

Rôle du psychologue au Centre de Traitement de la Douleur

Pour une approche subjective de la clinique de la douleur

Ch. Chiffolleau

Psychologue clinicienne, Centre d'Évaluation et du Traitement de la Douleur, CHU Nantes

Résumé *L'abord psychologique du patient douloureux chronique s'effectue en fonction du champ de référence de chacun des acteurs de soins engagés. Dans le champ médical, l'offre de soins, différente d'une logique radicale, est centrée sur la qualité de vie du sujet et la meilleure gestion des ses douleurs. Dans le champ de la psychologie clinique, l'offre de parole permet au sujet douloureux de donner du sens à ce qui lui arrive, et reprendre l'initiative de sa vie.*

Mots-clés: Douleur chronique- subjectivité- psychologie clinique- pluri-disciplinarité.

Summary *The psychological approach with regard to chronic pain depends on the ethical position and field of reference of each practitioner. In the medical field, it is a radically different form of care that can lead the patient towards possible physical and quality of life improvement. In the field of clinical psychology, it is dialogue that can allow a patient experiencing pain to understand what is happening to him, providing support in his temporality and enabling him to take the initiative in his life.*

Key-words: Chronic pain, subjectivity, clinical psychology, multi-disciplinary approach.

Dans son récit (1), Françoise Giroud écrit :

« Qu'est-ce qui m'empêche d'aimer ma vie ? Voilà la question la plus dangereuse, mais aussi la plus constructive qu'on puisse se poser à certains moments de l'existence. La réponse peut vous conduire à faire tout valser, ou changer de métier et décider d'habiter seule avec votre chat, par exemple. Dans la vie, rien n'est jamais joué si l'on se refuse à subir, à être l'objet des autres. »

« **L'abord psychologique du patient douloureux chronique** » est fortement recommandé dans les textes officiels du Ministère de la santé au sujet de la prise en charge de la douleur, mais de quoi s'agit-il ? A quoi cela renvoie-t-il ?

Est-il question seulement de l'état psychologique d'un patient confronté à sa douleur ? Ou d'autre chose ? Que nous donne à entendre « un » sujet au prise avec « sa » douleur ? Certes, la douleur qui dure, entraîne dans la majorité des cas un retentissement psychologique. Le rapport du sujet à son monde se modifie. Si on s'en tient là, on rate une autre réalité, la réalité psychique (le sujet de l'inconscient). La vie psychique est un monde opaque qui obéit à un ordre original de réalité, auquel on ne peut pas échapper. « Lorsqu'on s'intéresse au drame humain, en tant que ce réel fait effraction dans la réalité des sujets atteints de maladies chroniques(...) et qui concerne le corps, leur lien à l'appel au social, il nous apparaît difficile

d'ignorer les aspects qualitatifs inhérents à une logique subjective dans ses liens avec le contexte » (2).

C'est tellement une réalité, que les médecins de la douleur sont souvent les premiers à être confrontés à « ça », à des manifestations de la subjectivité des patients, dans la parole, à des situations où la dimension psychique intervient plus précisément comme obstacle à la « guérison ». Cela se nomme « la réaction thérapeutique négative ». La question du sens ou du non-sens dévoile les limites possibles de la logique médicale. Comment la douleur devient une « étrangeté » à refuser, ne pouvant être interprétée par le médecin comme signe d'une pathologie organique ?

Beaucoup de patients souffrent du dos sans qu'il se chronicisent. Chez d'autres, certaines incohérences apparaissent, manifestant par là combien le sujet dit vouloir se débarrasser d'un symptôme auquel il tient. Ainsi nombres de lombalgiques chroniques usent de leur symptôme corporel dans leur relation à l'Autre : c'est d'ailleurs souvent la raison pour laquelle le mal dont ils souffrent est devenu chronique, parce qu'ils attrapent par ce biais quelque chose d'une jouissance. « Dès lors que douleur et investissement libidinal se trouvent liés par un type d'association, le rapport du sujet à son monde ne se trouve-t-il pas modifié ? (...). Il y a à différencier un corps réduit aux organes et un corps érogène, représentation issue des organes investis par la libido » (2).

Cette confrontation a amené l'équipe à évoluer dans son approche médicale de la douleur, à se décaler de sa logique « de faire taire » systématiquement le corps douloureux et donc à répondre autrement.

