



RÉFÉRENTIEL

La prise en considération de la dimension psychologique des patients douloureux

n°1

LES CAHIERS DE LA SFETD



Société Française d'Etude et de Traitement de la Douleur

SOMMAIRE

Préambule	1
Constitution du groupe de travail	
Introduction	3
La problématique	4
L'évaluation de la situation	
Le diagnostic	
L'orientation du patient vers un psychologue ou un psychiatre	
La place des pratiques psychocorporelles	
Situations cliniques prototypiques illustrant la problématique	9
Cas clinique n°1	
Cas clinique n°2	
Cas clinique n°3	
Rôles, fonctions et compétences des professionnels intervenant auprès des patients douloureux chroniques : propositions de recommandations	17
Parcours du patient et fonction de chacun	
Quelles formations requises ? Avec quelles garanties ?	
Fonctions de chaque professionnel	
Schéma récapitulatif du parcours patient	
La passation ou comment adresser un patient douloureux à un psychothérapeute	
Propositions	
Glossaire	26
Textes législatifs : références	33

Préambule

La prise en compte des aspects psychologiques d'un patient fait partie d'une obligation de santé. Pour autant, les prérogatives, fonctions et limites d'action des trois principaux acteurs exerçant dans le champ de la santé (médecin, infirmier, psychologue) restent mal définies par les textes officiels. Si la question de l'évaluation psychique d'un patient relève assez clairement du psychiatre et du psychologue, concernant la dimension du suivi psychologique sous toutes ses formes (soutien et psychothérapie principalement), les choses restent à mieux définir.

Ce référentiel a pour objectif de proposer un **cadre de travail contenant** pour la mise en place de pratiques psychocorporelles et la prise en charge psychothérapeutique des patients douloureux chroniques au sein des équipes chargées de les accompagner.

Constitution du groupe de travail

- **Antoine Bioy**, Docteur en psychologie clinique, au Centre d'évaluation et de traitement de la douleur du CHU Bicêtre et enseignant chercheur à Dijon
- **Séverine Conradi**, Psychologue clinicienne, Unité Douleur, Hôpital Central – CHU NANCY
- **Marie Claude Defontaine-Catteau**, Psychologue clinicienne/Psychanalyste, Centre d'Évaluation et de traitement de la Douleur CHRU LILLE
- **Mathieu Dousse**, Psychiatre, PARIS
- **Édith Gatbois**, Pédiatre, praticien hospitalier, unité fonctionnelle de lutte contre la douleur, hôpital Trousseau AP-HP PARIS, Pédiatre coordinateur HAD AP-HP PARIS
- **Jean Michel Gautier**, Cadre de santé, coordonnateur Réseau Inter CLUD Languedoc Roussillon – CHRU MONTPELLIER
- **Dominique Gillet**, Infirmière ressource douleur, UETD inter hospitalière du Voironnais – VOIRON
- **Nathalie Lelièvre**, Juriste en droit de la santé – LYON

- **Anne Margot-Duclot**, Médecin responsable CETD, Service de Neurochirurgie – Fondation Rothschild – PARIS
- **Caterina Régis**, Infirmière ressource douleur – Centre d’Évaluation et de Traitement de la Douleur – CHRU MONTPELLIER
- **Sonia Sladek**, Psychologue clinicienne, Centre d’évaluation et de Traitement de la Douleur, CHU Clémenceau – CAEN
- **Pascale Thibault**, Cadre supérieur de santé, formatrice consultante, PARIS

Le groupe a été coordonné par Antoine Bioy, Matthieu Dousse, Jean-Michel Gautier, Nathalie Lelièvre.

Afin de réaliser ce travail, le groupe s’est penché sur de nombreuses définitions qu’il met à disposition des lecteurs dans un glossaire organisé en 4 thématiques principales : champ du psychisme, champ de l’évaluation, champ des pratiques, champ de la professionnalisation.

Introduction

Le groupe de travail s'est donné pour objectif l'élaboration d'un texte de référence permettant à chaque personnel soignant (médecin, psychologue, infirmier, etc.) d'obtenir une information et des repères sur sa fonction et ses limites dans le domaine de l'accompagnement psychologique des personnes douloureuses suivies en consultation douleur ou en institution de soin au regard de son diplôme initial et des formations complémentaires suivies.

En effet, chaque professionnel intervenant auprès des patients douloureux est amené à considérer les aspects psychologiques en lien avec la plainte du patient. Ce rôle nécessite d'être clarifié au regard de la fonction du fait notamment :

- du développement important des méthodes psychocorporelles, qui peuvent être proposées par des professionnels de formations différentes, ce qui donne parfois lieu à des confusions sur les objectifs et les attentes,
- du décret concernant l'usage du titre de psychothérapeute,
- du développement des consultations infirmières, qui pourraient constituer un lieu de demandes qui déborderaient les prérogatives et compétences de ces professionnels,
- des effets psychothérapeutiques qui peuvent exister hors psychothérapie et entraîner des pratiques « sauvages ».

Ce texte sera diffusé sur le site www.sfetd-douleur.org

La problématique

■ Les limites de chaque fonction dans la prise en soin d'un patient douloureux chronique

Dans le contexte de l'accompagnement d'un patient douloureux chronique par une équipe multidisciplinaire au sein d'une structure de lutte contre la douleur, tous les professionnels sont confrontés à la psychologie du patient et aux effets psychothérapeutiques de leurs interventions. La question consiste alors à déterminer ce qui dans l'accompagnement de ces patients relève du champ de chaque profession.

Tous ces professionnels – médecin (somaticien et psychiatre), infirmier, psychologue – sont concernés par les étapes d'évaluation, d'orientation et de traitement, en particulier la mise en œuvre des pratiques psychocorporelles.

Dans ce contexte, il est apparu nécessaire d'identifier les limites que chaque professionnel doit respecter dans l'exercice de sa fonction auprès de patients douloureux chroniques. Les risques de glissement de tâches et/ou de « toute puissance » peuvent en effet être présents dans ce type de prise en soin. De ce fait, chacun doit disposer de repères pour savoir ce qu'il a à faire et la façon de passer les relais auprès du patient quand il considère qu'il a atteint ses propres limites.

Ce travail est aussi l'occasion de spécifier les limites entre certaines professions, et notamment les différences et les points communs pouvant exister entre psychologue et psychiatre.

Ces précisions concernent les différentes étapes de rencontre avec le patient au cours de son accompagnement :

L'évaluation de la situation

Pour cette phase, il est possible de définir la participation de ces professionnels de la façon suivante :

- infirmier : une identification des symptômes, une évaluation de la douleur,
- médecin, somaticien ou psychiatre : une évaluation médicale et sociale¹ de l'ensemble de la situation,

1. M. Santiago Delefosse, A. Gonin Nicole, C.S. Sautter. *Naissance d'une psychiatrie critique anglo-saxonne, perspectives et limites* – EMC Elsevier-Masson – 2011

- psy-chologue/-chiatre : une orientation en staff pluridisciplinaire pour une évaluation psychologique, la mise en œuvre d'un suivi psychologique ou d'une psychothérapie.
- L'évaluation psychologique de la douleur chronique est un versant essentiel de l'évaluation globale avec un axe triple : l'évaluation psychologique de la douleur, l'analyse psychopathologique du patient ainsi que celle des conséquences psychologiques de la douleur ou des facultés d'adaptation à la douleur ou encore des possibilités d'acceptation d'une thérapeutique antalgique spécifique. Les outils vont du questionnaire global à l'appréciation de cibles plus précises du vécu de la douleur et du retentissement psychologique de sa chronicisation, principalement grâce à des échelles d'anxiété, de dépression, de qualité de vie pour les plus courantes ; ces questionnaires et échelles sont alors auto ou hétéro cotés. L'évaluation psychologique s'est également affinée au regard de la personne du douloureux et de ses caractéristiques en particulier l'âge et l'état psychiatrique. Certains aléas sont liés à l'évolution des connaissances des non pys dans le domaine psychologique avec comme écueils possibles l'appropriation et la récupération d'outils hors du domaine de compétences : la tendance est en effet à l'économie de moyens et au transfert de compétences vers des non pys grâce aux outils standardisés d'évaluation qui donnent l'illusion d'avoir « borné » l'évaluation psychologique. Or, il existe une clinique psychologique de la douleur et de ses différentes composantes : cette clinique permet de qualifier voire de quantifier le vécu subjectif du patient douloureux et de le relier à l'évaluation médicale de ce même patient.

