

Réaliser une
CONSULTATION INITIALE
de la
DOULEUR CHRONIQUE

Céline MOYENIN, CH Bourg en Bresse
Dominique GILLET, CHUGA site Voiron
Gérard MICK, CHUGA site Voiron

Questions de fond

- **Dialogue singulier ?**

OUI

OU BIEN avec celui (un seul) que le patient souhaite, mais pas un enfant (surtout si le patient est un adulte jeune), sauf exception

- **Comment** : seul *OU* en binôme ?

le plus souvent SEUL mais **SI POSSIBLE** en binôme

BINOME = somaticien + psychiste (homme + femme)

Questions de fond

- **Place de l'évaluateur MEDECIN** : pas d'identité, si possible, entre celui qui relaie l'*approche médicale initiale* et celui qui va réaliser une *prise en charge non médicale proposable* (hypnose, ...)
- **Suivi de la consultation initiale** : tout seul (« je sais tout et fais tout » *OU BIEN* « je suis vraiment tout seul ») *OU BIEN faire suivre par une évaluation PLURIPRO* avec :
 - Consultation/Evaluation IDE
 - Consultation/Entretien PSY le cas échéant (selon besoin)

idéalement, il faut aussi des évaluations IDE ou PSY

Questions de fond ET pratiques

- **Durée** : *45 à 60 mn*

pas plus (si possible) : sinon trop long pour patient et médecin

- **Pour faire quoi ?**

- Diagnostic étiologique ? **NON, à priori**
- Prise en charge d'une douleur rebelle après diagnostic étiologique posé/compris/accepté ? **OUI, à priori**
- Les deux ? **parfois**
- *Que faire quand le diagnostic étiologique posé n'est pas le bon ?* **contacter le médecin adresseur et se concerter**

Questionnaires d'évaluation

- OUI
- avec multiples dimensions dont des questions clés :
quel contenu (voir article joint)
- Remplissage
 - juste avant la consultation en salle d'attente ?
 - chez soi après envoi postal ?
 - avec ou sans aide ? par soignant ou par aidant ?
 - avec le médecin traitant ?

idéalement, SEUL, chez soi, PEU AVANT (jours) la CS
aidé si besoin (aidant, adresseur, médecin traitant)

Contenu de la consultation

– Dossier médical minimal

- lettre du médecin traitant / de l'adresseur
- compte-rendus des avis spécialisés et des hospitalisations significatives
- antécédents et traumatismes (dont chirurgies)
- compte-rendus d'imagerie (relire les IMAGES *si capacité de lecture : spécialité / ne pas commenter le compte-rendu : garder son avis*)

– Liste des acteurs en jeu

- conventionnels
- non conventionnels (*poser la question*)

– *Examen clinique* : complet non obligatoire

la zone douloureuse au minimum

– Retentissement : relecture des parties correspondantes des questionnaires avec le patient

– Pas d'acte technique ou d'une autre nature (hypnose, sophrologie, infiltration,...)

Première perception

Typologie de patients

- « *Tour de France* » des consultations de la douleur
- 1^{ère} fois, sur demande motivée du médecin traitant
- 1^{ère} fois, sur demande motivée d'un autre médecin (avec *OU BIEN* sans le consentement du médecin traitant)
- 1^{ère} fois, sur demande propre du patient, avec acceptation du médecin traitant mais lettre superficielle
- Avis complémentaire thérapeutique uniquement, après traitement déjà instauré par un spécialiste

Déroulé de la consultation

En 3 temps : *toujours partagés entre médecin et patient*

1^{er} temps : *recueil des données pertinentes*

- Histoire spontanée de la douleur : *diachronie*
- Précisions et coïncidences biographiques : *synchronie*
- Relecture des questionnaires et signification des réponses
- Quels acteurs de santé « clés » autour de la personne (pros de santé + non pros dont famille et amis)
- Retentissement sur la *vie* du patient
 - relation avec le conjoint
 - relation avec la famille
 - situation et ressenti au travail
 - vie sociale et ludique/culturelle/associative/artistique
 - autre aspect pertinent pour le patient

Déroulé de la consultation

2^e temps : relecture **partagée** de la situation

- *Représentations cognitives* : **pourquoi j'ai mal** (cause, mécanismes, facteurs d'initiation et de pérennisation)
- *Postures du patient* vis à vis de la situation (dont, mais pas uniquement, le **coping**)
- *Postures des acteurs clés autour de la personne* : **tous, pros et non pros**
- *Caractéristiques propres au patient* :
 - neurotonie, hypervigilance
 - anxiété, catastrophisme
 - éléments clés de l'histoire de vie : traumatismes, deuils, ruptures
- *Soutiens* : en cours, possibles / actifs *OU* passifs
- *Sens général du « problème douloureux »* : **relecture globale**
- *Attentes et souhaits du patient* : **relecture du questionnaire**
- *Place de l'équipe SDC dans la prise en charge à venir* : **qui, pourquoi, quand, comment ?**

Déroulé de la consultation

3e temps : *recherche de solutions*

- *réalistes*
- *multimodales* : pharmacologiques, physiques, psychocorporelles, autres dont chirurgicales
- *pluriprofessionnelles* : sanitaires ET sociales
- *objectifs clés* : toujours au moins ceux-là
 - amélioration de la qualité de vie
 - réduction du handicap
 - construction d'un nouveau projet personnel
- *en rapport avec un projet de vie « réaliste »* (issu certes de l'idéal)
- *agenda adapté* : actions thérapeutiques en parallèle, à moyen/long termes, avec réponse anticipée (dont celle en proximité) en cas de situation d'acutisation douloureuse
- *mesures hédoniques* : ce qui est possible pour le patient ET ce qu'il souhaite le plus

Après la consultation initiale

Quels scénarios possibles ?

