



HAL
open science

Place du psychiatre en centre de la douleur : étude qualitative sur les attentes et représentations des médecins exerçant en structure spécialisée en Isère et en Savoie

Marie Calet, Jérôme Bourgeois

► To cite this version:

Marie Calet, Jérôme Bourgeois. Place du psychiatre en centre de la douleur : étude qualitative sur les attentes et représentations des médecins exerçant en structure spécialisée en Isère et en Savoie. Médecine humaine et pathologie. 2020. dumas-02963120

HAL Id: dumas-02963120

<https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-02963120>

Submitted on 9 Oct 2020

HAL is a multi-disciplinary open access archive for the deposit and dissemination of scientific research documents, whether they are published or not. The documents may come from teaching and research institutions in France or abroad, or from public or private research centers.

L'archive ouverte pluridisciplinaire **HAL**, est destinée au dépôt et à la diffusion de documents scientifiques de niveau recherche, publiés ou non, émanant des établissements d'enseignement et de recherche français ou étrangers, des laboratoires publics ou privés.

AVERTISSEMENT

Ce document est le fruit d'un long travail approuvé par le jury de soutenance.

La propriété intellectuelle du document reste entièrement celle du ou des auteurs. Les utilisateurs doivent respecter le droit d'auteur selon la législation en vigueur, et sont soumis aux règles habituelles du bon usage, comme pour les publications sur papier : respect des travaux originaux, citation, interdiction du pillage intellectuel, etc.

Il est mis à disposition de toute personne intéressée par l'intermédiaire de [l'archive ouverte DUMAS](#) (Dépôt Universitaire de Mémoires Après Soutenance).

Si vous désirez contacter son ou ses auteurs, nous vous invitons à consulter la page de DUMAS présentant le document. Si l'auteur l'a autorisé, son adresse mail apparaîtra lorsque vous cliquerez sur le bouton « Détails » (à droite du nom).

Dans le cas contraire, vous pouvez consulter en ligne les annuaires de l'ordre des médecins, des pharmaciens et des sages-femmes.

Contact à la Bibliothèque universitaire de Médecine
Pharmacie de Grenoble :
bump-theses@univ-grenoble-alpes.fr

Année : 2020

PLACE DU PSYCHIATRE EN CENTRE DE LA DOULEUR
ETUDE QUALITATIVE SUR LES ATTENTES ET REPRESENTATIONS DES MEDECINS
EXERCANT EN STRUCTURE SPECIALISEE EN ISERE ET EN SAVOIE

THÈSE
PRÉSENTÉE POUR L'OBTENTION DU TITRE DE DOCTEUR EN MÉDECINE
DIPLOME D'ÉTAT

Marie CALET

[Données à caractère personnel]

Et

Jérôme BOURGEOIS

[Données à caractère personnel]

THÈSE SOUTENUE PUBLIQUEMENT À LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE GRENOBLE
Le : 06/10/2020

DEVANT LE JURY COMPOSÉ DE

Président du jury :

Monsieur le Professeur Thierry BOUGEROL

Membres :

Monsieur le Professeur Mircea POLOSAN

Monsieur le Professeur Bernard LAURENT

Monsieur le Docteur Bernard DUPLAN (directeur de thèse)

Monsieur le Docteur Emmanuel FONTAINE (directeur de thèse)

L'UFR de Médecine de Grenoble n'entend donner aucune approbation ni improbation aux opinions émises dans les thèses ; ces opinions sont considérées comme propres à leurs auteurs.

