

Thérapies stratégiques et développement des activités socialisantes chez le douloureux chronique au Centre d'Évaluation et de Traitement de la Douleur

J. Artagnan, J. Nizard, B. Robin, C. Chiffolleau et Y. Lajat

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

Résumé Un thérapeute comportemental et stratégique intervenant dans un Centre de Traitement de la Douleur s'attache à développer avec le patient douloureux chronique, initialement polarisé sur la sensation douloureuse exclusive, d'autres sensations et émotions générant de l'activité, du plaisir et du contact social afin de l'aider à reformuler un projet socio-familial et professionnel. Il évalue d'abord les répercussions affectives et environnementales de la maladie douloureuse, en insistant sur l'aspect émotionnel d'expériences anciennes marquantes que le patient a pu gérer favorablement, puis il inventorie avec le patient ses ressources propres, encourage le patient à s'approprier certaines adaptations cognitives, notamment en favorisant le repérage des progrès même minimes. Différentes techniques peuvent être utilisées en complément de l'approche stratégique, à médiation sensorielle et/ou corporelle: hypnose, relaxation, musicothérapie, sophrologie, etc. Le thérapeute encourage enfin la mise en place d'activités extra-professionnelles et socialisantes, qui ont pour but de décentrer le patient de sa plainte douloureuse et permettre sa réappropriation d'une place et d'un projet social. Les patients sont encouragés à développer leur persévérance afin d'être mieux à même de gérer leur pathologie douloureuse au long cours et les rechutes éventuelles.

Mots-clés: Douleur chronique, psychothérapie, sociothérapie, pluridisciplinarité, Centre de Traitement de la Douleur.

Summary A behaviorist and strategic therapist working in a Pain Centre with a patient suffering from chronic pain, and mostly concentrating on an exclusive sensation of pain, endeavours to develop other sensations and other emotions leading to activity, pleasure and social mixing, in order to help him define a new social, family and professional project.

First, he evaluates the consequences of the painful disease upon the patient's feelings and surroundings, insisting at the same time on the emotional aspect of former striking experiences that the patient has been able to control favourably.

Then, with the patient's cooperation, he makes a list of all his own resources and encourages him to acquire some forms of enlightenment, especially by showing him how to realize that he has indeed improved, even at a small degree. Different techniques can be used as assets to this strategic approach, such as the sensorial and/or corporal interference: hypnosis, relaxation, psychotherapy, sophrology.

Finally, the therapist encourages the organisation of extra-professional and community-mixing activities, the aim of which is to deviate the patient from his pain complaint and enable him to find a new place in society and to draw new plans for the future. The patients are encouraged to have a more persevering attitude, in order to be in a better condition to deal with their painful pathology in the long term, together with possible relapses.

Key-words: Chronic pain, psychotherapy, sociotherapy, multidisciplinary approach, Pain Centre.

Introduction

Chez le douloureux chroniques, la gravité des conséquences fonctionnelles, psychologiques et socioprofessionnelles organisées autour du stimulus douloureux initial, contrastent – souvent de façon frappante – avec la nécessaire élaboration d'un « nouveau projet de vie » que les soignants et/ou l'entourage socio-familial du patient l'encouragent à développer.

Pendant sa prise en charge au Centre de Traitement de la Douleur, il est proposé au patient de (re)chercher et développer ses compétences (accessoires; délaissées, parfois

du fait de la chronicisation des douleurs ou jamais abordées), notamment sensorielles, artistiques ou sociales.

Nous allons tenter de montrer comment cette démarche, fortement influencée par les écoles ericksonienne et de *Palo Alto*, ainsi que la pratique de la musique et de la musicothérapie, peuvent trouver leur place dans l'abord pluridisciplinaire du douloureux chronique, et jouer un rôle de « déclencheur », étape préalable à une reprise d'activité professionnelle, ou moyen, parmi d'autres, de rompre le cercle vicieux de la plainte: « j'ai mal, je ne peux plus rien faire/si je n'avais pas mal, je ferais »; et « mettre fin à la plainte, qui entretient la douleur, qui entretient la plainte » (8).

