




Disponible en ligne sur
 ScienceDirect
www.sciencedirect.com

Elsevier Masson France

www.em-consulte.com



VOTRE PRATIQUE

Place et fonctions du psychologue en structure douleur

Psychologist's position and functions in pain unit



**Maximilien Bachelart^{*,1}, Antoine Bioy,
Isabelle Nègre**

*Unité de prise en charge de la douleur et des soins palliatifs de l'adulte et de l'enfant,
CHU de Bicêtre, 78, rue du Général-Leclerc, 94275 Le Kremlin-Bicêtre cedex,
France*

Disponible sur Internet le 28 octobre 2010

MOTS CLÉS

Psychologue ;
Centre antidouleur ;
Douleur

KEYWORDS

Psychologist;
Unit pain;
Pain

Résumé Quelle place le psychologue en unité douleur a-t-il et quelle place doit-il se donner ? Quelles sont ses fonctions au sein de cette unité multidisciplinaire ? Par son statut et sa formation, le psychologue propose au patient une approche différente de la temporalité médicale. Son mode de compréhension et de réception de la parole du patient obéit à une logique non médicale. La fonction de l'évaluation psychologique sera discutée ainsi que la question de la demande et du travail en équipe multidisciplinaire.

© 2010 Elsevier Masson SAS. Tous droits réservés.

Summary Which position the psychologist in a pain unit has and which position must he give to himself? What are the functions in a multidisciplinary unit? By his statute and training, the psychologist proposes to the patient a different approach of the medical temporality. His mode of understanding and reception of subject talking obey to a non-medical logic. The function of psychological evaluation will be discussed thus the question of demand and work in a multidisciplinary team.

© 2010 Elsevier Masson SAS. All rights reserved.

* Auteur correspondant.

Adresse e-mail : maximilien.bachelart@hotmail.fr (M. Bachelart).

¹ Photo.

Introduction

La réflexion sur la place et les fonctions du psychologue va de pair avec la réflexion sur le cadre de travail, notamment à travers la question de la demande et de l'exercice professionnel en interdisciplinarité.

La question qui se pose est celle de la prise en charge du patient douloureux : quelle est la spécificité de la fonction du psychologue par rapport à celles des autres intervenants ? En effet, l'expression de la douleur dépendant beaucoup d'éléments d'ordre psychologique tels qu'anxiété, croyances et certaines données culturelles, tous les professionnels sont amenés à s'y confronter et invités à adapter leur évaluation et leur proposition de soins en fonction de ce qui est présenté ou perçu par le patient. Dans ce contexte, quel intérêt peut revêtir la présence d'un psychologue si chacun doit tenir compte des aspects psychologiques en lien avec la dynamique des patients vus en consultations internes ou ambulatoires ?

Afin de répondre à cette question, dans un premier temps, nous rappellerons les grands principes de psychologie inhérents à toute expression de douleur pour, ensuite, nous intéresser dans une compréhension psychanalytique à la fonction du psychologue clinicien en lien avec ceux-ci. Enfin, nous proposerons une réflexion sur la nature de la place du psychologue en structure douleur.

Spécificités du symptôme et de sa prise en charge

L'expérience douloureuse

La douleur, avant d'être reçue par le milieu médical, est avant tout un phénomène universel dont chacun a pu faire l'expérience. La douleur est le principal motif de consultation médicale, et est aussi le symptôme qui fait l'objet du plus d'automédication comme le soulignent Queneau et al. [1] : « La prise d'antalgique est largement prédominante puisqu'elle concerne à elle seule environ 50% des malades "automédiquants" ». »

Selon la définition de l'Organisation mondiale de la santé (OMS) et de l'International Association for Study of Pain (IASP), la douleur est « une expérience sensorielle et émotionnelle désagréable liée à une lésion tissulaire réelle ou potentielle ou décrite en termes d'une telle lésion ». Cette définition relève l'importance de la subjectivité, de l'affect et du discours quel que soit le type de douleur considéré. La douleur est médicalement non objectivable et il n'existe aucun rapport fiable entre la lésion constatée et l'intensité ressentie, pas plus qu'entre ce ressenti et son expression.

