

# **Clinique et psychopathologie de la douleur**



Sous la direction de  
**Antoine Bioy, Baptiste Lignier**

# **Clinique et psychopathologie de la douleur**

**DUNOD**

<p>Le pictogramme qui figure ci-contre d'enseignement supérieur, provoquant une baisse brutale des achats de livres et de revues, au point que la possibilité même pour les auteurs de créer des œuvres nouvelles et de les faire éditer correctement est aujourd'hui menacée. Nous rappelons donc que toute reproduction, partielle ou totale, de la présente publication est interdite sans autorisation de l'auteur, de son éditeur ou du Centre français d'exploitation du droit de copie (CFC, 20, rue des Grands-Augustins, 75006 Paris).</p>	
---	--

© Dunod, 2020  
 11 rue Paul Bert, 92240 Malakoff  
 www.dunod.com

ISBN 978-2-10-080707-9

Le Code de la propriété intellectuelle n'autorisant, aux termes de l'article L. 122-5, 2° et 3° a), d'une part, que les « copies ou reproductions strictement réservées à l'usage privé du copiste et non destinées à une utilisation collective » et, d'autre part, que les analyses et les courtes citations dans un but d'exemple et d'illustration, « toute représentation ou reproduction intégrale ou partielle faite sans le consentement de l'auteur ou de ses ayants droit ou ayants cause est illicite » (art. L. 122-4).

Cette représentation ou reproduction, par quelque procédé que ce soit, constituerait donc une contrefaçon sanctionnée par les articles L. 335-2 et suivants du Code de la propriété intellectuelle.

# Table des matières

<i>LISTE DES AUTEURS</i>	XIII
<i>PRÉFACE</i>	XVII
Marie-Claude Defontaine-Catteau	
<i>INTRODUCTION</i>	1
Antoine Bioy, Baptiste Lignier	
<u>PREMIÈRE PARTIE</u>	
LA CONSULTATION DOULEUR	
<b>1. Évaluation de la douleur</b>	5
Séverine Conradi, Fanny Miller	
Évaluation algologique	6
<i>Les composantes de la douleur, 6 • La question de l'intensité et le piège de l'objectivation du subjectif, 7</i>	
L'étiologie	9
La spécificité de la douleur chronique	11
Les conséquences de la douleur	12

Évaluation psychologique de la douleur	13
<i>De l'évaluation psychologique aux évaluations psychologiques, 13</i> •	
<i>Entretien clinique : la base de l'évaluation psychologique, 13</i> •	
<i>Évaluation psychométrique, 16</i> • <i>Recours au projectif, 16</i>	
Évaluation pluriprofessionnelle : une mise en commun des regards au service des patients	17
<b>2. De la plainte douloureuse vers le récit de soi</b>	19
Antoine Bioy	
En douleur chronique	20
La plainte	21
Mise en récit	22
Construction du récit	24
Accompagner le travail de sens	25
Un récit de lutte	26
Formes du récit	27
En pratique médicale	28
<b>3. Dimension familiale et approche systémique</b>	31
Françoise Hirsch, Florence Reiter	
Douleur et organisation familiale	31
Désorganisation et réorganisation du système familial	32
Stratégies d'adaptation	33
Spécificités de la pédiatrie : l'intérêt du travail avec le patient et sa famille	35
L'approche systémique familiale	38
<b>4. La dynamique relationnelle en douleur</b>	39
Raphaël Minjard	
Dynamique relationnelle, alliance thérapeutique et mouvements transférentiels	40
Le pacte clinique et l'alliance thérapeutique	41
Vers « l'oreille interne émotionnelle »	45