Concernant l'étape de l'évaluation, les questions suivantes nécessitent d'être précisées :

- Une évaluation globale réalisée par un seul praticien est-elle possible ? l'évaluation médicale et sociale de la situation du patient dans sa globalité peut être première et permettre un cheminement du patient pour accepter une prise en charge plurielle ultérieure.
- L'évaluation de la composante psychologique doit-elle être systématique ? Le repérage fait partie intégrante de l'évaluation de la situation globale du patient. L'évaluation psychologique, à partir du moment où elle nécessite l'adhésion du patient ne pourra pas être systématique, mais la proposition d'une évaluation pourra l'être.

- Comment faire quand l'évaluation psychologique n'est pas possible ? En ce cas, il est important d'établir et de maintenir le lien et de retravailler avec le patient l'intérêt de ce suivi.

Concernant la place des psychologues à cette étape, les points suivants doivent être précisés :

- le systématisme de la participation des psychologues aux situations complexes, toujours précieux, même si initialement cette participation se fait en staff interdisciplinaire, ou dans les autres lieux durant lesquels la situation du patient est discutée,
- la nécessité de déterminer qui peut utiliser les échelles et instruments de mesure concernant l'évaluation psychologique, et pour quels objectifs,
- la participation de ces professionnels à l'évaluation de la douleur.

Il est noté que l'évaluation ne se limite pas à l'établissement du diagnostic.

Le diagnostic

Concernant le diagnostic, le groupe souhaite répondre aux questions suivantes :

- le diagnostic médical et psychopathologique sont-ils de même nature ?
- mènent-ils aux mêmes orientations ?
- que faut-il proposer ?

L'orientation du patient vers un psychologue ou un psychiatre

Lorsque l'orientation vers un psychologue ou un psychiatre est estimée nécessaire, les questions suivantes se posent :

- À quel moment faut-il orienter vers le psy-chologue/-chiatre? déterminer cet instant est à la fois simple et subtil : il s'agit d'investir le changement au moment où il est possible, c'est-à-dire lorsque le patient est prêt.
- Dans son parcours, qui le patient rencontre-t-il ou peut-il rencontrer susceptible de l'orienter vers le psy-chologue/-chiatre ?
- Orienter vers un psy-chologue/-chiatre sans demande de la part du patient suppose que l'on mobilise quelque chose et que l'on donne du sens à cette démarche.
- Que faire si le patient refuse de « voir » un psy-chologue/-chiatre?

- Que faire si le patient ne se rend pas aux rendez-vous avec le psychologue/chiatre?
- Les suivis psychothérapeutiques sont-ils possibles en structure douleur et selon quelles conditions ?

Lorsque le patient refuse la rencontre avec le psychologue/chiatre, il est souligné qu'un travail de liaison peut se faire entre professionnels : relation entre l'infirmier et le psychologue ou entre le médecin et le psychologue pour travailler leur posture par exemple. Ce mode de fonctionnement permet de préserver la relation entre le patient et le professionnel, tout en permettant à ce dernier de travailler sa propre position.

La place des pratiques psychocorporelles

Les questions posées :

- Est-il nécessaire de faire une évaluation psychopathologique systématique avant la mise en place d'une pratique psychocorporelle ?
- Hypnoalgésie et hypnothérapie sont deux pratiques distinctes. Une différence fondamentale existe : celle de l'intention (en psychothérapie/hors psychothérapie) : qu'est-ce qui est psychothérapeutique et qu'est-ce qui ne l'est pas ? À 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(s) :
 - la législation,
 - l'acquisition des compétences,
 - formations complémentaires ?
- La précision du cadre thérapeutique : par exemple, l'hypnose peut s'inscrire dans le cadre d'une éducation thérapeutique. Ce cadre doit être précisé en amont. Il ne peut s'agir d'un travail isolé.
- Lorsque les patients sont hospitalisés, les pratiques psychocorporelles sont :
 - mises en œuvre par quel professionnel ?
 - dans quel objectif ?

■ Les méthodes de travail

Le groupe de réflexion a aussi souhaité aborder les questions relatives au fonctionnement et à la clarification des pratiques au sein des équipes chargées de la prise en soin et de l'accompagnement des patients douloureux chroniques.

Ainsi, il est apparu nécessaire que ces équipes puissent clarifier les notions suivantes :

- la communication à propos des aspects psychologiques des patients suivis, et particulièrement :
 - la question de l'intention,
 - la définition du changement,
 - la nature de ce qu'est une interprétation (interprétation psychodynamique qui appartient aux psy-chologue/-chiatres),
 - comment faire émerger la demande,
 - la proposition de projet thérapeutique et du temps nécessaire au patient pour l'investir,
- les coopérations entre professionnels de fonctions et/ou de disciplines différentes,
- l'opportunité d'un travail sous supervision pour tout professionnel, quelle que soit sa fonction,
- l'importance d'un lieu et d'un temps d'échanges.

■ La formation, une condition essentielle

Concernant les formations des professionnels concernés, plusieurs aspects méritent une attention :

- La question de la validité des formations initiales et complémentaires, de nature différente se pose.
- Si un décret existe concernant l'usage du titre de psychothérapeute, pour autant l'exercice de la psychothérapie exige une formation spécifique et une supervision au moins initiale dans cet exercice spécifique.
- Une formation complémentaire, quelle que soit sa valeur, ne garantit pas la qualité du praticien. Elle constitue par contre un pré-requis obligatoire.
Par exemple, un infirmier qui pratique la sophrologie ne devient pas pour autant « sophrologue » mais continue d'être un infirmier disposant d'un outil complémentaire pour sa pratique. L'usage d'une pratique ne signifie pas l'utilisation d'un titre.
- Il faut d'ailleurs noter qu'aucun des titres issus des pratiques psychocorporelles n'est un titre protégé et ne constitue une profession ou un métier.

■ Le financement

La question du financement et du remboursement des actes, en particulier la mise en œuvre de pratiques psychocorporelles se pose.

Situations cliniques prototypiques illustrant la problématique

Cas clinique N°1

■ Problématique exposée

Pas d'antécédents de décompensation psychopathologique et dénigrement de la dimension psychologique du tableau douloureux.

■ Mme A.

Mme A. est âgée de 49 ans, française ; elle est mariée, sans problème particulier ; elle a 1 enfant majeur qui vit à l'étranger.

Sur le plan professionnel, elle est infirmière en disponibilité depuis 1 an et n'a aucun projet de reprise de travail.

Sur le plan social, elle ne présente pas de difficultés financières et n'a aucun litige en cours.

■ Présentation Clinique

Mme A. est adressée à la consultation douleur par son médecin traitant pour un syndrome fibromyalgique évoluant depuis 2 ans. La patiente réfute ce diagnostic car « c'est une pathologie à connotation psychiatrique, et je ne suis pas folle ».

On retrouve dans ses antécédents une biographie difficile avec attouchements sexuels par son père dans l'enfance et l'adolescence et non reconnaissance des faits par les proches ce qui a entraîné une rupture familiale. Sa sœur, âgée de 43 ans, a été violée par le père jusqu'à l'âge de 40 ans, a fait des tentatives de suicide médicamenteuses à plusieurs reprises, dont la dernière à l'insuline l'a plongée dans un état végétatif chronique. Elle est aujourd'hui hébergée en service de long séjour.

Le syndrome fibromyalgique s'est installé progressivement avec des douleurs diffuses ; elle dit ne pas souffrir de troubles anxieux ou dépressifs. Néanmoins, elle dit que la douleur génère des émotions fortes et négatives mais qu'elle

assure contenir la plupart du temps. L'arrêt de travail est justifié par la douleur mais elle reconnaît que ses conditions de travail n'étaient pas satisfaisantes.