La douleur est donc une expérience sensori-émotionnelle d'emblée, au point que certains auteurs tels Magni et Debertolini [2] ou Swanson [3] ont proposé d'en faire un équivalent dépressif ou une troisième émotion pathologique après la dépression et l'anxiété. Une hypothèse qui semble trouver écho dans les récentes études cognitives, montrant qu'à l'instar d'autres émotions, la douleur s'engramme dans le corps et l'esprit d'un patient, via la mémoire implicite [4–6].

Mais, quel que soit le statut que l'on donne à la douleur (« troisième émotion », symptôme, syndrome, maladie, etc.), elle reste cliniquement une « sensation corporelle subjectivement interprétée ». L'expérience douloureuse correspond donc à un vécu absolument subjectif, et se situe dans le corps tout en impliquant la vie psychique du sujet.

Ainsi, Price précise en 1999 [7] que « la douleur est une perception somatique qui comporte :

- une sensation corporelle possédant les critères énoncés lorsqu'un tissu est lésé ;
- un vécu de menace associé à cette sensation ;
- un sentiment de déplaisir ou toute autre émotion négative s'appuyant sur ce vécu de menace¹.

Par ailleurs, la douleur devenue expérience « n'est jamais un événement sensoriel isolé et qui arriverait sans l'influence, d'une part, d'un contexte donné et, d'autre part, d'une signification qui lui est associée. La douleur est imprégnée d'une croyance, d'une attention, d'une attente et d'émotions au regard de la façon dont elle arrive dans le cadre d'expériences contrôlées en laboratoire ou dans des circonstances d'un trauma physique ou d'un stress émotionnel » [8]. La douleur reste alors un éprouvé singulier, éprouvé en lien avec une histoire, une personnalité mais aussi avec un contexte de survenue.

Aspects de la dimension psychique de la douleur chez le patient

On voit ainsi que l'expérience douloureuse est multidéterminée, et que les facteurs de nature psychologique sont présents d'emblée, sans que l'on puisse les isoler totalement dans une démarche à la fois d'évaluation, de compréhension et dans le processus de décision thérapeutique à visée de soulagement.

Si les récentes recommandations de l'HAS vont dans le sens d'une prise en charge multidisciplinaire d'emblée², il faut y ajouter que de par sa nature, la douleur s'exprime, s'évalue et doit se prendre en charge en tenant compte des éléments intersubjectifs présents.

Afin de mieux délimiter la pratique évaluative du psychologue, nous allons analyser plus précisément les différents aspects psychologiques de la douleur.

On peut en définir trois :

- *intrinsèques : la douleur s'accompagne toujours d'une dimension psychologique ;*
- *secondaires : des aspects psychologiques sont souvent secondaires à une douleur ;*
- *préalables : des aspects psychologiques sont parfois présents avant l'apparition de la douleur.*

¹ Traduction : Chantal Wood et Antoine Bioy.

² Douleur chronique : reconnaître le syndrome douloureux chronique, l'évaluer et orienter le patient. Recommandations professionnelles, décembre 2008.

Les aspects intrinsèques

Ces aspects appartiennent à la phénoménologie douloureuse elle-même et cela dès sa plus simple expression. En effet, la douleur s'accompagne d'émotions et, pouvant se voir comme une intégration cognitive, son expression est une conduite adaptative. Dire alors qu'une douleur serait « psychologique » peut donc être considérée comme un pléonasmisme, puisqu'elle s'inscrit d'emblée dans cette sphère.

En cela, la douleur est toujours un phénomène psychosomatique, subjectif et sensible au milieu au sens large : état interne, contexte et relation à l'environnement. L'éprouvé douloureux, comme son expression, sont modulés par de multiples variables liées au contexte, à la culture, à la personnalité et à l'histoire du patient.

Les aspects secondaires

Anxiété comme réveil de l'angoisse de mort

L'anxiété est une manifestation physique de l'angoisse qui accompagne la douleur aiguë. En ce sens, elle est un signal d'alarme de l'angoisse et traduit une menace. La nature de cette menace est toujours l'angoisse de mort. S'il n'existe pas de définition de la mort (les définitions les plus approchantes étant une définition par défaut : l'absence de vie ou une définition par croyance : un passage, le paradis, la réincarnation, etc.), de même, il n'existe pas de représentation de la mort elle-même, les représentations de la mort étant toujours celles de corps altérés ou en décomposition (la faucheuse/squelette, le vampire, la goule, le mort-vivant, le zombi, etc.). Or, le signal douloureux est l'indice chez un patient que son corps « le lâche », s'altère, dysfonctionne³ [9, 10]. Autrement dit, ce signal d'alarme active l'angoisse de mort via l'idée de l'altération du corps, et l'anxiété est la manifestation objective de cette angoisse archaïque.