## DEUXIÈME PARTIE

## PSYCHOPATHOLOGIE DE LA DOULEUR

<b>5. Éléments de comorbidité</b>	51
Baptiste Lignier, Elisabeth Baldo	
Douleur et dépression	52
<i>La douleur comme équivalent dépressif, 52 • Dépression : réaction à la douleur, 52 • Des facteurs pathogéniques communs, 53 • Conclusions : critères et spectre de gravité, 53</i>	
Douleur et anxiété	54
<i>Le modèle « peur-évitement », 54 • Peur de la douleur et surévaluation anxieuse, 55 • Conclusions : douleur, anxiété et dépression, 55</i>	
Douleurs et addictions	55
<i>Addiction : quelques précisions, 56 • Douleurs et addictions, 56 • Addiction au tabac, 57 • Addiction à l'alcool, 57 • Addiction aux opioïdes, 58 • Addiction au cannabis, 59</i>	
<b>6. Personnalité et douleur</b>	61
Baptiste Lignier	
Descriptions de patients prototypiques	62
AHA pour Anger – Hostility – Aggression	62
La question de l'alexithymie	63
Les troubles de la personnalité	63
La conception psychobiologique de la personnalité	64
Selon le modèle des Big Five	65
<i>Le rôle univoque du névrosisme, 66 • Extraversion : des résultats plus contrastés, 68</i>	
<b>7. Somatisations</b>	69
Véronique Barfety-Servignat	
Somatisation	69
<i>Évolution du concept, 69 • Un continuum, 70 • Présentation, 70</i>	
Conversion	71
Hypocondrie	75
Psychosomatique	77
Pathomimie	78

<b>8. Facteurs de vulnérabilité, de maintien, de protection et de soulagement</b>	83
Franck Henry	
Facteurs de vulnérabilité et de maintien de l'expérience douloureuse	84
<i>Personnalité, 84 • Algophobie, kinésiophobie et catastrophisme, 85 •</i>	
<i>Hypoactivité, hyperactivité, pacing, 86 • Troubles cognitifs, 87 • Colère</i>	
<i>et sentiment d'injustice perçu, 88 • Troubles de l'attachement, 89 •</i>	
<i>Événements de vie et états de stress post-traumatique, 91</i>	
Facteurs de résilience et de soulagement face à la douleur	93
<i>Attentes thérapeutiques, optimisme, 93 • Acceptation et flexibilité</i>	
<i>psychologique, 94 • Autocompassion, 94</i>	
<b>9. Facteurs de chronicisation, facteurs de prévention</b>	97
Séverine Conradi, Florence Reiter	
Chronicisation : le passage de l'aigu au chronique	97
Quelques modèles de chronicisation	99
<i>Peur de la douleur, 100 • Apport des douleurs postopératoires, 101 •</i>	
<i>Comportement de santé et douleur chronique :</i>	
<i>l'exemple des céphalées, 102</i>	
Spécificités de la pédiatrie	104
<i>Considérations pédiatriques, 104 • La douleur chronique chez l'enfant et</i>	
<i>l'adolescent, 105</i>	
Pistes pour une prise en charge préventive	109
<i>Prévention de la douleur, 109 • Accompagnement, 110</i>	

### TROISIÈME PARTIE

#### PROCESSUS CLINIQUES

<b>10. Mémoire et souvenir de la douleur</b>	115
Bertrand Lionet	
La mémorisation de la douleur	115
La mémoire de la douleur et le souvenir de la douleur	117
<i>Mémoire du corps, 117 • Mémoire épisodique, 118 • Mémoire</i>	
<i>sémantique, 119 • Élaboration de la trace mnésique, 120</i>	
La douleur chronique ou l'oubli impossible	121
<i>Le rôle de l'oubli, 122 • Douleur chronique et traumatisme</i>	
<i>psychique, 123</i>	



<b>11. Psychotraumatisme et douleur</b>	127
Françoise Hirsch, Séverine Conradi	
Psychotraumatisme	128
<i>La rencontre, 128 • La désorganisation psychique face au traumatisme, 128 • La place du corps et la somatisation, 129</i>	
Psychotraumatisme et douleur	130
<i>Trouble de stress post-traumatique et douleur, 130 • Psychopathologie, 130</i>	
La douleur en tant que traumatisme	132
Prise en charge	133
<b>12. De la honte au masochisme</b>	135
Véronique Barfety-Servignat	
La honte	135
La culpabilité en clinique de la douleur	139
Masochisme et douleur	142

