

## Douleur physique, souffrance psychique et approche pluridisciplinaire

*Le concept de souffrance globale chez un patient hospitalisé implique, pour y répondre, une prise en charge des douleurs physiques et psychiques.*

*Physique et psychisme sont étroitement liés, il serait donc vain de soulager l'un sans l'autre.*

*Un patient qui a mal dans son corps a nécessairement un ressenti psychique douloureux.*

*Inversement, un patient douloureux psychiquement sera mal dans son corps.*

**L**e soulagement des douleurs physiques est aujourd'hui, dans toute structure de soins, une priorité pour les équipes soignantes. La mémoire de la douleur ressentie s'inscrit d'autant plus profondément et durablement dans la psyché du patient qu'elle n'aura été soulagée que tardivement. Cette mémorisation sera d'autant plus source de souffrance psychique, pour le patient mal soulagé, qu'elle se prolongera dans le temps et qu'elle sera répétée.

### Démarche soignante

La toute première démarche des soignants est donc de recevoir, sans *a priori*, la plainte du patient. Croire en sa douleur et à ce qu'il en dit instaure d'emblée un lien de confiance entre le soigné et le soignant. Dès lors qu'une personne dit sa plainte et qu'un autre la reçoit, il y a un pacte, une relation humaine engageant des valeurs. En fait, il s'agit d'un pacte de confiance où s'instaure une alliance thérapeutique. La relation soignante est une relation de langage, faite de communication verbale et non verbale. Mettre en doute la parole du patient douloureux a comme effet de renforcer son sentiment d'isolement et de découragement. Cela équivaut à le renvoyer à sa douleur, dans un face-à-face stérile et traumatisant. En effet même si, dans un premier temps, la douleur zéro n'est pas un objectif absolu, par la complexité des processus physiologiques et psychologiques dans lesquels elle trouve son origine, il n'en reste pas moins qu'une écoute



© Burger / Phanite

attentive des plaintes somato-psychiques du patient peut avoir un rôle lénifiant sur ces dernières. Ensuite vient la prescription d'antalgiques avec, comme objectif, un soulagement partiel ou total du ressenti douloureux. Ce n'est qu'après l'optimisation de l'antalgie qu'une prise en charge psychologique peut débuter.

### Souffrance psychique

La spécificité de la souffrance psychique est qu'elle ne s'exprime pas aussi clairement que la douleur

physique. En effet, si le patient répond assez naturellement à l'évaluation de sa douleur physique, celle concernant le psychisme paraît plus difficile à verbaliser aux soignants. Le plus souvent, elle ne se fait que par un énoncé globalisant comme par exemple : « *je n'ai pas le moral* ». Et si le soignant tente d'en faire dire un peu plus, il a souvent en guise de précisions des explications évasives. En réalité, l'expression de cette souffrance prend des voies de communications complexes et parfois

tortueuses. Elle peut s'exprimer par l'apparition de troubles du sommeil ou de l'appétit, mais aussi par des dysthymies, des changements de comportements dans les relations avec l'équipe soignante ou son entourage... Autant de signes cliniques à repérer qui montrent un mal-être du patient.

### Manifestations dépressives

Il importe de souligner la difficulté d'établir des séparations évidentes

entre des manifestations dépressives qui ne sont pas définitives, comme de simples réactions dépressives brèves et à valeurs adaptatives n'entrant pas dans le cadre d'une pathologie mentale, et des manifestations plus durables, certes réactionnelles, mais qui témoignent d'un dysfonctionnement renvoyant à un trouble de l'adaptation, présent chez environ un tiers des patients atteints de cancer.

- **L'irritabilité**, l'absence de tout plaisir, l'autodépréciation, les auto-reproches, une culpabilité excessive à l'idée d'infliger à son entourage des désagréments matériels ou une détresse morale, des désirs de morts exprimés et réitérés, sont autant de signes cliniques qui, s'ils persistent dans le temps, peuvent être identifiés comme des symptômes dépressifs. Ils nécessiteront, de la part des soignants, d'y répondre par un traitement médicamenteux adapté.

- **La perte du sommeil** est aussi un signe de perturbation psychique.

- **Une activité onirique** désagréable, cauchemardesque est un symptôme de souffrance. Le rêve est, selon la tradition psychanalytique, un gardien du sommeil naturel. Il fait aussi office de catalyseur des impressions, des ressentis diurnes et agit comme une purge psychique de ce qui, le jour, n'a pu être symbolisé. Il arrive aussi qu'il soit l'expression d'une situation traumatisante vécue antérieurement. Il agit alors comme le représentant psychique d'un trauma vécu à l'état de veille.

### Mécanismes défensifs

Parfois, la réalité médicale (annonce de maladies évolutives et chroniques par exemple) est d'une violence telle pour le patient, que celui-ci n'a d'autres choix, pour appréhender cette réalité insupportable, que de mettre en place des mécanismes psychiques défensifs inconscients, plus ou moins massifs.

- **Le déni**. Par exemple, le patient parlera d'un kyste plutôt que d'une tumeur et élaborera des projets de vie en totale contradiction avec la réalité clinique de sa maladie.