Dépression, douleur chronique comme perte

La dépression serait associée à la douleur chronique chez 10 à 100 % des sujets selon les critères utilisés par les études [11]. Par consensus, on considère qu'environ un tiers à la moitié des douloureux chroniques présenterait un tableau dépressif.

La chronicisation d'un syndrome douloureux s'accompagne souvent de stress, insomnies, pertes des activités et de multiples réaménagements dans plusieurs secteurs de la vie du sujet et notamment au niveau intrafamilial. En fait, le cortège de pertes en tout genres (fonctionnelles, professionnelles, etc.) associé à la douleur chronique est alors pourvoyeur de dépression. En effet, depuis Freud [12], on sait que tout vécu dépressif prend naissance dans un sentiment de perte ; ces pertes étant nombreuses en douleur chronique, il n'est pas étonnant que la dépression soit un diagnostic de co-morbidité si important.

Anxiété, dépression et anticipation sont liées

Considérer qu'à la douleur aiguë est uniquement associée l'anxiété et à la douleur chronique la dépression serait une

erreur, car la douleur chronique est très souvent génératrice d'affects anxiodépressifs, autrement dit d'un tableau complexe associant de façon variable ces deux pôles affectifs. L'anxiété étant susceptible d'augmenter l'intensité perçue du trouble algique, ce d'autant plus que l'affect dépressif donne lieu à une moindre capacité du patient à contenir cette anxiété et à s'y adapter.

Si l'impact psychologique de la douleur est quasi systématique, il ne débouche pas de façon constante sur une mise au premier plan d'un trouble psychoaffectif.

Cet impact, traduisant une tentative d'adaptation au handicap en modifiant les comportements, est constitué d'une atteinte émotionnelle et narcissique affectant aussi bien l'humeur du sujet que ses relations (conflits, repli, etc.) et peut revêtir un sens plus ou moins conscient pour le sujet et impliquer des remaniements intra-psychiques.

La question reste cependant celle du statut que l'on souhaite donner à ces éléments de « co-morbidité » que sont l'anxiété et la dépression car l'un et l'autre sont ressentis de façon somatique par le patient, et de ce fait, font partie de la plainte adressée au somaticien⁴.

Aspects préalables ou psychopathologiques

La douleur appartient à la sémiologie de plusieurs diagnostics psychiatriques, mais qui ne va pas sans poser problème. On peut prendre l'exemple des troubles somatoformes du DSM-IV, dont les éléments diagnostiques sont loin d'être clairs et simples à manier cliniquement [13, 14].

La douleur peut également participer d'un tableau psychiatrique évoluant pour lui-même : hypochondrie, conversion, dépression, psychose, psychosomatisme. Dans ce contexte, le terme de douleur dite psychogène reste souvent abusivement employé comme un diagnostic d'élimination de toute autre hypothèse somatique, et reste, à tort, dévolu aux diagnostics dits de « trouble algique inexplicé » [13]. En fait, cette dénomination signe le plus souvent une fragilité narcissique, des conflits ou impasses relationnels ou une histoire difficile (abus ou abandon notamment), mais ne saurait être comprise comme un diagnostic à part entière.

Cette classification en différents aspects permet une visée explicative et une première compréhension du phénomène. Dans une approche clinique, la catégorisation des aspects de la douleur n'apportera que peu d'éléments à la prise en charge, ne se fondera que sur des hypothèses et créera un clivage entre douleur et psychisme. Ce dernier argument devant être saisi dans une globalité : l'inverse consisterait en une posture dualiste ne permettant pas de penser la clinique même si elle semble de prime abord aider à la compréhension du tableau.

³ Comme le montrent les études portant sur l'image du corps des patients douloureux rendus par les épreuves projectives de dessin. Voir à ce propos les travaux de Marie-Claude Defontaine-Catteau ou encore d'Éliane Ferragut.