Doyen de la Faculté : Pr. Patrice MORAND

Année 2019-2020

ENSEIGNANTS DE L'UFR DE MEDECINE

CORPS	NOM-PRENOM	Discipline universitaire
PU-PH	ALBALADEJO Pierre	Anesthésiologie-réanimation et médecine péri-opératoire
PU-PH	APTEL Florent	Ophthalmologie
PU-PH	ARVIEUX-BARTHELEMY Catherine	Chirurgie viscérale et digestive
PU-PH	BAILLET Athan	Rhumatologie
PU-PH	BARONE-ROCHETTE Gilles	Cardiologie
PU-PH	BAYAT Sam	Physiologie
MCF Ass.MG	BENDAMENE Farouk	Médecine Générale
PU-PH	BENHAMOU Pierre Yves	Endocrinologie, diabète et maladies métaboliques
PU-PH	BERGER François	Biologie cellulaire
MCU-PH	BIDART-COUTTON Marie	Biologie cellulaire
PU-PH	BLAISE Sophie	Chirurgie vasculaire ; médecine vasculaire
MCU-PH	BOISSET Sandrine	Bactériologie-virologie
PU-PH	BOLLA Michel	Cancérologie-Radiothérapie
PU-PH	BONAZ Bruno	Gastroentérologie, hépatologie, addictologie
PU-PH	BONNETERRE Vincent	Médecine et santé au travail
PU-PH	BOREL Anne-Laure	Nutrition
PU-PH	BOSSON Jean-Luc	Biostatistiques, informatique médicale et technologies de communication
MCU-PH	BOTTARI Serge	Biologie cellulaire
PR Ass.MG	BOUCHAUD Jacques	Médecine Générale
PU-PH	BOUGEROL Thierry	Psychiatrie d'adultes
PU-PH	BOUILLET Laurence	Médecine interne
MCU-PH	BOUSSAT Bastien	Epidémiologie, économie de la santé et prévention
PU-PH	BOUZAT Pierre	Anesthésiologie-réanimation et médecine péri-opératoire
PU-PH	BRAMBILLA Christian	Pneumologie
PU-PH	BRAMBILLA Elisabeth	Anatomie et cytologie pathologiques
MCU-PH	BRENIER-PINCHART Marie Pierre	Parasitologie et mycologie
PU-PH	BRICAULT Ivan	Radiologie et imagerie médicale
PU-PH	BRICHON Pierre-Yves	Chirurgie thoracique et cardiovasculaire
MCU-PH	BRIOT Raphaël	Thérapeutique-médecine de la douleur
MCU-PH	BROUILLET Sophie	Biologie et médecine du développement et de la reproduction
PU-PH	CAHN Jean-Yves	Hématologie
PU-PH	CARPENTIER Patrick	Chirurgie vasculaire, médecine vasculaire
PR Ass.MG	CARRILLO Yannick	Médecine Générale
PU-PH	CESBRON Jean-Yves	Immunologie
PU-PH	CHABARDES Stephan	Neurochirurgie
PU-PH	CHABRE Olivier	Endocrinologie, diabète et maladies métaboliques
PU-PH	CHAFFANJON Philippe	Anatomie

CORPS	NOM-PRENOM	Discipline universitaire
PU-PH	CHARLES Julie	Dermato-vénérologie
MCF Ass.MG	CHAUVET Marion	Médecine Générale
PU-PH	CHAVANON Olivier	Chirurgie thoracique et cardio- vasculaire
PU-PH	CHIQUET Christophe	Ophthalmologie
PU-PH	CHIRICA Mircea	Chirurgie viscérale et digestive
PU-PH	CINQUIN Philippe	Biostatistiques, informatique médicale et technologies de communication
MCU-PH	CLAVARINO Giovanna	Immunologie
PU-PH	COHEN Olivier	Histologie, embryologie et cytogénétique
PU-PH	COURVOISIER Aurélien	Chirurgie infantile
PU-PH	COUTTON Charles	Génétique
PU-PH	COUTURIER Pascal	Gériatrie et biologie du vieillissement
PU-PH	CRACOWSKI Jean-Luc	Pharmacologie fondamentale, pharmacologie clinique
PU-PH	CURE Hervé	Cancérologie
PU-PH	DEBATY Guillaume	Médecine d'Urgence
PU-PH	DEBILLON Thierry	Pédiatrie
PU-PH	DECAENS Thomas	Gastro-entérologie, Hépatologie
PU-PH	DEMATTEIS Maurice	Addictologie
PU-PH	DEMONGEOT Jacques	Biostatistiques, informatique médicale et technologies de communication
MCU-PH	DERANSART Colin	Physiologie
PU-PH	DESCOTES Jean-Luc	Urologie
PU-PH	DETANTE Olivier	Neurologie
MCU-PH	DIETERICH Klaus	Génétique
MCU-PH	DOUTRELEAU Stéphane	Physiologie
MCU-PH	DUMESTRE-PERARD Chantal	Immunologie
PU-PH	EPAULARD Olivier	Maladies infectieuses ; Maladies tropicales
PU-PH	ESTEVE François	Biophysique et médecine nucléaire
MCU-PH	EYSSERIC Hélène	Médecine légale et droit de la santé
PU-PH	FAUCHERON Jean-Luc	Chirurgie viscérale et digestive
MCU-PH	FAURE Julien	Biochimie et biologie moléculaire
PU-PH	FERRETTI Gilbert	Radiologie et imagerie médicale
PU-PH	FEUERSTEIN Claude	Physiologie
PU-PH	FONTAINE Éric	Nutrition
PU-PH	FRANCOIS Patrice	Epidémiologie, économie de la santé et prévention
MCU-MG	GABOREAU Yoann	Médecine Générale
PU-PH	GARBAN Frédéric	Hématologie ; Transfusion
PU-PH	GAUDIN Philippe	Rhumatologie
PU-PH	GAVAZZI Gaétan	Gériatrie et biologie du vieillissement
PU-PH	GAY Emmanuel	Neurochirurgie
MCU-PH	GILLOIS Pierre	Biostatistiques, informatique médicale et technologies de communication
PU-PH	GIOT Jean-Philippe	Chirurgie plastique, reconstructrice et esthétique
MCU-PH	GRAND Sylvie	Radiologie et imagerie médicale
PU-PH	GRIFFET Jacques	Chirurgie infantile
MCU-PH	GUZUN Rita	Nutrition
PU-PH	HAINAUT Pierre	Biochimie et biologie moléculaire
PU-PH	HALIMI Serge	Nutrition
PU-PH	HENNEBICQ Sylviane	Biologie et médecine du développement et de la reproduction
PU-PH	HOFFMANN Pascale	Gynécologie-obstétrique

