

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 ⁽¹⁾. 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⁽²⁾. 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”⁽³⁾.

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⁽⁴⁾.

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⁽⁵⁾, 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 ⁽⁶⁾ 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 ^(4,7) 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 ⁽⁶⁾ 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.