Son traitement actuel se limite à un anti-inflammatoire le matin et à la prise d'antalgique de niveau 1 en cas de besoin.

Lors de la consultation, Mme A. se plaint énormément de la douleur et de la diminution de sa qualité de vie, elle pleure au moment de l'évocation des événements biographiques. Elle décrit des douleurs diffuses des membres inférieurs et supérieurs à type de brûlures et d'étau.

■ Identification des facteurs de renforcement

- Le diagnostic de fibromyalgie est réfuté par la patiente.
- Il y a non reconnaissance de la composante psychologique possible.
- Elle vit une culpabilité importante vis-à-vis de sa sœur : culpabilité de vivre normalement, de ne pas avoir pu intervenir pour faire cesser les viols de leur père et de ne pas avoir le courage d'aller la voir plus souvent.
- La non reconnaissance par ses proches du traumatisme subi ayant entraîné une rupture familiale.

■ Proposition de prise en charge

- Le traitement médicamenteux est modifié.
- La patiente est d'accord pour une prise en charge par un kinésithérapeute.
- La participation à un groupe d'éducation thérapeutique lui est proposée, elle refuse estimant ne rien avoir à partager avec d'autres patients. Elle ressent le besoin de connaître plus d'éléments au sujet de sa pathologie et propose elle-même une prise en charge par l'infirmière avec qui elle a eu un bon contact pour une éducation thérapeutique individuelle.
- Elle refuse aussi la prise en charge psychothérapeutique mais accepte d'essayer l'hypno-analgésie avec l'infirmière ; un nombre de consultations est fixé à l'issue desquelles il est signifié à la patiente qu'un point sera fait avec l'équipe. Il est convenu que l'infirmière pourra faire appel au psychologue de l'équipe si elle est en difficulté. Les refus et les demandes de la patiente sont acceptés afin de ne pas risquer une rupture du suivi.

■ Analyse de la pratique

Objectifs et conséquences de la prise en charge psychocorporelle ou psychothérapeutique

Dans cette situation, la consultation infirmière est utile pour mieux évoquer et comprendre les motifs du refus, les facteurs de réticence et travailler à la demande ambivalente concernant le groupe d'éducation thérapeutique ; en effet, pour Mme A. cette démarche est ressentie comme nécessaire mais la situation de groupe est rejetée.

Le rôle des séances d'hypnoalgésie est aussi essentiel car l'objectif qui suit est d'orienter vers un psychologue pour un travail spécifique complémentaire : la question des émotions légitimes liées à la douleur chronique, l'éventuelle nécessité de faire le point sur l'influence des éléments biographiques évoqués spontanément et sur le vécu des douleurs peuvent étayer la proposition d'un relais vers le psychologue.

Tout autre élément faisant le lien entre le corporel et le psychisme que la patiente pourra amener spontanément et que l'infirmière pourrait souligner constitue de la même façon un support d'orientation vers un travail psychologique spécifique.

Cette situation comporte-t-elle des risques ?

Les refus de Mme A. peuvent faire glisser le suivi vers un versant essentiellement pharmacologique et mener rapidement à une impasse.

La demande de consultation infirmière peut également n'être qu'un compromis servant à se dédouaner de ce que la patiente a refusé par ailleurs, à moins qu'elle ne mette la soignante en position d'omnipraticienne.

Cas clinique N°2

■ Problématique exposée

Emergence d'une problématique psychologique au décours d'une prise en charge à médiation corporelle.

■ Mme B.

Mme B. est âgée de 37ans, elle est d'origine algérienne.

Sur le plan professionnel, elle est aide à domicile, en arrêt de travail depuis 2 ans. Elle est titulaire d'un DEA de mathématiques obtenu en Algérie.

■ Présentation Clinique

Mme B. est adressée à la consultation douleur pour une douleur du pied gauche rebelle à tout traitement, survenue dans un contexte d'accident du travail il y a 2 ans : chute d'une pile ronde sur la malléole.

Son traitement actuel, est composé d'antiépileptiques et d'antalgiques de palier II, est assez mal supporté. Elle a déjà bénéficié d'infiltrations et de mésothérapie. Elle a rencontré un chirurgien qui n'a pas posé d'indication chirurgicale.

Lors de la consultation, on retrouve une kinésiophobie. Elle se décrit comme « tendue nerveusement » dit présenter des troubles du sommeil. Elle parle de douleur à type d'étau, de sensation de cheville bloquée et de pied qui ne la porte plus. La douleur est intermittente, elle la surnomme « roula » (femme fantôme dans son dialecte).

Il n'est pas posé de diagnostic précis.

■ Identification des facteurs de renforcement

- Insatisfaction au travail et non reconnaissance de son niveau d'études en France.
- Importante anxiété vis-à-vis des échecs successifs des traitements antérieurs.

■ Proposition de prise en charge

Son traitement médicamenteux est modifié et on lui propose des séances de relaxation avec l'infirmière. Elle accepte.

■ Objectifs et conséquences de la prise en charge psychocorporelle ou psychothérapeutique

Les attentes de la patiente par rapport aux séances de relaxation sont : « être plus reposée et détendue pour reprendre des activités, ne plus penser que sa douleur l'empêche de bouger, avancer, retrouver une base de sécurité et d'équilibre ». La relaxation lui apporte rapidement un apaisement de la douleur.

Lors de la 4^e séance, Mme B pleure longuement. L'infirmière perçoit dans ses larmes silencieuses un profond chagrin. La patiente reparle alors de l'accident et du vécu de la douleur comme une atteinte à son intégrité corporelle, elle exprime une peur panique d'avoir une gangrène, comme sa tante qui a dû être amputée d'un pied, tante aujourd'hui décédée et dont elle était très proche. Face à l'émergence des liens tissés entre la douleur, l'accident de travail et son histoire, l'infirmière lui propose une rencontre avec la psychologue, rencontre que la patiente accepte aussitôt.

■ Analyse de la pratique

Cette proposition effectuée plus précocement par le médecin aurait probablement conduit à un refus, une rupture de suivi ou un échec, puisque pour la patiente la douleur était uniquement due au choc de la pile sur la cheville. La nature de l'attention portée à son corps pendant la relaxation, la présence empathique de l'infirmière, ont fait émerger les émotions en lien avec une problématique de deuil sous-jacente.

Cette situation comporte-t-elle des risques ?

L'infirmière pourrait être tentée d'abandonner la relaxation pour se consacrer à l'écoute et à la verbalisation, avec les risques d'une trop grande proximité émotionnelle, face à laquelle une attitude de conseil aurait dans ce contexte été inadaptée.

À contrario, la poursuite du travail corporel seul, renforcerait le sentiment d'isolement, d'incompréhension et la souffrance. Le risque en serait alors la rupture de l'alliance thérapeutique, la demande d'aide allant jusqu'à orienter à nouveau vers une demande de solution chirurgicale.

Nous pouvons imaginer qu'après la mise en place d'un cadre thérapeutique avec un psychologue ou psychiatre, la relaxation pourrait être investie par la patiente et poursuivie, ou bien reprise ultérieurement.

Cas clinique N°3

■ Problématique exposée

Découverte d'une problématique psychologique au décours de la consultation somatique.

■ Mme C.

Mme C., 42 ans, est mariée et décrit une relation conjugale difficile avec un mari colérique ; elle a 2 enfants à charge dont 1 asthmatique.

Sur le plan professionnel, elle est hôtesse de caisse, en arrêt de travail depuis 1 an et demi (accident du travail), ses conditions de travail sont difficiles et elle parle d'une mauvaise ambiance d'équipe.

■ Présentation Clinique

Mme C. est adressée à la consultation douleur par son médecin traitant pour une algodystrophie post-traumatique de la main droite évoluant depuis 1 an et demi.

