

# Référentiel

## La prise en considération de la dimension psychologique des patients douloureux

Vannes 07 février 2014

[http://www.sfetd-douleur.org/rc/org/sfetd/htm/Article/2013/20130304-091330-854/src/htm\\_fullText/fr/Cahier%20SFETD%20n1%20-%20Mars%202013.pdf](http://www.sfetd-douleur.org/rc/org/sfetd/htm/Article/2013/20130304-091330-854/src/htm_fullText/fr/Cahier%20SFETD%20n1%20-%20Mars%202013.pdf)

# La prise en considération de la dimension psychologique des patients douloureux.

- **Présentation globale**

- Objectif : proposition d'un cadre pour la mise en œuvre des pratiques psychocorporelles et psychothérapeutiques.
- La problématique.
- Cas d'illustration.
- Propositions de recommandations.
- Glossaire.

# La prise en considération de la dimension psychologique des patients douloureux.

- La problématique
  - Constat: toute intervention d'un soignant est susceptible d'avoir un effet thérapeutique.
  - Donc: tenter de définir les limites de chaque fonction dans l'accompagnement du douloureux chronique.
  - En particulier par rapport aux pratiques psychocorporelles.
  - En particulier les différences et points communs entre psychologue et psychiatre.

# La prise en considération de la dimension psychologique des patients douloureux.

- Evaluation de la situation
  - L'évaluation psychologique tient une place essentielle.
    - Évaluation psychologique de la douleur.
    - Evaluation psychopathologique du patient.
    - Evaluation des conséquences psychologiques de la douleur ainsi que des capacités d'adaptation.
  - Participation de chacun:
    - Infirmier: identification des symptômes, évaluation de la douleur.
    - Médecin somaticien ou psychiatre: évaluation médicale et sociale.
    - Psychologue/ -iatre: orientation vers évaluation psychologique, suivi psy, psychothérapie.
  - Préférence pour une évaluation dès le départ pluridisciplinaire. (Rôle pédagogique)

# La prise en considération de la dimension psychologique des patients douloureux.

- Le repérage de la place du psychisme est nécessaire mais une évaluation psychologique n'a pas de caractère systématique.
- Place des psychologues:
  - Participations systématique aux situations complexes.
  - Déterminer l'usage des échelles psychologiques et dans quel objectif.
  - Participation à l'évaluation de la douleur.
- Orientation du patient vers un psychologue ou un psychiatre
  - Lorsque le patient est prêt.
  - Qui l'oriente vers le psy?
  - Sans demande initiale du patient, nécessité de donner du sens et de mobiliser le patient.
  - Que faire quand le patient refuse de « voir » un psy : travail de liaison

# La prise en considération de la dimension psychologique des patients douloureux.

- **La place des pratiques psychocorporelles.**
- Des questions :
  - ➔ évaluation psychopathologique systématique avant ?
  - ➔ hypnoalgésie et hypnothérapie : deux pratiques distinctes.
    - Quelle intention (en psychothérapie/hors psychothérapie)?
    - Qu'est-ce qui est psychothérapeutique ou pas ?
    - A quel moment est-on dans une pratique psychothérapeutique « sauvage » ? Quelles sont les limites à donner à l'usage de ces méthodes sur le plan de la législation, de l'acquis des compétences, des formations complémentaires?
  - ➔ la précision du cadre thérapeutique : par ex l'hypnose peut s'inscrire dans le cadre d'une éducation thérapeutique. Cadre à préciser en amont.
  - ➔ en cas d'hopi, quel professionnel mobilisé et avec quel objectif ?

# La prise en considération de la dimension psychologique des patients douloureux.

- **Les méthodes de travail**
- Fonctionnement et clarification des pratiques au sein des équipes chargées de la prise en soin et de l'accompagnement des patients.
  - la communication à propos des aspects psychologiques des patients et particulièrement :
    - la question de l'intention,
    - la définition du changement
    - la nature de ce qu'est une interprétation
    - comment faire émerger la demande
    - la proposition du projet thérapeutique.
  - la formation, une condition essentielle – la question de la validité des formations initiales et complémentaires de nature différente se pose.
  - titre de psychothérapeute ≠ exercice de la psychothérapie (formation spécifique, supervision)

# La prise en considération de la dimension psychologique des patients douloureux.

- → formation complémentaire ≠ qualité du praticien mais pré requis obligatoire.