- Entrée dans une **prise en charge pluriprofessionnelle** au sein de l'équipe SDC
 - Avec consultation IDE ? *si possible*
 - Avec entretien PSY ? *le plus souvent, mais pas toujours*
- Suivi de **référence** par le médecin évaluateur initial, seul
- Demande d'avis complémentaire à un autre médecin, avec ou sans suivi ultérieur par l'évaluateur
- Proposition thérapeutique simple et retour/suivi par le médecin traitant seul
- Adressage à une équipe/médecin pour une autre prise en charge spécialisée, avec ou sans suivi ultérieur par l'équipe SDC

Prise en charge pluriprofessionnelle au sein de l'équipe SDC

- Le dispositif de soins proposé est un écho de l'approche globale.
- Avec **médecin, IDE, PSY**, et le cas échéant MKD, assistante sociale, psychomotricienne, sophrologue, ...
Trinôme de base essentiel : médecin, IDE, PSY
- *Co-étayage collégial*, qui a du sens au regard de la clinique singulière de la douleur chronique
- *Clinique du traumatique* : troubles psychopathologiques très fréquents, avec besoin fréquent de recours au PSY
- *Modèle bio-psycho-social (intégratif)* revalidé auprès du patient et pris en compte

L'accueil en binôme somaticien/psychiste

Sens et retentissement

La présence simultanée et conjointe du somaticien et du psychiste vient d'emblée signifier au patient que sa douleur a quelque chose à voir avec les deux instances associées à ces soignants, donc le corps et la vie affective : indice de *sens* donné à la douleur.

L'association des deux dimensions corporelles et psychiques soutient une considération de la globalité du sujet en tant qu'*être de corps et être de ressentis*.

Le dispositif est « en double écoute », souvent nouveau et unique pour le patient, et déjà soignant en soi. Il permet la *diffraction* de la plainte douloureuse. *Porter à deux* est par ailleurs aidant pour *supporter (les soignants)* la plainte douloureuse chronique.

La présence du *couple* somaticien-psychiste / homme-femme est un espace où la personne peut s'adresser à la fois à une personne du même sexe, du sexe opposé, ou à un couple : renvois possibles à la complicité dans le même sexe, à l'unité affective du couple, à l'image parentale rassurante.

Fonction spécifique du psychologue pendant l'accueil en binôme

- Présence d'arrière-fond
- Fonction de veille et d'attention flottante
- Ecoute spécifique, avec repérage d'éléments d'affects en souffrance pour faire retour au patient de sa souffrance perçue (tristesse, colère, découragement, lassitude, anxiété, peurs,...)
- Présence physique et active/passive du psychologue :
 - favorise l'émergence et la verbalisation d'éléments de la vie affective : *accroche transférentielle*
 - facilite l'idée d'une prise en charge psychologique chez le patient par une rencontre préalable, qui sécurise

Le lien commence à se construire avec l'intervenant PSY.

La place du PSY dans l'équipe

Pourquoi un prise en charge psychologique ET globale ?

- Proposer une expérience de soins bienveillante, étayant en vue de *l'apaisement* du patient, tout en considérant la douleur comme un symptôme à respecter dans sa valeur et sa fonction intrapsychique et intersubjective.
- Considérer que la douleur a valeur d'adresse et de modalité de lien à l'autre.
- Proposer du soin, sans injonction au soin, et rendre le patient acteur de ce soin pour une alliance thérapeutique de qualité et une réappropriation subjective revalorisante pour lui :
 - entretiens de soutien
 - * individuels
 - * familiaux, conjugaux, aux accompagnants, ...
 - psychothérapie

Objectifs de la prise en charge PSY

- Soutenir le sujet au regard des difficultés de sa vie quotidienne entravée
- Accompagner le processus de renoncement, de deuil, et la dépressivité à l'œuvre que suppose l'expérience de douleur chronique
- Permettre un travail psychique sur le rapport à sa *corporéité* et à son *histoire de vie*
- Accompagner le travail de rencontre avec des parts en soi et de soi ressenties comme étrangères, et ainsi progressivement mobiliser à nouveau ressources internes et compétences propres du sujet

Questions

- Comment peut-on réaliser une consultation de la douleur chronique dans sa structure en fonction des moyens disponibles ?
- Comment percevoir les enjeux de vie pour le patient au travers de la consultation initiale et travailler vis-à-vis d'eux ?
- Suivre une « méthode pratique », une « posture conceptuelle », ou son organisation individuelle ?
- Où situer les IDE / PSY dans l'évaluation médicale globale ?