On retrouve dans ses antécédents des gastralgies, une constipation chronique, des céphalées fréquentes (CCQ), des troubles du sommeil (aggravés depuis l'accident du travail) et des épisodes de spasmophilie de l'âge de 15 ans jusqu'à 22 ans. Elle est d'un tempérament anxieux et pessimiste.

La douleur est apparue brutalement au niveau du poignet avec irradiation dans la main il y a 1 an et demi en tirant un pack de lait sur le tapis de caisse. Depuis elle présente une évolution chronique sans rémission, les douleurs sont quotidiennes, diurnes et nocturnes.

Différents traitements rhumatologiques ont été tentés sans efficacité.

Son traitement actuel est composé de Rivotril®, Stilnox®, Seroplex®, Efferalgan Codéiné® et Inipomp®. Elle porte une orthèse du poignet la nuit.

Lors de la consultation, elle parle d'une aggravation des troubles du sommeil, de la constipation et des CCQ depuis l'accident. L'asthénie est importante, cotée à 7/10, avec un retentissement important sur sa vie quotidienne. Elle porte le bras en écharpe mais dit qu'elle continue à tout faire à la maison. Elle ne se sent pas déprimée mais dit avoir perdu goût à faire des choses, se sent incomprise et plutôt anxieuse (HAD = A11, D12). A l'examen clinique, on retrouve une douleur provoquée de toute la région cervicobrachiale, des

troubles sensitifs non systématisés, une main humide, gonflée et froide. La scintigraphie s'est normalisée depuis 1 an.

■ Identification des facteurs de renforcement

- Tendance à la somatisation (CCQ, gastralgies, constipation)
- État anxieux
- Troubles de l'humeur
- Syndrome dépressif nié
- Pénibilité du poste de travail
- Insatisfaction au travail
- Manque de soutien et de compréhension des proches
- Conjugopathie

■ Proposition de prise en charge

Il est proposé à la patiente une évaluation psychologique et/ou psychiatrique, ainsi qu'une évaluation de la dimension socioprofessionnelle par une assistante sociale, l'évaluation médico-assurantielle étant, elle, de la compétence du médecin somaticien ou psychiatre.

■ Analyse de la pratique

Objectifs et conséquences de la prise en charge psychocorporelle ou psychothérapeutique

L'évaluation psychique a pour objectifs d'apporter des éléments tant structurels que biographiques permettant d'éclairer la problématique de la souffrance intra psychique présente derrière la plainte douloureuse et participant de son expression. Elle peut aussi permettre à la patiente qui est dans l'attente d'une solution purement médicale, non consciente des rapports étroits existants entre le corps et le psychisme, de s'ouvrir à la complexité de la problématique.

Ceci permettra aux praticiens (somaticien et psychiatre) de travailler autour de la demande de la patiente tant du point de vue de la prise en charge de la douleur que de la prise en charge de la souffrance psychique. Il sera aussi intéressant d'entendre les réactions de la patiente à l'évocation de ce diagnostic et des modalités de prise en charge possibles et de l'accompagner pour qu'elle puisse en comprendre l'intérêt et dépasser ses réactions premières en prenant conscience qu'elle peut être actrice de sa prise en charge. Cet abord

thérapeutique lui permettrait de quitter sa position passive de « victime d'un accident du travail » pour s'investir activement dans une démarche de soins peut-être facilitée par les abords à médiation corporelle.

Cette situation comporte-t-elle des risques ?

Le risque est avant tout celui de la chronicisation dans ce qu'elle représente de souffrance morale mais aussi de glissement progressif vers la désinsertion sociale et la précarité. L'accident du travail va faire l'objet d'une consolidation assez rapidement. Si le volet psychiatrique n'est pas exclu du fait même de « l'état antérieur », cette patiente risque de se retrouver au chômage puis en fin de droits. La dégradation progressive de sa situation sociale, les conséquences sur l'équilibre du couple vont faire flamber la perception douloureuse et donc le handicap. Ainsi la prise en soins psychothérapeutique éventuellement avec l'aide d'une médiation corporelle ne trouvera toute sa puissance que si la situation médico-légale est contrôlée par le médecin ou le psychiatre.

Rôles, fonctions et compétences des professionnels intervenant auprès des patients douloureux chroniques : propositions de recommandations

Parcours du patient et fonction de chacun

Selon la HAS 2008², il est recommandé que tout patient douloureux chronique adressé à une structure ou à un réseau Douleur, puisse bénéficier d'une « évaluation [...] réalisée par plusieurs professionnels simultanément ou non ». Cette consultation pluridisciplinaire peut se faire avec un médecin somaticien accompagné ou non d'une infirmière, et d'un médecin psychiatre ou d'un psychologue.

Au décours de cette consultation, « suivie d'une réunion interdisciplinaire comprenant au moins un médecin somaticien et un psychiatre ou un psychologue³ », les patients seront orientés soit vers un psychologue pour une évaluation plus spécifique voire pour un suivi psychothérapeutique ou psychocorporel, soit vers l'infirmière pour une prise en charge corporelle.

Tout au long du parcours (évaluation, diagnostic, projet thérapeutique), l'approche interdisciplinaire est de mise. A tout moment de la prise en charge, une réévaluation du patient est possible si l'un des intervenants le juge nécessaire. Chaque professionnel trouve sa place et sa fonction au sein de ce parcours.

Quelles formations requises ? Avec quelles garanties ?

Tout professionnel intervenant auprès de patients douloureux chroniques doit avoir une formation spécifique et validante dans le domaine de la douleur (recommandation de la HAS : Capacité ou Diplôme Universitaire de prise en charge de la douleur ou équivalence).

2. Recommandations professionnelles sur la douleur chronique, HAS, décembre 2008

3. *Id*

Tout professionnel pratiquant des techniques psychocorporelles auprès d'un patient douloureux chronique doit avoir effectué une formation spécifique dans le domaine concerné. Cette formation peut être universitaire ou délivrée par un organisme privé certifié. Toutefois, compte tenu de leur diversité, les formations proposées doivent apporter les garanties suivantes :

- être dispensées par des professionnels de santé et/ou des psychologues et/ou des formateurs ayant une expérience clinique reconnue dans le domaine de la douleur,
- inclure les dimensions suivantes : définition, historique, cadre théorique, législation, indications, contre-indications, limites, outils pratiques de la méthode,
- comporter un temps d'échanges et une analyse des situations rencontrées,
- couvrir un temps correspondant à la qualification proposée, c'est à dire un ou plusieurs modules universitaires ou équivalents.

Les informations (une journée) ou les sensibilisations (quelques jours) à une technique psychocorporelle n'ont pas valeur de formation dans ce contexte.

Les techniques psychocorporelles communément admises sont l'hypno-analgésie, celles qui sont dérivées de l'hypnose et en particulier la sophrologie, les méthodes de relaxation, le toucher-confort, l'hydrothérapie, les pratiques d'art-thérapie et en particulier la musicothérapie.

Tout professionnel, quelle que soit sa fonction, est tenu de respecter les limites qu'imposent les règles professionnelles, déontologiques et éthiques de sa profession et celles définies par l'équipe pluridisciplinaire à laquelle il appartient si elles ne sont pas en contradiction avec les précédentes.

Fonctions de chaque professionnel

L'intervention d'un professionnel auprès d'un patient présentant une douleur chronique comporte de facto l'observation des signes et des symptômes de la souffrance psychique ainsi qu'une démarche d'accompagnement et de soutien du patient. Les signes ou symptômes de souffrance psychique observés doivent ensuite donner lieu à une transmission à l'équipe pluridisciplinaire : celle-ci se concerta pour décider de l'indication ou non d'une évaluation spécialisée auprès d'un psychologue ou/et d'un psychiatre.

L'évaluation psychique est toujours de la compétence du psychologue clinicien et du médecin psychiatre. Il peut en découler l'indication d'un suivi psychothérapeutique qui sera assuré exclusivement par un professionnel détenteur d'une formation spécifique validée dans le domaine des psychothérapies.

