houdenhove B : Antidepressant-induced analgesia in chronic non-malignant pain : a meta-analysis of 39 placebo-controlled studies. Pain 49 : 205-219, 1992.
14. Fishbain DA : Approaches to treatment decisions for psychiatric comorbidity in the management of the chronic pain patient. Medical Clinics of North America 83 : 737-60, 1999.
15. Flor H, Fydrich T, Turk DC: Efficacy of multidisciplinary pain treatment centers: a meta-analytic review. Pain 49 : 221-230, 1992.

16. Cedraschi C, Allaz AF, Piguet V : Le rôle des représentations de la maladie et de la douleur dans la relation patient-thérapeute. *Doul et Analg* 2 : 91-95, 1998.
17. Allaz AF, Vannotti M, Desmeules J et al : Use of the label "Litigation Neurosis" in patients with Somatoform Pain Disorder. *Gen Hosp Psychiat* 20 : 91-97, 1998.
18. Kleinman A : Pain and resistance. The deligitimation and relegitimation of local worlds. In : Delvecchio-Good MJ, Brodwin PE, Good BJ, Kleinman A (eds). *Pain as human experience*. University of California Press, Berkeley pp 169-197, 1992.
19. Benjamin S and Main CJ : Psychological treatment and the health care system : the chaotic case of back pain. Is there a need for a paradigm shift ? In : Mayou R, Bass C, Sharpe M (eds). *Treatment of functional somatic symptoms*. University Press, Oxford 214-30, 1995.
20. Caïn J, Decourt P : Place, rôle et sens de la douleur d'un point de vue psychanalytique. In : Ferragut E (ed). *La dimension de la souffrance chez le malade douloureux chronique*. Masson, Paris pp 147-16, 1995.
21. Consoli SM : Préface. In : AF Allaz. *Le messager boiteux : approches pratiques de la douleur chronique*. Éditions Médecine et Hygiène, 2003.







INSTITUT UPSA  
DE LA DOULEUR

---

Un engagement de Bristol-Myers Squibb