⁴ Un Groupe de projet spécifique (GPS) de la Société française d'étude et de traitement de la douleur (SFETD) a été récemment constitué (mars 2010) pour notamment tenter de donner des éléments clairs de repérage quant à la question de savoir comment, pour chaque profession intervenant auprès du patient, ces aspects peuvent être compris, et comment accompagner leurs devenir.

Dimension relationnelle et environnementale de la douleur

La dimension environnementale de la douleur représente le contexte affectif dans lequel elle apparaît. Elle conditionne le ressenti douloureux et peut, entre autres, intégrer le contexte d'apparition de la douleur ou les représentations mentales que le sujet a de sa douleur. Les représentations mentales sont liées aux croyances et la douleur chronique s'accompagne souvent de croyances particulières concernant les tentatives de contrôle, le catastrophisme, la médication, etc.

Le contenu de la dimension relationnelle est vaste et comprend les relations sociales, professionnelles et familiales.

Le couple est, par exemple, le système le plus souvent influencé par le syndrome douloureux.

On connaît l'impact de la douleur sur la sexualité et la gestion des émotions [15,16]. Mais la douleur redéfinit également les rapports et peut cristalliser certaines habitudes visant au soulagement du sujet douloureux.

Une réorganisation progressive du « système couple » s'opère avec le temps : aménagement de l'emploi du temps du conjoint, nouvelle répartition des tâches quotidiennes, etc. [17].

Un changement trop rapide au cœur de ce qui a motivé cette nouvelle organisation, c'est-à-dire un quotidien douloureux, peut alors avoir du mal à s'envisager de nouveau, du fait d'un système l'englobant et ayant mis du temps à se mettre en place.

Place de la parole dans ces questions

Comme nous l'avons précisé plus haut, la douleur reste un phénomène subjectif. Son évaluation ne peut alors que très difficilement faire l'économie du discours du patient et de la part de subjectivité qui lui est associée. Gardons aussi à l'esprit que ce discours et cette tentative de transmission d'une subjectivité se fera à partir d'une relation soignant-soigné dont la qualité (confiance, empathie, sincérité) conditionnera en partie la participation du patient aux diverses solutions proposées par les différents acteurs du soin.

Le psychologue travaille sur le discours et la relation, dans une perspective dynamique et dimensionnelle plutôt que diagnostique et catégorielle, ce qui le différencie en partie du psychiatre. C'est ainsi qu'il est amené à écouter et à entendre (les ressorts de la souffrance, le sens du symptôme, etc.), qu'il apprécie plus qu'il ne mesure, tandis que le médecin interroge et examine, de même qu'il suggère ou propose, alors que le médecin prescrit.

Le psychologue reste un professionnel non somaticien exerçant en complémentarité et à une juste distance de la prise en charge somatique qui reste prioritaire à l'hôpital.

Interdisciplinarité de la prise en charge

L'objectif de la prise en charge par les structures douloureuses s'inscrit dans une perspective d'approche globale du patient. Cette philosophie du soin s'impose par la nature même de la douleur, comme nous l'avons vu précédemment. Pour autant, l'écueil serait de considérer que la simple juxtaposition de professionnels de métiers différents suffit à définir une organisation interdisciplinaire [18]. On peut dire que tous les intervenants traversent un même territoire mais en suivant leur propre carte.

Le risque est celui d'une prise en charge en « mosaïque » où les efforts de chacun seraient assemblés dans un tableau non unifié, c'est-à-dire qui juxtaposerait des regards différents sans construction d'une pensée innovante et co-construite (qui est la définition même de l'interdisciplinarité). La simple mosaïque de points de vue ne peut mener, au mieux, qu'à la reproduction d'un clivage entre données somatiques et psychiques, et peut aller jusqu'à une confusion où chaque professionnel s'accorderait la possibilité d'emprunter aux autres ses prérogatives et ses méthodes (un psychologue établissant un diagnostic somatique, un médecin inférant le sens psychique d'un symptôme, etc.). Pour éviter cet écueil, une bonne connaissance des rôles et fonctions de chaque intervenant est nécessaire, et il est vrai que dans cette question, la visibilité de « qu'est un psychologue » n'est pas toujours claire pour tous. Sa nature « non soignant » (ni médical, ni paramédical) et « non professionnel de santé⁵ » interroge d'autant plus que dans le quotidien clinique, son articulation avec les autres professionnels pourrait laisser penser qu'il partage les mêmes méthodes que ses collègues. Il n'en est pourtant rien, et c'est bien là son intérêt.