#### QUATRIÈME PARTIE

#### CONTEXTES CLINIQUES

<b>13. Temps psychique, temps médical, temps chirurgical</b>	147
Bertrand Lionet, Léonor Fasse	
Émergence de la douleur dans la temporalité psychique	148
L'histoire douloureuse	149
Le temps médical face à la douleur singulière	151
<i>Temporalités du patient douloureux, 151 • Temporalités hospitalières, 152</i>	
<b>14. Douleur et travail</b>	159
Alexandre Sallet	
La douleur, au carrefour du corps et du travail	159
La nécessité d'une théorie du travail en clinique des douleurs	161
<i>La place du travail dans le discours du sujet douloureux chronique, 161 • Pour une théorie du travailler en clinique de la douleur, 162</i>	

Quels apports de la psychodynamique du travail à la clinique de la douleur ?	162
<i>Des conditions de travail à l'organisation du travail : quelles douleurs ?, 162 • Le corps et les stratégies de défense au travail, 163</i>	
La centralité de la question de la reconnaissance	165
<i>Des sujets en quête de reconnaissance : du travail à la consultation douleur, 165 • La reconnaissance de soi par soi dans le travail : un enjeu public, 166</i>	
De la douleur du travail au travail de la douleur	167
<i>La douleur ordinaire au travail : une subversion de la douleur en plaisir du corps ?, 167 • La reprise du travail : un enjeu des structures douleur ?, 168</i>	
<b>15. Douleurs et situations palliatives</b>	169
Léonor Fasse	
Le concept de « souffrance globale » et la structuration des soins palliatifs	170
Ajustement psychologique des patients douloureux en situation palliative	172
Le vécu des proches de patients	174
Exploration de la douleur par le psychologue	176
<b>16. Douleurs en psychiatrie</b>	181
Élisabeth Baldo	
Douleur et états dépressifs	182
Douleur et états anxieux	183
Schizophrénie et douleurs	184
Autisme et douleurs	185
Troubles bipolaires et douleurs	186
Troubles de la personnalité et douleurs	186
Troubles à symptomatologie somatique et apparentés	187
<b>17. Sujet polyhandicapé, moi-corps, douleur</b>	189
Géraldine Bruillot	
Définition du polyhandicap	190
Le corps de la médecine	191
La douleur chez l'adulte polyhandicapé : moi-corps-douleur ?	192
Véridicité des échelles d'évaluation de la douleur	196

Les processus défensifs institutionnels et leur dialectique	197
<i>CONCLUSION</i>	199
Baptiste Lignier, Antoine Bioy	
<i>BIBLIOGRAPHIE</i>	203
<i>SIGLES</i>	215



# Liste des auteurs

*Ouvrage dirigé par :*

## **Antoine Bioy**

Psychologue clinicien (CHU de Bordeaux), professeur de Psychologie clinique et psychopathologie (université Paris 8), directeur adjoint du Laboratoire de Psychopathologie et Neuropsychologie, coordinateur national du DIU Clinique et psychopathologie de la douleur. Ancien vice-président de la SFETD et membre fondateur de la Commission professionnelle des psychologues de la douleur de cette société savante. Responsable scientifique du centre « Ipnosia », conseiller scientifique UNESCO (chaire 918), président de la commission « Humanisation des soins » de la Fondation de France, co-fondateur et conseiller éditorial de la revue *TRaNSES* (Dunod).

## **Baptiste Lignier**

Maître de conférences des universités en Psychologie clinique et psychopathologie (université de Bourgogne, Laboratoire Psy-DREPI : Dynamiques Relationnelles Et Processus Identitaires, EA 7458), psychologue clinicien (SEDAP, Dijon), responsable du DIU Clinique et psychopathologie de la douleur de l'université de Bourgogne Franche-Comté.

*Avec la contribution de :*

**Elisabeth Baldo**

Psychiatre (centre Hospitalier Montperrin, Aix-en-Provence).

**Véronique Barfety-Servignat**

Psychologue clinicienne (CHU de Lille, Consultation Douleur et Rhumatologie), chercheuse associée au Laboratoire de Psychopathologie et Neuropsychologie (université Paris 8), co-responsable du DIU Clinique et psychopathologie de la douleur (université Lille 3).

**Géraldine Bruillot**

Psychologue clinicienne (Mas Les Archipels, Croix-Rouge française).