Ce qui fait qu'aujourd'hui, dans notre centre de la douleur, la réponse médicale passe d'abord par une offre de

Correspondance: Chistèle Chiffolleau, psychologue clinicienne, Centre d'Évaluation et de Traitement de la Douleur, Centre Hospitalier Universitaire Nord, F-44093 Nantes Cedex, France.
E-mail: christele.chiffolleau@club-internet.fr

soins différente basée sur le dialogue, qui est au centre de la prise en charge pluridisciplinaire, et en premier lieu, entre le médecin de la douleur et le patient... même si la demande de ce dernier le renvoie à son désir/refus de « guérir ».

Marie Santiago-Delafosse (2) souligne le risque, dans la réponse médicale de participer à une réification de « la » douleur, à une homogénéisation des vécus, s'opposant à une prise en compte des dimensions humaines « des » douleurs en tant que plaintes « adressées » s'incluant dans un réseau d'échanges et de représentations. Cela ne dépend-t-il pas alors du désir du médecin et de ce qu'il veut bien entendre? La douleur se présente comme un affect à reconnaître et/ou comme un symptôme à déchiffrer.

Même si l'efficacité médicale est attendue, le travail en équipe pluridisciplinaire ne signifie pas non plus de répondre « d'une seule voix », mais plutôt de respecter chacun des intervenants dans sa spécificité, et d'apporter « sa petite touche ».

Nombre d'études anglo-saxonnes mettent en évidence que dans ce type de pathologie chronique, le suivi psychologique est bien moins coûteux et plus efficace que le seul suivi médicamenteux » (2).

Préciser les places, fonctions et objectifs de chaque intervenant favorise non seulement une intervention adaptée, mais, de plus, facilite le travail collectif en organisant l'espace et les rôles de chacun.

« Une » place de psychologue clinicienne dans le centre de la douleur de Nantes

Le psychologue clinicien a « une » place dans l'institution hospitalière, celle qui lui est faite et celle qu'il se fait, j'ai « une » place au centre de la douleur et j'ai à faire « ma » place auprès d'une équipe multidisciplinaire. Elle est toujours à travailler. Sa spécificité se définit autour de la démarche médicale, de mon champ de référence théorique, psychanalytique, et de l'institution. Elle se fonde sur la position particulière prise dans cet espace à trois dimensions. « Clinicien », avant tout, ce qui veut dire préserver un espace pour qu'une expression singulière puisse se faire avec un outil spécifique qui est la parole. En psychologie clinique, l'écoute de ce qui est dit, de l'enchaînement du discours du sujet est de mise, mais aussi renoncer à toute mise en forme immédiate qui ne serait pas celle du sujet, se contenter de ce que le sujet veut bien donner à entendre, sachant que c'est incomplet. La mise en sens ne se fera que par le sujet lui-même. C'est en laissant un espace libre, un lieu d'adresse où le sens manque que le sujet peut advenir et où l'activité de la parole et de la pensée peut se déployer. Seule la subjectivité de la parole de chacun peut permettre de comprendre quelle place une douleur prend pour le sujet en fonction de sa structure.

La clinique de la douleur amène à porter une attention particulière à la plainte corporelle et à ses fonctions subjectives chez le patient. La plainte exprime « ses » inquiétudes et « sa » souffrance, son besoin de communiquer, son appel au social, « son insertion dans le monde des représentations et des mythes humains ». Elle fait partie du processus de reconstruction du monde dans le rapport subjectif au social.

La présence du psychologue clinicien permet aussi de soutenir la dimension subjective de chacun auprès du médecin de la douleur, des psychiatres, et des soignants.

Ce qui intéresse c'est le sujet dans sa singularité et dans son monde. De quel sujet s'agit-il dans la démarche clinique? « Une psychologie clinique de la santé concrète et qualitative doit tenir compte des trois sujets : sujet des conduites, sujet de l'inconscient et sujet social » (2).

« La mission fondamentale du psychologue est de faire reconnaître et respecter la personne dans sa dimension psychique. Son activité porte sur la composante psychique des individus, considérés isolément ou collectivement » (3).

Le travail de la demande et de l'offre

Lorsque les patients étaient systématiquement hospitalisés dans le service et la mise en échec de certaines prises en charges observée, la question de la demande et de l'offre s'est posée.