Rappelons qu'une co-prise en charge comprenant somaticien et psychologue reste un objectif majeur en ce sens qu'une prise en charge purement médicale ou purement psychologique perdrait du sens pour un symptôme situé dans le corps mais mobilisant aussi un psychisme. Ce mode de prise en charge est toujours souhaitable, mais souvent difficile à atteindre.

Soulager, soigner ou guérir ?

Quel objectif pouvons-nous nous fixer ? La douleur prenant une place centrale dans la vie de la plupart des patients, le but sera dans un premier temps de ne plus la laisser prendre la place d'une perception qui empêche « de vivre le reste », et de travailler autour d'une décentration de l'attention et des investissements psychiques par un large recadrage permettant à la personne de replacer ce phénomène parmi d'autres comme le désir, le social, les projets, etc.

La contenance, permettant un sentiment de sécurité, s'élaborera par une écoute attentive, non pas à visée d'identification causaliste d'un élément clef dans l'histoire du patient, ni dans un but diagnostique mais une écoute attentive à visée d'accompagnement. Une temporalité se joue alors différemment car face à l'urgence

⁵ Ce titre est générique : on peut être psychologue et ne pas exercer dans le champ de santé, comme par exemple les psychologues dits du travail exerçant dans le secteur du recrutement.

d'identification de la cause médicale des problèmes, le psychologue propose une temporalité différente. Le somaticien se base sur chronologie différente de celle dont le psychologue dispose pour accueillir le discours du sujet.

En effet, la temporalité médicale est celle du traitement et des soins, celle du psychologue est la temporalité de la dynamique psychique du patient. Le désir du sujet, sa volonté et un espace d'expression sont alors au premier plan.

Ces exercices différents s'expliquent par les deux formations bien distinctes du psychologue et du somaticien (psychiatre ou non), avec une grille de compréhension, des moyens mis en œuvre ainsi qu'un temps imparti dans la rencontre du sujet qui ne sont pas les mêmes. C'est finalement toute la dialectique de la synchronie et de la diachronie qui se joue ici, avec un partage des rôles sur ces aspects qui doit faire l'objet d'une entente entre chacun des intervenants.

Qu'est-ce qu'un psychologue clinicien FPH ?

Décret

Le titre de psychologue est reconnu depuis 1985⁶. Même si ce titre est générique, il existe plusieurs disciplines en psychologie (clinique, sociale, expérimentale, cognitive, développementale, du travail). Nous nous pencherons ici plus spécifiquement sur la question du psychologue clinicien, et plus particulièrement, exerçant dans la fonction publique hospitalière (FPH), puisqu'il s'agit du lieu d'exercice de la majorité des psychologues exerçant en structure douleur.

Les fonctions des psychologues de la FPH sont régies par des textes législatifs précis⁷. Les missions sont décrites en ces termes : « Cette fonction (fonction clinique) qui s'exerce dans le cadre des structures intra et extra hospitalières comporte par ailleurs une approche globale de la personne accueillie. En ce sens, le psychologue a une fonction de prévention. Il contribue à l'analyse et à l'aménagement des rapports entre la personne accueillie, les professionnels et l'environnement, favorisant ainsi une bonne articulation entre les différentes interventions ».

L'autonomie professionnelle du psychologue est inscrite dans le décret 91-129 du 31 janvier 1991 portant sur le statut particulier des psychologues de la FPH : « Les psychologues exercent les fonctions, conçoivent les méthodes et mettent en œuvre les moyens techniques correspondant à la qualification issue de la formation qu'ils ont reçue. À ce titre, ils étudient et traitent, au travers d'une démarche professionnelle propre, les rapports réciproques entre la vie psychique et les comportements individuels et collectifs afin de promouvoir l'autonomie de la personnalité ».

Elle figure également dans le code de déontologie des psychologues, notamment au chapitre II article 8 : « Le fait pour un psychologue d'être lié dans son exercice professionnel par un contrat ou un statut à toute entreprise privée ou tout organisme public ne modifie pas ses devoirs professionnels, et en particulier ses obligations concernant le secret professionnel et l'indépendance du choix de ses méthodes et de ses décisions ».