Nous pensons que, comme pour d'autres traitements de longue durée, apanage des malades chroniques, le suivi est important pour vérifier la pertinence du projet, et

Correspondance: Dr Jane Artagnan, Centre d'Évaluation et de Traitement de la Douleur, CHU Nord, F-44093 Nantes Cedex.
E-mail: jartagnan@free.fr

aussi, sans doute, profiter de l'apparente futilité du sujet pour établir un entretien moins directement centré sur la douleur. Nous croyons que, faute de matériel et de temps, les ressources de cette démarche sont sous-exploitées.

La douleur, une expérience sensorielle et émotionnelle désagréable... (IASP, 1979)

Entre la lésion douloureuse initiale et la prise en charge par le Centre de la Douleur, le patient a souvent vécu l'ensemble des composantes de la douleur proposées par l'International Association for the Study of Pain.

- **L'expérience sensorielle** s'est entièrement consacrée, concentrée sur la douleur, comme si cette perception avait éteint toute autre sensation. Le patient entend et écoute, voit, regarde, et montre sa douleur : « Regardez mes mains » répète – et c'est sa réponse à tout – un patient porteur d'une polyarthrite. Il « sent » qu'il ne pourra plus faire « comme avant », et en conclut qu'il ne pourra plus rien faire. La meilleure gestion de ses capacités restantes est effacée par le bilan de « tout ce qu'il n'a plus et qui lui manque pour faire et être reconnu », Ce bilan de ses pertes, qu'il vit intensément, occupe une bonne part de son temps.
- **L'expérience émotionnelle** est vécue entièrement en négatif. La réduction habituelle en temps, en assiduité, en investissement, des activités professionnelles ou familiales, libère un jugé totalement inutilisable pour d'autres activités (domestiques ou de loisirs). La place que le patient occupait dans la vie des autres antérieurement est relativisée, de petits conflits peuvent être montés en épingle. Résignation et agressivité contribuent en cercle vicieux au repli du patient sur sa douleur et son isolement.
- **Lésion tissulaire réelle ou potentielle ou vécue comme telle?** « On me dit que c'est dans la tête », « Je ne suis pas fou » « On ne me comprend pas, on ne m'écoute pas »... Les liens entre l'histoire personnelle et familiale du patient, ses événements de vie, et la genèse et/ou l'entretien de ses douleurs sont souvent mal compris/interprétés, et peuvent faire l'objet d'un travail spécifique.

La démarche du thérapeute stratégique

Elle consiste notamment à tenter de récupérer ces territoires perdus, et développer d'autres sensations, d'autres émotions que la seule douleur, générant de l'activité, du plaisir et du contact social, les progrès prouvant au patient qu'« il n'est quand même pas fini » (sic), et – c'est encore mieux – qu'il est capable de reformuler un projet socio-familial et/ ou professionnel.

Le thérapeute en charge de cette approche au Centre de Traitement de la Douleur est médecin anesthésiste, avec une longue expérience de l'analgésie sonore péri-opératoire (« on se réveille, on cherche la douleur, on trouve la musique et ça change tout! ») (4), titulaire du Diplôme Inter-Universitaire de la Douleur et ayant bénéficié d'une formation de deux ans à l'hypnose et aux thérapies brèves, et de deux ans en musicothérapie : il a pu observer que si la douleur peut faire perdre l'intérêt pour la musique, la sensation sonore et l'émotion musicale peuvent grignoter leur part de la perception douloureuse.

Il rencontre les patients hospitalisés au Centre de la Douleur, une fois par semaine, et propose un relais par une écoute téléphonique et/ou une correspondance par e-mail.