**Séverine Conradi**

Psychologue clinicienne (CHRU de Nancy, Consultation d'Évaluation et de Traitement de la Douleur), doctorante au Laboratoire APEMAC-EPSAM (université de Lorraine), secrétaire générale de la Société Française d'Étude et de Traitement de la Douleur.

**Léonor Fasse**

Psychologue clinicienne (Hôpital Gustave Roussy, Villejuif), maître de conférences des universités en Psychologie clinique et psychopathologie (université Paris Descartes, Laboratoire de Psychopathologie et Processus de Santé).

**Franck Henry**

Psychologue clinicien – Psychothérapeute (CHU Dupuytren – Centre de la Douleur Chronique et Service de Rhumatologie), doctorant en Psychologie à l'université de Tours, membre associé du laboratoire de recherche EE 1901 « QualiPsy ».

**Françoise Hirsch**

Psychologue clinicienne, parcours en douleur notamment au sein du Centre d'Évaluation des Traitements et de la Douleur de l'hôpital Pierre-Paul Riquet (Toulouse).

**Bertrand Lionet**

Psychologue clinicien, docteur en psychologie, structure Douleur chronique de la région dunkerquoise et audomaroise.

**Fanny Miller**

Psychologue clinicienne, intervenante auprès du Centre d'Évaluation et de Traitement de la Douleur et de la Psychiatrie de liaison (CHRU de Brest).

**Raphaël Minjard**

Psychologue clinicien, PhD, (Hôpital de la Croix Rousse, Lyon – Consultation Douleur), maître de conférences des universités en Psychopathologie et psychologie clinique (Université Lumière Lyon II – Centre de Recherches en Psychopathologie et Psychologie Clinique), secrétaire général adjoint pour la Société Française d'étude et de Traitement de la Douleur.

**Florence Reiter**

Psychologue (Hôpital Armand Trousseau, Paris, AP-HP – Centre de la douleur et de la migraine de l'enfant).

**Alexandre Sallet**

Psychologue clinicien, service de rhumatologie et Centre Fédératif d'Évaluation et de Traitement de la Douleur, correspondant régional Auvergne-Rhône-Alpes de la Société Française d'Étude et de Traitement de la Douleur, doctorant au sein du laboratoire de Psychologie Clinique, Psychopathologie, Psychanalyse (université Paris-Descartes), membre de l'équipe de recherche de l'Institut de Psychodynamique du travail (Paris).





# Préface

Marie-Claude Defontaine-Catteau

**À** BIEN Y RÉFLÉCHIR, c'est chose curieuse ou intrigante que la clinique psychologique de la douleur. Cela pourrait être dû à un trio d'acteurs autrefois improbable sur la scène de l'hôpital général : un patient, son médecin et un psychologue... En réalité, il s'agit de la nature même de l'évolution conceptuelle de la douleur qui rend sa pratique aussi complexe et plurielle. D'un symptôme à garder pour sa valeur diagnostique médicale et à éradiquer quoi qu'il en coûte pour le patient, elle a, une fois chronicisée, acquis le statut de maladie et a donc généré tout un corpus théorique médical spécifique. Maladie chronique à part entière, elle infiltre et s'intrique par ailleurs de manière transversale à tout un répertoire d'autres pathologies chroniques et donc, étrangement, la douleur chronique est aussi une « maladie dans les maladies »... Le rôle essentiel des émotions, tant dans le vécu corporel que dans leur traduction psychopathologique, quand la douleur évacue le sujet de son propre corps tout en l'y incarcérant, ce fondement terminologique de la douleur, a convié le psychologue à venir trianguler le duo patient-médecin.