Le psychologue clinicien n'est pas le porteur d'un jugement moral, il travaille selon ses propres principes de formation notamment ceux d'attention positive inconditionnelle (selon le mot de Carl Rogers [19]) et de la bienveillance. Il est promoteur de la dignité de la personne et de son autonomie psychique. Il n'est ni médecin, ni paramédical, ni éducateur, ni assistant social.

Le psychologue est un spécialiste de la personne, du fonctionnement psychique et relationnel et non de la maladie. Il est centré sur la parole, l'écoute et la relation.

À noter que comme le souligne Bioy [20], le psychologue et ses consultations sont parfois vus comme « une analogie médicamenteuse », une solution magique, et la non-différenciation des modèles médicaux et psychologiques conduit selon lui au modèle erroné suivant : « quelques séances de prise de psy comme on prend un médicament, afin que le symptôme "psychogène" disparaisse ».

Méthodes

Le psychologue travaille en premier lieu avec la parole du patient, car elle est porteuse de sa propre dynamique psychique, de sa subjectivité, c'est-à-dire de la façon dont il se vit, vit son environnement et vit les interactions entre lui et l'environnement [21].

Il en découle que la méthode du psychologue clinicien est d'abord l'entretien clinique, qu'il soit à visée de suivi, d'évaluation ou de recherche. Mais il faut ajouter à cela les méthodes d'observation, de passation d'outils d'exploration de la dynamique psychique (tests psychométriques, épreuves projectives comme un test de Rorschach ou encore le dessin) et enfin la méthode particulière de l'étude de cas.

Le travail du psychologue s'exerce dans deux champs précis, parfois complémentaires :

- l'évaluation de la personnalité (à l'aide des outils que nous avons cités : entretiens cliniques, tests, etc.). La finalité n'est jamais ici d'établir un diagnostic mais de dessiner le plus précisément possible les aspects dynamiques de la personnalité du patient (nature et type des angoisses, conflits intra-psychiques, éléments de vie traumatiques, etc.);
- le suivi du patient dans un cadre psychothérapeutique ou de thérapie de soutien.

Concernant l'objectif visé dans le champ de la douleur par la mise en œuvre de ces méthodes, le but est finalement un soulagement du patient, que ce soit par une action cathartique de décharge émotionnelle (frustration, énervement, peur, tristesse, etc.), ou par une action de relaxation

⁶ Loi n° 85-772 du 25 juillet 1985.

⁷ Décret 91-129 du 31 janvier 1991 portant statut particulier des psychologues de la fonction publique hospitalière ainsi que la circulaire DH/FH3/92 n° 23 du 23 juin 1992, prise en application du décret 91-129 du 31 janvier 1991.

ou de prise de conscience de ressources jusqu'ici inconnues du patient ou difficiles à mobiliser (relaxation, hypnose, etc.), soit par un étayage du patient ou de la famille (rencontre informative, proposition de soutien par l'unité ou des collègues extrahospitaliers, etc.). Le contenu des entretiens varie forcément d'une rencontre à l'autre, mais on observe chez le psychologue la volonté de ne pas focaliser obsessionnellement chaque discussion sur la douleur, surtout face au sujet qui en fait son seul motif de rencontre et qui la propose comme unique motif d'échange. En suivant non pas la seule plainte douloureuse mais finalement tout ce que la douleur implique, on évite d'enfermer le sujet dans une logique compréhensible mais souvent illusoire de disparition totale de la douleur, pour ouvrir une réflexion sur des réaménagements possibles en fonction de ce que la douleur est venue mobiliser, remanier voire empêcher.

Fonctions du psychologue en structure douleur

Par rapport au patient (intra/extra) à la famille

Concernant les suivis de patients hospitalisés, l'équipe douleur pourra, à la demande d'un patient, de son entourage ou du service, proposer une première prise de contact avec un psychologue.

Le travail de l'équipe paramédicale est d'identifier chez le patient les indicateurs en faveur d'un contact avec un psychologue, puis de lui transmettre un possible motif de contact avec le patient. Le motif ainsi que les attentes du soignant et du patient formeront une demande qui restera à élaborer entre le soignant paramédical et le psychologue. La troisième étape sera alors l'introduction auprès du patient du psychologue par les professionnels médicaux ou paramédicaux, sorte de négociation entre l'avis d'une équipe et la volonté de celui qui souffre.