Cette consultation fait suite à celle des psychiatres et de la psychologue et aux entretiens infirmiers ; elle s'articule avec le staff pluridisciplinaire hebdomadaire du Centre. Cette procédure, nécessaire au travail en synergie des différents acteurs de la prise en charge, limite les questionnements itératifs, et permet de réorienter le travail de chacun. Les inconvénients de la répétition sont cependant tempérés par son image dédramatisante et son aspect pédagogique. Les patients paraissent sensibles à cette démarche d'équipe, avec des discours complémentaires, mais dont la direction commune de réinsertion est clairement affichée, comme l'encouragement qui leur est donné de participer activement à leur prise en charge : la connotation artistique et occupationnelle, indirectement professionnelle de notre intervention thérapeutique peut contribuer à lever des résistances au changement.

Evaluer les répercussions affectives et environnementales de la maladie douloureuse

Ces répercussions ont déjà largement été inventoriées par l'équipe pluridisciplinaire lors des consultations précédant l'admission, puis lors de la première semaine d'hospitalisation.

Le thérapeute stratégique peut alors insister sur **l'aspect émotionnel d'expériences anciennes marquantes, que le patient a pu gérer favorablement**, et qui pourront constituer le point de départ d'un projet mobilisateur, dans un domaine où le patient a expérimenté sa compétence.

Inventorier, avec le patient, ses ressources propres

Ceci repose notamment sur l'évaluation de ses fonctions cognitives, de sa culture, de son vécu sensoriel, mais aussi sur l'identification, dans son entourage, des personnes ressources, susceptibles de l'aider, le stimuler, entretenir sa motivation, et si possible, de partager l'intérêt pour l'activité retenue. Il sera important d'en souligner le rôle thérapeutique. Les talents/ressources que le patient n'a pu exploiter, qu'il regrette de n'avoir pas entretenus, ou qu'il a été empêché de développer sont les plus motivants et plus investis d'un pouvoir de réparation et de revalorisation. Il est important que le patient puisse y retrouver du plaisir, pour lui même et pour ses proches, qu'il puisse s'accorder du temps pour s'y consacrer, repérer une progression elle-même réparatrice de son image généralement dévalorisée.

Il est possible de débiter le piano, l'informatique ou l'aquarelle tardivement, l'objectif n'étant pas la célébrité, mais la recherche des compétences du patient, sans qu'il soit exposé à la pression qu'il a pu ressentir dans sa vie professionnelle, ou au regard des autres qu'il a pu ressentir de façon hostile.

Encourager le patient à s'approprier certaines adaptations cognitives

Le patient sera encouragé à :

- s'autoriser à prendre du temps pour lui, ce qui pourra nécessiter des efforts assidus ;
- participer à la gestion de ses douleurs et positiver l'image qu'il a et donne de lui ;

- exploiter d'avantage ses compétences, en se rendant compte qu'il est encore capable d'apprentissage et de progrès, même minimes au début;
- mettre fin progressivement à son isolement familial et social;
- faire entendre sa voix (musique oblige), au sens propre, ou se manifester, en mobilisant ses ressources, est une alternative à « laisser parler son corps ». Les principes qui conduiront ces adaptations (la persévérance, le dosage et la progressivité) sont les mêmes que ceux qu'il met en œuvre dans sa rééducation à l'effort, par exemple, et un aspect complémentaire de l'utilisation optimisée de son corps et de ses ressources.

Utilisation de la musicothérapie au Centre de la Douleur

Les travaux de *Beck* à propos de l'utilisation de la musique dans la douleur cancéreuse (1) peuvent être utilisés pour les douleurs non cancéreuses, comme d'autres approches en art-thérapie.