L'utilisation de techniques psychocorporelles dans le suivi du patient douloureux chronique peut avoir deux objectifs distincts :

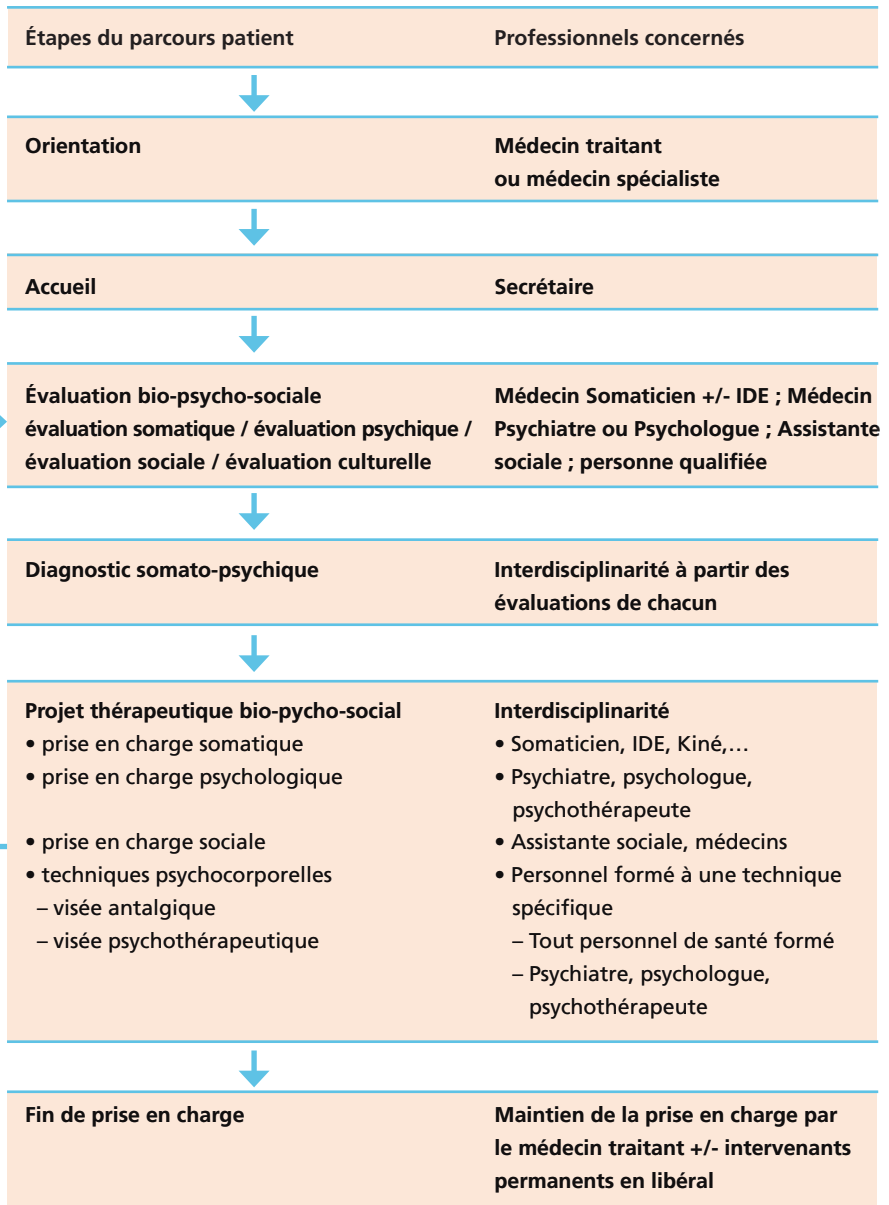
- une visée antalgique qui peut être menée par un professionnel bénéficiant d'une formation spécifique,
- une visée psychothérapeutique qui doit être menée exclusivement par un professionnel bénéficiant d'une formation spécifique à la psychothérapie (psychologue, psychiatre, psychothérapeute⁴ inscrit sur la liste dressée par le représentant de l'État).

Notons que la détention ou la maîtrise, seule, d'une technique psychocorporelle ne confère aucun titre professionnel de psychologue, psychiatre ou psychothérapeute : ce n'est pas l'outil qui définit la fonction, mais la fonction qui choisit ses outils.

Tout au long du parcours (évaluation, diagnostic, projet thérapeutique), **l'interdisciplinarité** somato-psychique sera privilégiée. De même, à tout moment de la prise en charge, une réévaluation somato-psychique est possible si l'un des intervenants le juge nécessaire (nouvelle information, modification de comportement, adaptation thérapeutique...). Chaque professionnel a sa place et sa fonction au sein de la diversité des parcours des patients.

4. Selon la loi n°2004-806 du 09 août 2004 relative à la politique de santé publique et le décret n° 2010-534 du 20 mai 2010 relatif à l'usage du titre de psychothérapeute, « le titre de psychothérapeute est réservé aux professionnels inscrits au registre national des psychothérapeutes ».

Schéma récapitulatif du parcours patient



La passation ou comment adresser un patient douloureux à un psychothérapeute

Adresser un patient qui présente un problème de santé complexe vers un spécialiste (ex : cardiologue, rhumatologue) ne présente en général aucune difficulté pour le médecin référent et entraîne l'adhésion du patient, satisfait que l'on prenne au sérieux son problème de santé. Il n'existe d'ailleurs aucun référentiel pour le savoir-faire d'une telle décision évidente aux yeux de tous.

Il en est tout autrement pour la passation vers un psychothérapeute (psychiatre, psychologue, psychothérapeute¹ inscrit sur la liste dressée par le représentant de l'Etat). L'absence d'adhésion fréquente, voire le refus du patient douloureux chronique à une telle démarche, les difficultés du médecin à la proposer sont en rapport avec des obstacles de différents ordres. Les peurs, les croyances, les jugements, les systèmes de représentations de la maladie et de la douleur, enfin l'environnement (attitude, ressources) peuvent être à l'origine de résistances de la part du patient et des thérapeutes.

■ Le contexte culturel, social et politique

Certains systèmes de représentation de la maladie, en particulier les modes de compréhension du fonctionnement humain (théories) et des liens entre fonctionnement physiologique (le corps) et mental (l'esprit), peuvent être un obstacle important. Parmi ceux-ci, la dichotomie « corps/esprit » où le corps malade s'oppose à l'esprit malade, est un modèle très prégnant en Occident et partagé tant par la plupart des acteurs de santé que par l'ensemble du corps social. Ce d'autant que la valeur sociale donnée aux troubles organiques est positive alors que celle donnée aux pathologies mentales est dépréciative (faiblesse, menace pour la société). Ce clivage rend incompréhensible la proposition de la participation d'un psy-chologue/-chiatre dans une problématique de santé « organique » plus récent. Le modèle biopsychosocial de la santé décrivant des relations étroites entre le corps, l'esprit et l'environnement, a bien du mal à pénétrer le champ social. De même, les théories « profanes » sur la maladie et la douleur peuvent entrer en conflit avec les théories médicales et être à l'origine de l'absence d'observance thérapeutique et d'échec de prise en charge.

1. Selon la loi n°2004-806 du 09 août 2004 relative à la politique de santé publique et le décret n° 2010-534 du 20 mai 2010 relatif à l'usage du titre de psychothérapeute, « le titre de psychothérapeute est réservé aux professionnels inscrits au registre national des psychothérapeutes ».

L'attitude sociale vis-à-vis de la douleur a considérablement évolué ces cinquante dernières années. L'évolution concomitante des savoirs et de la morale a fait entrer la douleur, expérience individuelle et métaphysique, dans le champ du social : la douleur est prise comme objet de soin biologique. De même, la victimisation et la 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 vision machiavélique de la psychiatrie et de la folie persiste malheureusement dans la société.

L'absence d'un environnement médicopsychologique cohérent : les difficultés de fonctionnement pluridisciplinaire de l'équipe, le nombre très insuffisant des réseaux de soins douleur, des psychothérapeutes formés à la prise en charge de la douleur chronique, de vacations « psy » dans les consultations de la douleur, l'absence de rémunération de l'acte de consultation de psychologue (absence de reconnaissance sociale) sont autant d'obstacles à une bonne passation. Il faut noter que le lieu de prise en charge est important : le patient peut accepter une consultation psy dans la structure Douleur et ne pas l'accepter près de chez lui.