L'usage d'une pratique ne signifie pas l'utilisation d'un titre.

Aucun des titres issus des pratiques psychocorporelles n'est un titre protégé et ne constitue une profession ou un métier.

→ financement

Eternelle question



## La prise en considération de la dimension psychologique des patients douloureux.

- **Comment adresser un patient douloureux chronique à un psychothérapeute ?**

Des freins importants à l'origine de résistances (côté patient et thérapeutes) :

- absence d'adhésion
  - refus du patient
  - difficultés du médecin à la proposer
  - peurs, croyances, jugements
  - systèmes de représentation de la maladie et de la douleur
  - environnement (attitude, ressources)

## La prise en considération de la dimension psychologique des patients douloureux.

- **Le contexte culturel, social et politique**
  - systèmes de représentation de la maladie
  - modes de compréhension du fonctionnement humain (théories)
  - liens entre fonctionnement physiologique (le corps) et mental ( l'esprit). « corps/esprit » : le corps malade s'oppose à l'esprit malade. Modèle partagé par bcp. Tbles organiques : valeur sociale positive. Patho mentale : faiblesse, menace pour la société. Pas de place pour le « psy » dans cette vision.
  - Modèle bio-psycho-social de santé : relations étroites entre le corps, l'esprit et l'environnement. Du mal à pénétrer le champ social.

## La prise en considération de la dimension psychologique des patients douloureux.

- - théories « profanes » sur la maladie et la douleur vs théories médicales : absence d'observance thérapeutique et échec de prise en charge.
  - L'attitude sociale vis-à-vis de la douleur : évolution ces 50 dernières années. L'évolution concomitante des savoirs et de la morale a fait entrer la douleur, expérience individuelle et métaphysique, dans le champ social : douleur- objet de soin biologique. Victimisation et colère valorisées par la société, couplées à une prise en compte des douleurs induites par les actes médicaux (chirurgie) légitiment la plainte, lui conférant une valeur forte d'expression sociale.

## La prise en considération de la dimension psychologique des patients douloureux.

- Vision machiavélique de la psychiatrie. Folie
- Absences
  - d'un environnement médicopsychologique cohérent : difficultés de fonctionnement pluridisciplinaire.
  - nombre très insuffisant de réseaux de soins douleur, de psychothérapeutes formés à la pec de la douleur chronique, de vacations « psy » dans les consultations de la douleur
  - de rémunération de l'acte de cs de psychologue (absence de reconnaissance sociale).
- Noter l'importance du lieu de prise en charge : ok dans une structure douleur, problématique en libéral.

# La prise en considération de la dimension psychologique des patients douloureux.

- → La conviction qu'une **cause organique** (connue ou inconnue) est la seule origine possible de sa douleur et de la gravité de son état, les émotions négatives (peur de la douleur, sentiment d'impuissance, peur de l'aggravation, perte de contrôle, frustration, colère..) renforcent cette conviction, d'autant que s'y associe l'attente inadaptée d'un **traitement rapide et radical**.
  - Les **difficultés relationnelles** rencontrées tout au long du parcours du patient, avec son entourage familial, professionnel, avec les assurances et les acteurs de santé contribuent à l'altération de la relation thérapeutique.
  - La dévalorisation personnelle, l'altération de son image du corps : la prise en charge par un médecin organiciste apporte alors une valeur « noble » à la plainte et la légitime ipso facto.
  - La peur de la folie, de la perte de contrôle de ses fonctions mentales, la méconnaissance du rôle du psy-chologue/-chiatre et de l'aide que celui-ci peut lui apporter ne font que renforcer son opposition : le « psy », c'est pour les « fous ».
- Les origines des résistances du patient sont donc multiples et complexes relevant de la culture, de l'expérience en cours, de processus psychopathologiques sous-jacents et de l'influence de son environnement

- **Les obstacles liés aux thérapeutes**

- Les obstacles sont là encore d'ordre conceptuel, psychologique et technique :

- la théorie médicale dichotomique ou à l'inverse la croyance dans une prise en charge globale pouvant être assurée par un thérapeute unique, polyvalent, l'habitude de travailler seul dans une relation « duelle » avec son patient,

- l'absence de prise en compte de la dimension sociale de la souffrance du patient (ex : aspects médico-légaux, handicap et adaptation) risquant d'entraîner l'absence d'adhésion du patient à tout projet thérapeutique quel qu'il soit,