- **La composante sensorielle** est généralement rapportée aux sons de basses fréquences (par exemple chants tibétains, certains folklores). Les études de *Chevsky*, à propos des patients fibromyalgiques, confortent cette hypothèse (3).
Y participent également le rythme de la composition (corrélé à la respiration), et son harmonie, à forte connotation émotionnelle et culturelle, ce qui implique un choix musical soigneux.
De façon comparable, les influences thérapeutiques du développement sensoriel pour une meilleure gestion des douleurs chroniques et/ou de leur retentissement physique et psycho-social sont pressenties par ailleurs pour la lumière (exposition naturelle ou en lumniothérapie (6), utilisée au Centre de la Douleur), des arts visuels, des formes, de la palpation des matériaux...
- La **composante émotionnelle** de la musique est principalement attribué à la ligne mélodique, mais aussi aux souvenirs associés à l'écoute (5). Mais les mécanismes en cause sont probablement multiples et interactifs (7) et, dans la pratique, l'observation de la réceptivité musicale lors d'un bilan psycho-musical (9) en est un assez fidèle indicateur.
Au Centre de Traitement de la Douleur, le bilan psycho-musical ne peut être que succinct, compte tenu du temps qui devrait être dédié pour une écoute longue et contrastée, l'interrogatoire du malade y palliant cependant dans une certaine mesure.
- La **composante cognitive** de l'écoute musicale désigne l'attention de l'auditeur, plus ou moins intellectualisée en fonction de sa culture spécifique et de sa compétence. Elle est sollicitée lorsque le patient est invité à organiser son écoute, à la partager, l'analyser, et la soumettre au commentaire du thérapeute. Elle peut favoriser l'émergence d'une nouvelle relation dans le cadre de la famille ou d'un groupe. Elle est encore davantage sollicitée par l'apprentissage et la pratique d'un instrument, des bénéfices supplémentaires peuvent alors être tirés des progrès réalisés ou de la récupération de niveaux de compétence antérieurement atteints.

Hypnose et relaxation

Le thérapeute utilise, enfin, parfois l'hypnose (moins souvent que les patients ne le demandent) et la relaxation, avec des objectifs orientés sur les autorisations, les compétences, les expériences antérieures ressenties comme gratifiantes ou gérées avec adresse.

Intégration du thérapeute stratégique au projet thérapeutique

La participation du thérapeute stratégique au projet du patient consiste, outre son action propre en concertation avec les autres membres de l'équipe pluri-disciplinaire, à développer des partenariats avec des acteurs externes, enseignants de qualité et motivés (le plus souvent hors système de soins). Une règle d'or doit cependant être respectée chez les douloureux chroniques à la sortie du Centre de la Douleur, les intentions étant fragiles: ne pas faire trop attendre le démarrage de l'activité ...

- **Favoriser la réappropriation des activités de la vie quotidienne**
Certains objectifs du patient ne sont encouragés qu'à regrets, lorsqu'ils semblent pérenniser l'isolement du patient, et n'apporter qu'un changement minime au statut du douloureux, sauf s'il s'agit d'une étape conduisant à mieux; par exemple, aller promener le chien paraît plus intéressant que lui ouvrir la porte, mais il est préférable d'encourager une telle activité à deux, en utilisant l'allongement du périmètre de marche comme critère d'évaluation.
Ailleurs, on pourra encourager et valoriser des activités abandonnées: par exemple, chez cette patiente, l'élaboration du réveillon (avec des conséquences positives sur l'opinion d'une belle mère redoutée) suivie de l'initiative de s'inscrire dans une chorale, où elle pourrait se faire plus d'amies, alors que, quelques semaines plus tôt, elle ne sortait plus de chez elle...
- **Encourager toutes activités artistiques et/ou socialisantes** (de préférence dans une structure semi collective), par exemple la musique, l'aquarelle, l'informatique...
Nous suggérons aussi volontiers la pratique du chant choral ou du théâtre, qui nous paraissent de bons outils de la prévention/gestion des rechutes, et sont l'occasion d'une création, en relation avec d'autres, avec une dimension sociale lorsque la présentation d'un spectacle est envisagée, même si cet aspect est quelquefois redouté au début. Le chant oblige le choriste à reconnaître et à maîtriser sa voix, à la placer par rapport aux autres, à s'accorder avec. Il suppose ailleurs une éducation respiratoire et donne l'occasion d'exprimer un trop plein d'émotions (2).
- **Encourager une pratique actuelle en expliquant son effet thérapeutique:** ce peut être la transformation de l'écoute musicale habituelle en musicothérapie réceptive propice à la relaxation, à la modification de l'état d'âme, à l'induction d'une transe hypnotique légère; ou l'orientation vers l'expression graphique « libre » plutôt que la reproduction, forcément plus contrainte, d'œuvres. Ce peut être ailleurs de suggérer à une patiente nostalgique de son activité professionnelle de retoucheuse en photographie et qui se

