

1. INTRODUCTION

Anne-Françoise Allaz

■ PRÉSENTATION DE L'OUVRAGE

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

Cet ouvrage se concentrera sur les quatre domaines suivants :

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

organiciste et, de l'autre, d'élargir l'intérêt pour les dimensions psychologiques au-delà du concept un peu trop réducteur de douleurs d'origine "psychogène". Sans négliger les positions critiques concernant la place de la douleur dans la nosographie psychiatrique, il est utile pour la pratique de reconnaître l'intrication indépassable des facteurs somatiques et psychologiques lors de douleurs chroniques rebelles. Enfin, admettons que la présence d'une définition de diffusion internationale des "troubles somatoformes" a permis de mieux saisir ce champ grâce à de nombreuses études rigoureuses et à la possibilité de comparaison des populations étudiées. C'est dans ce contexte que plusieurs recherches épidémiologiques ont montré que le "syndrome somatoforme douloureux persistant", autrement dit la douleur chronique rebelle, est fortement associé à des troubles affectifs ou psychiatriques^(8,9) et qu'il est le mode de somatisation de loin le plus fréquent dans les pays occidentaux^(10,11).

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Références

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

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