### Cas clinique

**Mr A. a subi une thrombo-endarterectomie. Intubé et sédaté pendant son séjour en réanimation, tandis qu'il était agité, le médecin du service prescrit une contention pour le protéger. Une fois réveillé et extubé, Mr A. se plaint notamment de cauchemars répétitifs peuplant ses nuits de visions angoissantes. Il se voit enserré de la tête aux pieds à l'intérieur d'une machine qui lui donne une impression d'étouffement. La mise en mots de ses cauchemars et l'explication des actes médicaux prodigués pendant sa sédation, en lien avec ses visions oniriques, ont permis à Mr A. de retrouver progressivement un sommeil un peu plus paisible.**

- **La projection de ses peurs**, craintes et autres angoisses de mutilation et de séparation, sur des personnes de son entourage. C'est aussi une manière défensive, pour certains patients, permettant de mettre à distance une réalité qui les concerne.

- **Ce sont ces mêmes patients** qui, à l'évocation de leur maladie, font part aux soignants de l'inquiétude qu'ils ont pour leurs proches. Comme si, finalement, la maladie dont ils souffrent n'avait pas de conséquence sur leur propre devenir.

- **D'autres mécanismes défensifs** inconscients existent. Le refoulement en est un parmi les plus utilisés par notre psyché, tout comme la banalisation, la fuite ou autre évitement.

La mise en place de ces mécanismes correspond, pour les patients, à ce qui va leur permettre d'accepter la réalité de leur maladie au travers d'un prisme psychique édulcorant pour la conscience, évitant ainsi une souffrance psychique sidérante et délétère à leur santé mentale.

### Réponse des soignants

Il est important, pour recevoir le discours d'un patient en souffrance psychique, de pouvoir respecter la mise en place de ses mécanismes salutaires et d'éviter d'asseoir au patient une vérité médicale qu'il ne peut et ne veut entendre en l'état actuel. Notons que la mise en place de tels mécanismes défensifs, face à une réalité insupportable dont il faut s'extraire, n'est pas propre aux patients. Les

soignants utilisent eux aussi ces mêmes mécanismes face à des patients envers lesquels ils sont particulièrement sensibles à leur détresse.

- **La mise en place de groupes** d'analyse de pratiques professionnelles au sein d'établissements de santé permet aux soignants d'analyser la relation mise en place entre eux et les patients.

- **En soins palliatifs**, il est courant pour les équipes soignantes d'appréhender la réalité psychique des patients au travers de ces prismes défensifs. Et c'est par ces derniers ou par l'utilisation de métaphores, que le patient partage et communique son ressenti douloureux.

- **La demande d'euthanasie**, que certains patients expriment aux équipes soignantes au décours d'une maladie grave, est une expression d'une grande détresse psychique.

Il s'agit pour les soignants de l'entendre et surtout de ne pas la banaliser ou de s'en effrayer en évitant de la reformuler, si ce dernier se mure dans un silence désespéré. L'entendre c'est, en premier, tenter de comprendre pourquoi le patient

nous exprime cette pensée : Est-il soulagé des douleurs physiques en lien avec sa maladie ? Présente-t-il un tableau clinique dépressif ? Auquel cas, la mise en place d'un traitement neuroleptique peut être un élément de soulagement pour le patient. Existe-t-il des confits familiaux tels qu'il est préférable, pour le patient, de se laisser mourir afin de ne plus déranger personne ?

Au final, il faut retenir que la prise en charge de la douleur physique et de celle du ressenti douloureux de la souffrance psychique évoquée par le patient, de façon plus ou moins claire, nécessite une approche pluridisciplinaire, où chacun tente d'apporter ses éléments de réponse. L'écoute empathique du patient est nécessaire afin d'appréhender son vécu de la maladie. Mais la neutralité bienveillante du soignant implique, pour ce dernier, d'avoir la capacité à recevoir sans être lui-même trop affecté par la souffrance de l'autre.

Car l'objectif, pour le soignant, est d'aider le patient à mettre en mots ses affects douloureux et de lui faciliter ainsi la mise en lien avec les représentations inconscientes qui y sont attachées.

Dans cette perspective, la catharsis (méthode thérapeutique utilisée en psychanalyse pour désigner le rappel à la conscience d'une idée refoulée), générant ainsi une décharge émotionnelle à valeur libératrice, est un outil permettant aux soignants de débiter une prise en charge de la souffrance psychique. ▶

### Christian Braynas

psychologue clinicien,  
Hôpital Antoine-Béclère, Clamart (92)

### Ne pas oublier la famille

**L'écoute de la famille et des proches est un moyen pour les soignants de mieux appréhender le patient et d'être à même de mieux le soulager. Une famille en difficulté morale ou sociale amplifie le ressenti douloureux du patient. Ainsi, il est parfois opportun de proposer à l'entourage du patient de rencontrer l'assistance sociale du service et le psychologue. Ils peuvent être d'une grande aide pour celle-ci et, *in fine*, pour le patient.**