plaint de ne plus communiquer avec son mari depuis qu'elle souffre et que lui-même vit « la main scotchée à la souris de son ordinateur », d'apprendre « avec lui » l'utilisation des logiciels de photographie, à la recherche de moments ressentis « par elle » comme plus valorisants.

Dans tous les cas, la démarche, même si elle est encouragée par l'équipe, doit être **mise en œuvre par le patient**, avec des points d'étape avec le thérapeute : profiter du week-end au domicile pour aller chercher une documentation, faire le tour des luthiers, passer à l'école proposer d'aider au soutien scolaire, proposer son aide à une association, sont un premier pas pour sortir de la souffrance (sinon, au moins au début, de la douleur) et vers la **réappropriation d'une place et d'un projet social**.

Conclusion

Les moyens employés par le thérapeute stratégique participent à l'évaluation et la prise en charge de la douleur chronique et de son retentissement.

Cette approche nous paraît encore incomplètement explorée et exploitée, et pourrait, dans l'idéal (mais les moyens des structures de lutte contre la douleur ne le permettent pas actuellement), être complétée par l'apport d'un psychomotricien et d'autres art-thérapeutes. Ce thérapeute facilite l'accompagnement des patients, leur suivi, et encourage leur assiduité à se prendre en charge, la progression de leurs projets, ou de leurs compétences, qui doivent être réactivés notamment lors des rechutes. Les patients peuvent faire appel à lui après leur sortie du Centre, et nous avons, avec le temps, constaté qu'il était

utile de leur demander de tenir, même par écrit, l'équipe au courant de leurs avancées, ou moments de recul.

Les patients sont encouragés à développer leur persévérance, afin d'être mieux à même de gérer leur pathologie douloureuse au long cours, et les rechutes éventuelles.

Ce travail peut enfin constituer l'amorce d'une prise de conscience, par le patient, de l'utilité d'un travail psychothérapeutique.

Bibliographie

1. Beck S.L. : *The effect of the therapeutic use of music on cancer-related pain*. Salt Lake City, University of Utah, 1988, dissertation.
2. Castarede M.F. : *La voix et les sortilèges*. Edition Les Belles Lettres, collection Confluents psychanalytiques, Paris, 1989.
3. Chesky C. : *Fibromyalgia tender point pain : a double blind placebo controlled study of music vibration using the music vibration table*, University of North Texas, Denton, 1996.
4. Combeaud E. : *Musicothérapie et anesthésie : la détente psychomusicale au bloc opératoire, Mémoire de musicothérapie – Université Montpellier*, 1997.
5. Jost J. : *Equilibre et santé par la musicothérapie*, Editions Albin Michel, Paris 1990.
6. Levitt A., Joffe R. et al. : Bright light augmentation in antidepressant nonresponders. *Journal of Clinical Psychiatry* 52, 33-37, 1991.
7. Platel H., Price C., Baron J.C. and Lechevalier B. : *The structural components of music perception : A functional anatomical study*, 1996 (INSERM U.320).
8. Roustang F. : *La fin de la plainte*. Editions Odile Jacob, Paris, 2000.
9. Verdeau-Pailles J. : *Le Bilan Psycho-Musical et la Personnalité*. Editions Fuzeau, Paris, 1993.