Pour autant, l'investissement par le patient de « l'offre psychologique » reste variable : certains patients offrent au psychologue ce qu'il est censé attendre et s'ensuit alors un dialogue quelque peu stéréotypé.

D'autres patients resteront distants et ne saisiront pas l'occasion d'une prise de contact : pour eux, la rencontre avec le psychologue peut paraître menaçante ou impliquer par la suite un investissement trop conséquent et dont le résultat serait incertain.

D'autres sujets parviendront par eux-mêmes à mobiliser les ressources qu'ils jugeront nécessaires pour faire face à la douleur sans l'appui du psychologue.

Entre ces situations, certains patients resteront dans une position d'ambivalence, ne sachant pas vraiment comment se saisir de cette rencontre dont le cadre est à co-construire et qui n'est pas totalement défini et structuré par le psychologue. Car le psychologue se saisit de la singularité de la rencontre tout autant que le patient.

On ne peut présager avant une rencontre du temps, du contenu et du type d'interaction auxquels on aura à faire. Les cadres thérapeutiques rigides sous-tendus par le suivi de *guidelines* ou par un nombre d'étapes définies à franchir pour atteindre un mieux-être statistiquement défini par la recherche ne peuvent pas représenter la logique du psycho-

logue. Ces cadres ont leurs raisons d'être, mais ne peuvent se confondre l'un l'autre. Le professionnel, défini par sa fonction de psychologue, se caractérise par son approche singulière et adaptée au patient (voire à la famille de ce dernier), en fonction de la situation présente.

Par rapport à l'équipe/aux autres services

Le psychologue d'une équipe douleur a une place spécifique et parfois inattendue dans le milieu hospitalier car il ne possède pas de formation médicale.

Centré sur le relationnel et le vécu psychique du sujet, sa place suppose une certaine distance vis-à-vis des soins ainsi qu'une disponibilité psychique.

Il peut être appelé par le patient ou par son entourage, par un médecin, un soignant ou d'une manière générale par n'importe quel acteur de la prise en charge. Il effectue un travail transversal dans une équipe pluridisciplinaire et ne se limite pas à la seule relation de professionnel à patient. Son autonomie est une de ses qualités, mais il n'est pas question d'une indépendance par rapport à l'équipe à laquelle il appartient.

Cette alchimie peut donc avoir lieu à travers la collaboration éclairée des psychologues et des somaticiens, suscitant dans le meilleur des cas une co-alliance thérapeutique. Le premier bénéfice est de proposer au patient la possibilité de travailler de manière différente avec plusieurs acteurs du soin. Mais le médecin devra rester un « élément » ressource – même symbolique – car il représente la porte d'entrée somatique par laquelle le patient a pénétré dans le milieu du soin.

On ne peut trop réduire les distances et confondre les places de psychologue et médecin qui sont bien différentes par leurs méthodes, places et fonctions. L'objectif final est commun, il vise le soulagement du patient, quel qu'il soit (physique, psychique) et sa réinsertion dans le tissu social. La formation des médecins devrait d'ailleurs comprendre une sensibilisation aux aspects subjectifs, communicationnels et relationnels de leur propre exercice, sensibilisation qui permettrait une optimisation de la prise en charge commune en évitant toute confusion entre les différentes fonctions. De la même façon, du côté du psychologue, une sensibilisation aux divers traitements et parcours de soins médicaux empruntés permettrait d'en comprendre l'impact dans le vécu du patient. Le propos n'est donc pas la formation de psychomédecins ou de médecins psychologues, mais de sensibiliser chacun aux abords de l'autre afin de créer une association synergique en redirigeant ou échangeant à bon escient sur les difficultés que le patient rencontrent.

Conclusion

La méthode du psychologue est applicable à plusieurs champs d'exercice. Au sein d'une structure douleur, sa place n'est pas toujours simple à définir dans un champ où prédomine le regard médical, ce qui peut paraître paradoxal

puisque le trouble algique est par nature inscrit dans les deux champs : somatique et psychique.