- l'approche purement psychanalytique chez un douloureux chronique avec de très faibles capacités de verbalisation et une pensée opératoire couplée à une attente rapide de résultat,

- la carence de formation des thérapeutes sur le vécu des pathologies chroniques, sur l'anthropologie médicale,

- le clivage institutionnel Psychiatrie/Médecine dans les hôpitaux universitaires ne permettant pas ensuite d'intégrer ces deux champs dans des stratégies décisionnelles complémentaires,

- → la pluralité des psychothérapies et des écoles (psychanalytiques, TCC, thérapies psychocorporelles, hypnose...) pouvant dérouter : laquelle est indiquée pour ce patient ?
  - l'absence de psy-chologue/-chiatre dans l'équipe ou dans les réseaux : où et à qui adresser son patient ?
  - la peur de rompre le secret professionnel en particulier pour le psy-chologue/- chiatre : pouvoir respecter l'intimité du patient tout en fournissant les éléments nécessaires à l'équipe pour mieux comprendre la situation et élaborer un projet thérapeutique.

- **Propositions**

- Concernant le travail en équipe

- Pour tous les professionnels intervenant auprès du patient (psychologue, psychiatre, algologue, infirmier) :

- Avoir le même modèle de compréhension de la douleur chronique. L'approche biopsychosociale est un modèle qui permet cette approche

- transprofessionnelle. Elle peut intégrer de façon complémentaire, sans les opposer, les différents modèles théoriques de référence des praticiens (par exemple les courants psychodynamique et cognitivocomportemental).

- Savoir travailler en équipe, respecter les points de vue différents qui ne font que refléter la complexité du problème, développer une position éthique.

- Tenir compte du paramètre culturel et social : l'écoute active des interprétations que fait le patient sur son problème de santé est un préalable à toute décision thérapeutique. De même, les obstacles sociaux sont identifiés et pris en compte : ergonomie, poste de travail, attitude de l'environnement (assurances, famille, employeur et collègues), etc.



Concernant la relation avec les patients

→ Établir une relation thérapeutique de confiance par une écoute bienveillante et empathique. La souffrance du patient est entendue, il se sent soutenu et compris. Le champ d'exploration très large lors des entretiens d'évaluation de la douleur permet au patient de comprendre la complexité de son état douloureux, d'établir des liens entre évènements de vie et évènements de santé, de travailler sur les représentations et les interprétations. Ils permettent de retrouver des liens et une certaine cohérence à une histoire de santé compliquée qui s'intègre dans son histoire personnelle.

→ Faire apparaître les relations entre douleur-fatigue-troubles du sommeil et souffrance-stress- détresse psychologique par des mots simples (éducation patient). S'aider de supports documentaires écrits et de questionnaires (sur l'humeur, le retentissement fonctionnel...).

→ Choisir le bon moment pour proposer la passation (avis ou prise en charge) : **le bon moment est celui du patient** : celui où il comprend la démarche.

→ Impliquer l'entourage quand c'est possible.

L'ensemble de cette démarche vise à faire émerger une demande et à dédramatiser la consultation « psy ».

## **Concernant la société**

- Formation des acteurs de santé aux problèmes soulevés par les pathologies chroniques (dont la douleur), les handicaps, développer des modules transversaux (médicaux-psy) dans une approche bio-psycho-sociale.
  - Développement des recommandations : rôle des sociétés savantes.
  - Décloisonnement des spécialités, développement des réseaux de soins,
  - Éducation des populations : démystification des approches psychologiques, sensibilisation dès l'école à une approche intégrative du fonctionnement humain.
- 
- La prise en charge globale et transversale de l'enfant présentant une pathologie chronique invalidante : un modèle de prise en charge pour l'adulte douloureux ?

## En conclusion

Assurer une passation entre acteurs de santé ne signifie pas abandonner, mais travailler en partenariat avec le psy-chologue/-chiatre.

Concrètement cela signifie :

- Continuer le suivi du patient en le voyant régulièrement en consultation
- Travailler en relation avec le psy-chologue/chiatre : changer les traitements avec son assentiment, l'informer des diagnostics médicaux, des démarches médicales en cours, demander son avis en cas de besoin.

La passation : non pas abandonner, mais accompagner, conduire vers, confier à...