■ Les obstacles liés au patient

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 (cf paragraphe dichotomie) 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 à la passation 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 événements de vie et événements 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...

Glossaire

A noter : en Sciences Humaines, une définition est rarement universelle et dépend des modèles conceptuels qui l'ont produite. Dans ce document et sauf précision, les définitions proposées sont celles retenues de façon consensuelle par les membres du groupe.

Champ du psychisme

■ DIMENSION PSYCHOLOGIQUE

Terme définissant l'ensemble des manifestations en lien avec une dynamique de pensée, émotionnelle et affective chez un individu donné.

■ PERSONNALITÉ

1. Ensemble des conduites et comportements d'un individu, qui inclut des éléments stables (traits) ou ponctuels (états). La personnalité donne accès à la notion d'identité et à la singularité d'un individu (affects, cognitions...).
2. Désigne plus largement l'ensemble des caractéristiques d'un individu consécutives à l'intégration dynamique de ses composantes émotionnelles, affectives et cognitives. L'étude de la personnalité requiert une expertise spécifique par un psychiatre ou un psychologue, ce dernier étant le seul à pouvoir légalement utiliser les tests permettant de définir avec précision la personnalité d'un individu.

■ PERSONNALITÉ PATHOLOGIQUE

Altération du fonctionnement relationnel et des processus qui composent la personnalité dans le sens d'une rigidification. Cette altération est source de préjudices pour l'individu et/ou son environnement du fait de l'apparition de conduites jugées inadaptees. La souffrance, en tant qu'indice de pathologie, est le plus souvent éprouvée. Si le diagnostic de personnalité pathologique relève d'une expertise par un professionnel

du psychisme, des outils accessibles aux autres professions exerçant dans le champ de la santé permettent de mettre à jour certains traits ou éléments de fonctionnements psychopathologiques. Ils ne sont pas pour autant une finalité en soi.

■ PSYCHISME

Désigne l'ensemble des modalités qui fonde la subjectivité humaine et l'ensemble des aspects en lien avec l'identité. Elle engage pour un sujet une certaine représentation de soi, du monde et de ses interactions avec le monde.

■ PSYCHOPATHOLOGIE

Au sens strict, la psychopathologie désigne la description, l'étude et la compréhension des fonctionnements désignés comme anormaux, qu'ils relèvent d'une maladie mentale ou non. Au sens élargi, elle concerne l'étude des phénomènes normaux et pathologiques en lien avec un fonctionnement psychologique. La psychopathologie est une discipline à part entière, transversale à la psychiatrie, à la psychologie clinique, etc.

■ STRUCTURE DE PERSONNALITÉ

Il s'agit d'une organisation primaire de base et dynamique du psychisme. La structure est en lien avec la façon dont un individu s'adapte à une réalité, et lui donne une certaine cohérence. La structure de personnalité renvoie à une organisation inconsciente et stable

des processus psychiques fondamentaux chez un individu. L'étude de la structure permet notamment de comprendre ce qui détermine les symptômes, par inférence et interprétation psychopathologique.

L'établissement de la structure de personnalité d'un individu demande une expertise particulière que peuvent mener des professionnels du psychisme s'inscrivant dans une méthode psychanalytique.

Champ de l'évaluation

■ PSYCHOLOGIQUE

Mobilisation d'outils d'évaluation de la dynamique intellectuelle, affective et émotionnelle chez un individu (entretien, observation, tests, échelles, analyse de cas) afin de déterminer son profil psychologique ainsi que l'ensemble des autres éléments qui ont trait à sa vie psychique. Le bilan psychologique permet, au final, d'évaluer une situation psychologique voire une psychopathologie, d'établir la situation du patient au regard de la façon dont celle-ci est perçue par lui, et d'envisager des modalités d'interventions thérapeutiques et/ou psychothérapeutiques qui paraissent les plus adaptées.

■ DEPISTAGE (voir aussi repérage)

Tant en médecine qu'en psychologie, le dépistage est une recherche ciblée qui nécessite une méthodologie et l'utilisation d'outils (par exemple des tests). Il s'agit d'une démarche de preuve.

■ DIAGNOSTICS

Le diagnostic médical est la démarche par laquelle le médecin détermine l'affection dont souffre le patient, démarche qui repose sur la recherche des symptômes et de l'étiologie, et qui va lui permettre de proposer un traitement.

Le diagnostic infirmier se centre sur les besoins de la personne, et non directement sur sa pathologie. Il est en cela complémentaire du diagnostic médical.

Les diagnostics kinésithérapique, psychomoteur, orthophonique, visent globalement à déterminer la manière la plus adaptée de réaliser la prescription médicale, et guident

le professionnel dans son choix des techniques les plus appropriées. Le terme en usage est aussi celui de bilan.

Le terme de diagnostic désignant la démarche par laquelle un professionnel identifie et nomme ce dont souffre un patient, le diagnostic psychopathologique désigne cette même modalité, appliquée au champ de la psychopathologie. Il est exclusivement réservé aux psychiatres et psychologues à même de mettre en œuvre la méthode adaptée permettant une mise à jour des processus psychopathologiques (évaluation) et leur regroupement en une entité approprié pour désigner l'objet de la souffrance du patient.

La mise en commun de différents diagnostics (notion de « diagnostic pluridisciplinaire »), est ainsi nommée dans le domaine de la douleur, évaluation d'un syndrome douloureux chronique.

■ DIAGNOSTIC PSYCHOPATHOLOGIQUE

Cf description ci-dessus

■ ÉVALUATION

Identification et estimation aussi précise que possible d'un fait. L'évaluation obéit à une méthodologie rigoureuse, scientifique et pertinente de la nature d'un élément (symptôme, situation...), de ses effets et incidences. L'évaluation peut porter sur des aspects qualitatif(s) et/ou quantitatif(s), venir estimer une ou plusieurs données objectives et/ou subjectives. Une méthode thérapeutique ou psychothérapeutique peut aussi être évaluée (exemple, protocole de soins)

dans son efficacité et/ou dans ses effets sur ce qu'elle est censée modifier.

REPERAGE

Tout professionnel de santé, en particulier dans sa relation à l'autre, est amené à repérer des

signes de souffrance psychique ou des troubles psychopathologiques. Le repérage, qu'il soit volontaire ou fortuit, permet de poser des hypothèses, et conduit à une démarche intentionnelle d'évaluation.

Champ des pratiques

■ ALLIANCE THÉRAPEUTIQUE

Ensemble des aspects relationnels qui interviennent dans la collaboration entre un patient et son thérapeute. L'alliance thérapeutique est transversale à l'ensemble des pratiques thérapeutiques ou psychothérapeutiques sans toutefois être présente d'emblée. Elle est le produit d'un travail relationnel conjoint dont l'objectif est d'atteindre un objectif défini par avance.

■ CADRE THÉRAPEUTIQUE

Ensemble des règles qui encadrent une rencontre à visée thérapeutique (durée des séances, lieu de rencontre, règles implicites d'interaction, etc.). Le praticien initie le cadre et est garant de ce dernier. C'est à l'intérieur de ce cadre qu'est mis en œuvre le projet thérapeutique du patient, ou tout autre action désignée par l'objectif de la rencontre avec un praticien donné.

■ CHANGEMENT

Perspective d'évolution d'une personne vers une autre façon de concevoir sa vie et/ou son positionnement par rapport à une difficulté (physique, psychologique, relationnelle).

■ INTENTION THÉRAPEUTIQUE

Ensemble des actes ou méthodes mis en place de façon délibérée, intentionnelle, afin d'atteindre un objectif.