Sa spécificité et l'importance de son regard résident précisément dans une appréciation et un abord des éléments de la dynamique psychique du patient qui interagissent avec la douleur, et qui s'expriment au sein de la plainte douloureuse au-delà des aspects somatiques. Ainsi, si le psychologue peut avoir parfois pour fonction de porter une hypothèse diagnostique, il est surtout là pour décrire une dynamique psychique singulière en mouvement allant, au-delà, de la question du seul diagnostic. Une prise en charge psychologique va finalement toujours viser à l'élaboration d'un matériel apporté spontanément par le patient, ce qui ne peut donc la réduire au recueil de réponses à des questionnaires.

Par nature, le psychologue clinicien ne prend pas en charge un symptôme, mais la personne qui en est porteuse, au sein d'une stratégie thérapeutique où interagissent des praticiens de nature professionnelle différente.

Déclaration d'intérêts

Aucun.

Références

- [1] Queneau P, Froudarakis M, Salvador M, Villani P, Vital-Durand D. Automédication concernant les antalgiques. In: Queneau P, Ostermann G, editors. *Le médecin, le malade et la douleur*, 4^e ed. Éditions Masson; 2004. p. 389–98.
- [2] Magni G, Debortolini C. Chronic pain as a depressive equivalent. *J Postgrad Med* 1983;73:79–85.
- [3] Swanson DW. Chronic pain as a third pathologic emotion. *Am J Psychiatry* 1984;141:210–4.
- [4] Laurent B. Mémoire de la douleur. *Rev Neuropsychol* 2001;11(2):197–217.
- [5] Von Baeyer CL, Marche TA, Rocha EM, Salmon K, Teisseyre L, Wood-Pillette C. Mémoire et douleur chez l'enfant. *Douleurs* 2004;5(3):133–42.
- [6] Pain L. Douleur et mémorisation. In: *Communication au colloque « Douleur et Traumatisme »*. Dijon: LPPM—Université de Bourgogne; 2008.
- [7] Price DD. Psychological mechanisms of pain and analgesia. In: *Progress in pain and research management*, vol. 15. Seattle: IASP Press; 1999.
- [8] Price DD, Bushnell C. Overview of pain dimensions and their psychological modulation. In: Price DD, Bushnell MC, editors. *Psychological methods of pain control: basic science and clinical approach*. *Progress in pain and research management*, vol. 29. Seattle: IASP Press; 2004. p. 3–17.
- [9] Defontaine-Catteau MC. Quelles représentations de « l'interne »? Paris: Congrès de la SFETD; 2009.
- [10] Ferragut E. La dimension de la souffrance chez le malade douloureux chronique. Paris: Masson; 1995.
- [11] Craig KF. Emotional aspects of pain. In: Wall PD, Melzack R, editors. *Textbook of pain*. 2nd ed. London, Melbourne, New York: Churchill Livingstone: Edinburgh; 1989.
- [12] Freud S. Deuil et mélancolie. In: *Métapsychologie (1915)*. Paris: Gallimard; 1968, p. 145–71.
- [13] Bioy A. La douleur viscérale et troubles somatoformes : les classifications psychopathologiques en question. Paris: Congrès de la SFETD; 2009.
- [14] Cathébras P. Troubles fonctionnels et somatisation. In: *Comment aborder les symptômes médicalement inexplicables*. Paris: Masson; 2006.
- [15] Gevirtz C. How chronic pain affects sexuality. *Nursing* 2008;38(1):17.
- [16] Hamilton NA, Karoly P, Kitzman H. Self-regulation and chronic pain: the role of emotion. *Cogn Ther Res* 2004;28(5):559–76.
- [17] Bioy A, Nègre I. Prise en charge graduée du syndrome douloureux chronique. *Doul Anal* 2001;3:169–74.
- [18] Bioy A. Place du psychologue dans les « nouveaux dispositifs » de soins et la question de l'interdisciplinarité. *JDP* 2009;266:18–21.
- [19] Rogers C. *La relation d'aide et la psychothérapie (1942)*. Paris: ESF éditeur; 2008.
- [20] Bioy A. Lorsque les médecins de la douleur font de la psychologie... *JDP* 2007;246:35–9.
- [21] Zariffian E. *Les jardiniers de la folie*. Paris: Odile Jacob; 1988.