Qu'en est-il des demandes des patients? Qui demande quoi? A quelle demande a-t-on affaire? Est-ce la demande du patient?. Qu'en est-il du désir de guérir de chaque patient? Au-delà de l'aspect organique de la douleur, il y a à prendre en compte le sujet dans son entier, avec sa structure.

Marie Santiago-Delafosse (2) met en garde le médical au sujet de la dérive possible instaurée par la dialectique de la demande et du besoin.

Les patients qui sont adressés au centre, dans un premier temps à la consultation à laquelle je participe, ont un parcours conséquent, parfois impressionnant, jalonné de tentatives thérapeutiques, qui ont pu avoir leur effet ponctuel, mais non dans la durée. Tout cela s'accompagnant d'un vécu particulier, avec un air de « mauvaise rencontre » allant jusqu'au rejet par le patient du médical ou du patient par le médecin. Le centre peut alors représenter « leur dernier recours ». C'est dans cette réalité que la rencontre se fait ou ne se fait pas.

La plupart du temps, la demande initiale du patient est une demande de guérison, qui renvoie à son désir/refus de retrouver un état de santé « comme avant ». C'est de ce côté là que le médecin de la douleur est interpellé par le patient : « il faut que cela cesse », le médecin est investi dans sa position de toute puissance, s'adressant à un Autre supposé savoir sur la guérison. Il fait l'objet de demandes incessantes, mais celles-ci ne reflètent pas toujours le désir du patient. Et tout l'art du médecin sera de se dégager de cette place où il est attendu pour tenter de faire entendre à certains sujets douloureux chroniques qu'une autre offre de soins que celle qu'ils ont déjà entendue auparavant, est possible, et qui ne proposera pas d'éliminer leurs douleurs. Un médecin peut être opérant quand il propose de ne pas opérer ou intervenir. Il inscrira la prise en charge dans une temporalité qui ne sera pas celle du traitement mais celle du patient.

A côté de cette offre de soins, l'écoute du psychologue clinicien semble avoir une incidence sur l'engagement ou non de certains de ces patients dans leur prise en charge, après une (ou des) rencontre(s) en consultation et y l'expression d'une souffrance, d'une douleur morale. Ce sont des temps où il se trouve convoqué au cœur du malaise subjectif.

La particularité de ces rencontres cliniques avec certains sujets amènent à faire des offres de parole, à inviter des sujets à revenir en consultations. Il appartient alors à chacun de s'en saisir ou non.

Pour le psychologue clinicien, la dimension de l'altérité est à préserver. Il offre son écoute à celui qu'il reçoit. Et cet acte, car il s'agit d'un acte, préserve à l'autre sa place de sujet de son propre discours. L'autre est écouté dans le respect de tout ce qui l'anime, sans jugement moral, dans toutes ses différences, et non dans un but de normalisation. Il offre à l'autre la possibilité d'en dire quelque chose, soutenant par là sa question de sujet, son désir.

Ainsi, ce qui se profile, est la possibilité d'articuler une offre de soins propre au centre de la douleur qui se décale d'une réponse médicale radicale, dans une logique de « faire disparaître la douleur » et une autre offre, un lieu d'adresse, à un sujet confronté à une « déshumanisation ». C'est sa parole « qui permet au sujet d'approcher de sa vérité, (...) Cette parole une fois dite, le sujet n'est plus pareil, il s'en trouve transformé. Elle conduit le sujet à reconnaître un désir qui le concerne » (4).

« Une des choses dont nous devons le plus nous garder, c'est de comprendre trop, de comprendre plus qu'il y a dans le discours du sujet (...). Et la situation du sujet est essentiellement caractérisée par sa place dans le monde symbolique, autrement dit dans le monde de la parole » (5).

Bibliographie

1. *Giroud Fr. : On ne peut pas être heureux tout le temps*, Fayard édition, p. 278, 2001.
2. *Santiago-Delafosse M. : Psychologie de la santé, perspectives qualitatives et cliniques 65*, Mardaga édition, pp. 114-115, 2002.
3. *Code de Déontologie des psychologues*, 1996.
4. *Le Bourvellec G. : L'impossible à supporter. Médecine Palliative 46*, 47-48, 2002.
5. *Lacan J. : Les écrits techniques de Freud*, Seuil édition, p. 87, 1975.

Page 172
Blanche