■ INTERPRÉTATION

Une interprétation est une inférence argumentée à partir de la parole d'un patient sur la façon dont s'organisent des éléments de la vie psychique de ce dernier. L'interprétation permet par ailleurs de faire des liens

entre différents éléments qui paraissent de prime abord dissemblables ou sans rapport, comme une difficulté relationnelle ou une réaction actuelle et un événement de vie passé. L'interprétation mène à la question du sens, de la signification, d'un acte ou d'un fait tel un symptôme. L'interprétation est un outil dévolu exclusivement au psychologue ou à un professionnel du psychisme dûment formé à un modèle psychothérapeutique qui inclut cette perspective d'intervention auprès d'un patient

■ MÉTHODE PSYCHOCORPORELLE OU A MÉDIATION CORPORELLE

On désigne sous ce terme « l'ensemble des approches qui partant du corps, ou se servant du corps comme médiateur, ont une action sur le psychisme »- guide des pratiques psychocorporelles – Masson 2006. Ce terme recouvre les relaxations, l'hypnose, la sophrologie, les pratiques de massages de confort et bien-être, l'hydrothérapie, les pratiques d'art thérapie et en particulier la musique.

Leur pratique régulière permet d'améliorer l'équilibre physique et mental de la personne.

Elles sont utilisées dans de nombreux champs sociaux : loisir, bien-être, développement personnel, formation, santé, soin. Dans celui de la santé et du soin, les représentants des professions médicales, paramédicales (infirmiers, masseurs-kinésithérapeutes, psychomotriciens, etc.), et spécialistes du psychisme (psychologues, psychothérapeutes) peuvent les utiliser.

Les méthodes psychocorporelles sont une « boîte à outils » de base commune constituée par des exercices de respiration, relaxation, visualisation...

■ OBJECTIF THÉRAPEUTIQUE

Ce qui définit et décrit un résultat escompté, attendu.

■ PROJET THÉRAPEUTIQUE

Énoncé concerté et planifié des objectifs à atteindre pour un patient et des moyens mis en œuvre pour les atteindre. Le projet thérapeutique respecte les données réglementaires, légales, éthiques, déontologiques en vigueur, mais aussi le désir du patient. Dans tout projet thérapeutique, le sens de la démarche doit être énoncé ou être suffisamment explicite.

■ PSYCHOTHÉRAPIE

Il s'agit d'une modalité de prise en charge de nature psychologique, dont l'objectif est de modifier les conditions qui génèrent un conflit interne et/ou externe avec une souffrance éprouvée par le patient. Les modalités mises en place pour mener une psychothérapie relèvent de la mobilisation de capacités en lien avec l'esprit humain, dans un cadre approprié.

Il s'agit ici par des mesures spécifiques pour faire apparaître un nouveau mode de fonctionnement psychologique du sujet (dynamique psychique, dimensions cognitive et affective de la personnalité, rapport du sujet à lui-même et à son environnement). L'approche psychothérapeutique s'appuie toujours sur des concepts issus des grands courants psychopathologiques (psychanalytique, cognitive, phénoménologique...), et pose nécessairement la question du sens (du symptôme et de la situation dans laquelle le patient est plongé). L'exercice psychothérapeutique implique un cadre de rencontre et de suivi bien distinct de toute autre domaine (médecine somaticienne, entretiens d'annonce ou d'évaluation, etc.) ; le choix des méthodes et outils se fait dans

ce cadre, selon l'expertise du praticien en fonction des éléments présentés et de la formation qu'il a reçue dans le champ spécifique des psychothérapies.

■ RELATION D'AIDE

Se dit d'une relation où un professionnel met en place des mesures spécifiques afin de « favoriser chez l'autre le développement, la croissance, la maturité, un meilleur fonctionnement, une plus grande capacité d'affronter la vie » Carl Rogers.

« Forme de soutien visant à mobiliser les capacités et ressources du patient afin de l'aider à vivre u mieux un ensemble de difficultés. Il s'agit d'un lien privilégié entre deux personnes, axé sur le changement et souvent thérapeutique » Communication soignant-soigné : repères et pratiques – Bioy A., Bourgeois F., Nègre I. – Bréal 2007. Une relation de soins n'est pas d'emblée une relation d'aide, elle nécessite la mise en place d'un relationnel et de techniques langagières spécifiques.

■ RELATION THÉRAPEUTIQUE

Lien entre un praticien et son patient, qui inclut toutes les données présentes dans l'ici et maintenant comme l'ensemble des données qui ont permis la construction d'un sujet. La relation possède comme véhicule principal la communication.

■ SOUTIEN PSYCHOLOGIQUE / THÉRAPIE DE SOUTIEN

Modalité de suivi d'un individu qui consiste en un travail d'accompagnement dans « l'ici et maintenant » afin de soutenir le patient aux prises avec une difficulté précise et circonstanciée. Il s'agit moins d'un travail d'introspection psychique que d'une mobilisation des ressources pouvant aider le patient à mieux gérer une situation donnée, source de déséquilibre pour lui et ayant des répercussions sur sa dynamique générale. Aussi, il s'agit de rencontres spécifiques avec un patient dont l'objectif est d'aménager un problème dans un cadre donné, sans action

spécifique sur le fonctionnement psychique de la personne. Par exemple, des entretiens dont l'objectif serait d'aider la personne hospitalisée à surmonter le sentiment d'ennui dont on pense qu'elle potentialise l'attention portée sur la douleur, ou encore de surmonter un sentiment d'impuissance induit par une douleur continue.

■ TECHNIQUE THÉRAPEUTIQUE

Procédé utilisé au sein d'une activité destinée à favoriser un objectif fixé (dans le champ psychothérapeutique : objectif général : le changement ; objectif précis : une prise de conscience, une nouvelle place et fonction du symptôme, ou autre). Toute technique requiert une connaissance précise du cadre général où il va être utilisé, la maîtrise du procédé en question et un savoir-faire relationnel et technique.

■ THÉRAPIES PSYCHOCORPORELLES (OU À MÉDIATION CORPORELLE)

Méthodes psychocorporelles utilisées dans un cadre de soins et dans un objectif thérapeutique d'harmonisation des sensations, pensées et émotions, etc. Il s'agit de thérapies « de l'ici et maintenant » à visée soit de rééquilibrage, soit de psychothérapie si elles sont utilisées dans le cadre approprié et par des spécialistes ayant reçu une formation psychothérapeutique. À l'instar des psychothérapies, les fondements théoriques auxquels chacune se réfère sont variés.

Champs des professions et des disciplines.

■ CODE DE DÉONTOLOGIE

Il s'agit de l'ensemble des règles éthiques inaliénables qui régissent l'exercice d'une profession. Il détermine les bonnes pratiques, participe à assurer une cohérence d'exercice à une profession, et garantit aux usagers ainsi qu'aux personnes travaillant avec le professionnel que ce dernier obéit à un certain nombre d'obligations dont il leur est redevable.

■ DISCIPLINE

Une discipline désigne une branche d'une matière, de savoirs, développée par une communauté de spécialistes adhérant aux mêmes pratiques de recherche. une discipline est définie par les référentiels qu'elle utilise.

Pour cette raison, il est erroné de considérer que la réunion de professionnels de plusieurs fonctions différentes (médecins, infirmiers, psychologues) est une réunion interdisciplinaire. Il s'agit d'une réunion interprofessionnelle. Par contre, la rencontre de médecins de spécialités différentes constitue bien une réunion interdisciplinaire.

■ INTERDISCIPLINARITÉ

« Interaction existant entre deux ou plusieurs disciplines... [interaction qui] peut aller de la simple communication des idées jusqu'à l'intégration mutuelle de concepts directeurs, de l'épistémologie, de la terminologie, de la méthodologie, des procédures, des données et de l'organisation de la recherche et de l'enseignement s'y rapportant » (Pierre Delattre, Recherches interdisciplinaires, encyclopédie universalis 2003.).

Un groupe interdisciplinaire désigne une réunion de personnes impliquées autour d'une même problématique, avec l'objectif de construire une solution ou un projet global, dépassant le savoir de chacune des spécialités représentées. Il ne s'agit pas ici de simplement confronter les expertises, mais de créer un nouveau savoir, une réponse inédite. Par exemple : réunion interdisciplinaire pour élaborer une prise en soins nouvelle et cohérente dans une situation clinique complexe.

