

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 ⁽¹⁾. 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 ^(2, 3, 4), 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 ⁽⁵⁾.

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 ⁽⁶⁾. 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 ⁽⁷⁾. 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 ^(8,9), 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.