

## 6. CONCLUSION

*Anne-Françoise Allaz*

### ■ UNE OFFRE THÉRAPEUTIQUE VARIÉE

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

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

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

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

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

## ■ UNE OFFRE THÉRAPEUTIQUE INDIVIDUALISÉE ET PRUDENTE

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

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

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

## Références

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

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