■ MÉTIER

La DHOS définit la notion de « métier » comme suit {DHOS 2005}¹.

1. Extraits de « note méthodologique pour l'élaboration des diplômes du ministère chargé de la santé », novembre 2005, C.Gay/DHOS.

« Le métier est un ensemble cohérent d'activités professionnelles, regroupant des emplois pour lesquels il existe une identité ou une forte proximité de compétences, ce qui en permet l'étude et le traitement de façon globale et unique. Le métier est situé dans une famille professionnelle et une seule. Une personne, à un moment donné de sa vie professionnelle, est positionnée sur un métier et un seul.

Dans un même métier, les salariés peuvent changer d'emploi (à niveau égal de compétences), de poste, de structure, d'employeur, avec un temps d'adaptation et de formation relativement court. A contrario, changer de métier nécessite un temps d'apprentissage beaucoup plus long.

Le métier est défini d'abord par des activités professionnelles. La description des activités d'un métier est indispensable pour pouvoir en inférer les compétences.

Le métier est distinct : du poste, qui est lié à la structure ou à l'organigramme ; du statut, qui ne dit rien des compétences ; de la qualification, même si celle-ci est requise, et du diplôme ».

■ MULTI (OU PLURI) DISCIPLINARITÉ

«Peut être entendue comme une association de disciplines qui concourent à une réalisation commune, mais sans que chaque discipline ait à modifier sensiblement sa propre vision des choses et ses propres méthodes... Toute réalisation technique mettant en jeu des corps de métiers divers correspond en fait à une entreprise pluridisciplinaire.» (Pierre Delattre, Recherches interdisciplinaires, encyclopédie universalis 2003.).

Un groupe dit pluridisciplinaire désigne un ensemble de personnes qui appartiennent à la même profession, mais exercent des disciplines différentes (exemple : rhumatologue, neurologue, psychiatre). On parle parfois d'une organisation pluridisciplinaire pour désigner un mode de fonctionnement d'une équipe pluriprofessionnelle exerçant dans un même champ.

■ PROFESSION

Le concept de « profession » est attribué aux métiers dotés d'autonomie dans leur exercice, leur juridiction professionnelle et leur formation. Cette notion de profession s'accompagne chez leur titulaire d'un fort sentiment d'appartenance et de responsabilité professionnelle.

La définition d'une profession repose donc sur des caractéristiques relativement identifiables et la professionnalisation, au sens de « l'établissement d'une profession » dans une société donnée, peut alors être décrite comme suivant une suite d'étapes telles que la constitution de journaux, d'associations, de codes, de formations, de règlements, de lois, etc. ²

■ PLURIPROFESSIONNALITÉ

Le terme de pluriprofessionnel fait référence aux métiers. Cela qualifie la composition d'une équipe de soins ou d'un groupe, lorsqu'il englobe au moins deux professions (exemple : médecin et infirmière ; par contre un groupe incluant somaticiens et psychiatres n'est pas pluriprofessionnel car il s'agit dans les deux cas de médecins).

■ PSYCHIATRIE

Discipline médicale s'intéressant aux maladies mentales (diagnostic, pronostic, traitement). Autant que possible, la psychiatrie s'intéresse également à la prévention des maladies mentales.

■ PSYCHOLOGIE

Science qui étudie les faits psychiques et les conduites, et constitue des théories ainsi qu'une pratique à ce propos. La psychologie appartient aux Sciences Humaines.

2. Extrait de : Rapport « La formation des professionnels pour mieux coopérer et soigner », 2008, présenté par le Professeur Yvon Berland ; rapporteur Marie-Ange Coudray.
http://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/cooperation_prof_formation.pdf

■ PSYCHOLOGIE CLINIQUE

Branche de la psychologie ayant pour objet l'étude la plus exhaustive possible des processus psychiques d'un individu ou d'un groupe dans la totalité de sa situation et de son évolution. Elle est amenée à étudier les conduites humaines individuelles, normales et pathologiques, en tant que phénomènes déterminés par les processus psychiques. Enfin, elle peut également étudier les spécificités psychiques d'une classe d'individus confrontée à une même situation (adoption, hospitalisation...), une même classe d'âge et leurs incidences croisées (vieillesse, interactions adolescentes...), une même pathologie (handicap moteur, atteinte neurologique...), ou appartenant à un même champ psychopathologique (troubles de l'humeur, schizophrénie...).

■ SUPERVISION

« Une supervision consiste à s'interroger sur ses positions personnelles, ses réactions, ses erreurs, ses craintes dans le cadre de son travail ».

Ce travail se fait habituellement en groupe, mais peut aussi se faire en face à face avec le superviseur.

Terme utilisé prioritairement dans le champ de la psychologie ou de la psychanalyse.

A partir de « la relation soignant-soigné »
Manoukian A., Massebeuf A., Lamarre 2^e
édition 2001

■ TRANSDISCIPLINARITÉ

La transdisciplinarité qui traduit pour sa part non seulement la volonté de dépasser les limites des disciplines et d'aller au-delà d'elles, mais surtout l'idée d'un transfert de notions, de méthodes, de compétences, d'approches d'une discipline vers une autre dans un contexte neuf (Nicolescu, 1996 ; Tardif & Meirieu, 1996 ; Fourez & al., 1997 ; Rey, 1998). Ainsi, les concepts qui ont été transférés de leur lieu d'origine vers d'autres savoirs institués (ex : forces, champs, structures) peuvent être qualifiés de « nomades » (Stengers & al., 1987), « transversaux » ou « transférables ».

Modalité de fonctionnement où des compétences sont mises au profit de situations cliniques différentes, et relevant de disciplines médicales variées (exemple : mise en application d'une modalité d'évaluation de la douleur en service de rhumatologie, d'endocrinologie, d'orthopédie...). Différents intervenants se réunissent donc autour d'un objectif commun, et utilisent tous la même méthodologie pour sa réalisation.

Textes législatifs : références

- **Loi n° 85-772 du 25 juillet 1985** portant diverses dispositions d'ordre social. Version consolidée au 26 février 2010, Chapitre V : Mesures relatives à la profession de psychologue (article 44 et suivants)
- **Décret n°89-684 du 18 septembre 1989** portant création de diplôme d'État de psychologie scolaire
- **Décret n°90-255 du 22 mars 1990** fixant la liste des diplômes permettant de faire usage professionnel du titre de psychologue
- **Arrêté du 14 janvier 1993** désignant les fonctions dans lesquelles les fonctionnaires et agents publics peuvent faire usage du titre de psychologue
- **Loi n° 2002-303 du 4 mars 2002** relative aux droits des malades et à la qualité du système de santé ; article 57
- **Arrêté du 14 novembre 2002 modifiant** l'arrêté du 27 mai 1998 relatif à la mise en place d'un nouveau traitement automatisé de gestion des listes départementales des professions réglementées par le code de la santé publique, de la famille et de l'aide sociale
- **Circulaire DHOS/P 2/DREES n° 2003-143 du 21 mars 2003** relative à l'enregistrement des diplômes des psychologues au niveau départemental
- **Ordonnance n° 2005-1040 du 26 août 2005** relative à l'organisation de certaines professions de santé et à la répression de l'usurpation de titres et de l'exercice illégal de ces professions :
 - **Décret n° 2010-534 du 20 mai 2010** relatif à l'usage du titre de psychothérapeute
 - **Arrêté du 13 décembre 2010** modifiant l'arrêté du 9 juin 2010 relatif aux demandes d'inscription au registre national des psychothérapeutes
 - **Arrêté du 8 juin 2010** relatif à la formation en psychopathologie clinique conduisant au titre de psychothérapeute
 - Le code de déontologie des psychologues, n'est pas actuellement inscrit dans la réglementation. Il est en cours de modification.

L'ensemble des textes peut être téléchargé sur le site de légifrance : www.legifrance.gouv.fr