Cette triangulation n'est pas évidente car elle vient battre en brèche la dichotomie corps versus psychisme ou encore réalité organique versus évidence psychique : quitte à aller plus loin, la compréhension de la globalité du patient (c'est le patient qui est global, ce n'est pas celui qui le soigne !) tient à ce que le psychologue ne se cantonne pas uniquement à la relation qui va s'inaugurer et parfois perdurer sur le plan psychothérapeutique avec le patient. Cette relation psychologique voire psychothérapeutique ne va prendre pleinement son sens, au sein de l'équipe pluridisciplinaire, que si le psychologue la valorise aussi

pour le médecin et pour les soignants. Le médecin est le détenteur du savoir sur l'organicité et son efficacité est liée à l'intransigeance de son regard le plus objectif possible sur l'objet premier de sa science : le corps et ses maladies. Le patient douloureux compte fermement là-dessus, mais sans doute qu'il espère aussi beaucoup de la relation que médecin et psychologue entretiennent, sinon, il demeure avec deux interlocuteurs qui maintiennent la dichotomie psyché versus soma... L'enjeu est capital pour lui s'il veut être considéré comme étant *malade* et non comme *ayant une maladie* : et cet enjeu est étroitement lié au partenariat primordial, indispensable, de ses interlocuteurs psy et médecin(s).

L'évaluation psychologique est une évidence plutôt rare pour le patient douloureux. Parfois intéressante, intrigante, plus souvent préoccupante, inquiétante... C'est habituellement le médecin qui formule la demande par le biais du dispositif de consultation ; il ne manque pas de douloureux qui ne rencontreront pas le psychologue car leurs douleurs s'amendent rapidement au prix d'un suivi médical suffisant et souvent efficace. On peut même se demander parfois si l'idée d'échapper à la consultation psychologique n'en soulage déjà pas un peu quelques-uns ! L'effet placebo se niche là où il veut... Mais le fait que le médecin soit le demandeur n'est pas sans exigence de réflexion pour le psychologue : il est en terre médicale. La première partie de l'ouvrage s'attache aux spécificités de ce dispositif, aux différents types d'approche et au basculement qui s'opère, durant l'entretien psychologique, de la plainte strictement somatique à sa restitution au sein d'une histoire personnelle et d'une mise en sens singulière. L'adhésion fréquente et spontanée du patient à la consultation psychologique en structure douleur est éclairée par les premiers chapitres de l'ouvrage ; pressentiment d'une utilité (les auteurs évoquent la remarquable notion de « service »), restitution de la plainte au sein du tissu familial, acceptation par le psychologue d'un énoncé subjectif et historié qui permette l'émergence d'un sens face à l'absurdité d'une douleur sortie de son rôle d'alarme, en s'engageant dans une relation qui fonde les mouvements transférentiels et leur potentiel évolutif.

Les trois parties suivantes de l'ouvrage couvrent de manière approfondie et étayée de vignettes cliniques ce que la psychopathologie et la psychiatrie ont d'éclairant pour comprendre les facteurs qui interagissent avec l'irruption de la douleur chez le patient, qui surgissent si cette douleur se pérennise, ainsi que les processus cliniques et les éléments contextuels propres à la renforcer ou à la chroniciser. Cette somme scientifique est un corpus théorique toujours à maturer (à quand une clinique psychologique des grandes pathologies douloureuses chroniques ?), corpus qui émane d'une pratique de pys engagés dans la clinique de la douleur : ce sont des pratiques, des expériences, des réflexions qui ouvrent

à une référence, à un savoir. Savoir mouvant, en devenir, mais solide, présent, partageable par une communauté de curieux de l'autre et donc... indispensable. Il me faut absolument revenir sur ce terme d' « utilité » et de « service », même si les termes ne sont pas vendeurs... Bien sûr, c'est une lapalissade que de revenir sur l'utilité de cet ouvrage collectif et sur sa valeur contributive à l'expérience professionnelle individuelle et pluridisciplinaire. Il a une vertu cachée : il vient redonner au psychologue de la douleur la couleur, la trame, le tissu, le parfum, le sens de ce qu'il travaille au sein d'une équipe douleur ; cela a été dit, le psychologue est éminemment utile au patient, mais pas qu'au patient. Sa position tierce, à la fois écho de la subjectivité du patient et tout en même temps à l'écoute de la posture médicale, ce que le psychologue triangule ce faisant, est également utile, au service de l'équipe médicale et soignante, et c'est honorable.

**Marie-Claude Defontaine-Catteau**

Psychologue clinicienne, psychanalyste

P.S. : préface à lire de préférence en écoutant la musique originale de Michel Legrand pour le film *Le Messenger* de Joseph Losey. Sourire.