CORPS	NOM-PRENOM	Discipline universitaire
PU-PH	HOMMEL Marc	Neurologie
PU-MG	IMBERT Patrick	Médecine Générale
PU-PH	JOUK Pierre-Simon	Génétique
PU-PH	KAHANE Philippe	Physiologie
MCU-PH	KASTLER Adrian	Radiologie et imagerie médicale
PU-PH	KRAINIK Alexandre	Radiologie et imagerie médicale
PU-PH	LABARERE José	Epidémiologie, économie de la santé et prévention
MCU-PH	LABLANCHE Sandrine	Endocrinologie, diabète et maladies métaboliques
MCU-PH	LANDELLE Caroline	Bactériologie – virologie ; Hygiène hospitalière
PU-PH	LANTUEJOU Sylvie	Anatomie et cytologie pathologiques
MCU-PH	LARDY Bernard	Biochimie et biologie moléculaire
MCU - PH	LE GOUELLEC Audrey	Biochimie et biologie moléculaire
PU-PH	LECCIA Marie-Thérèse	Dermato-vénérologie
MCF Ass.MG	LEDOUX Jean-Nicolas	Médecine Générale
PU-PH	LEROY Vincent	Gastroentérologie ; hépatologie ; addictologie
PU-PH	LETOUBLON Christian	Chirurgie viscérale et digestive
PU-PH	LEVY Patrick	Physiologie
PU-PH	LONG Jean-Alexandre	Urologie
MCU-PH	LUPO Julien	Bactériologie-virologie
PU-PH	MAGNE Jean-Luc	Chirurgie vasculaire ; Médecine vasculaire
MCU-PH	MAIGNAN Maxime	Médecine d'urgence
PU-PH	MAITRE Anne	Médecine et santé au travail
MCU-PH	MALLARET Marie-Reine	Hygiène hospitalière
PU-PH	MALLION Jean-Michel	Cardiologie
MCU-PH	MARLU Raphaël	Hématologie ; Transfusion
MCU-PH	MAUBON Danièle	Parasitologie et mycologie
PU-PH	MAURIN Max	Bactériologie-virologie
MCU-PH	MC LEER Anne	Histologie, embryologie et cytogénétique
MCU-PH	MONDET Julie	Histologie, embryologie et cytogénétique
PU-PH	MORAND Patrice	Bactériologie-virologie
PU-PH	MOREAU-GAUDRY Alexandre	Biostatistiques, informatique médicale et technologies de communication
PU-PH	MORO Elena	Neurologie
PU-PH	MORO-SIBILOT Denis	Pneumologie
MCU-PH	MORTAMET Guillaume	Pédiatrie
PU-PH	MOUSSEAU Mireille	Cancérologie
PU-PH	MOUTET François	Chirurgie plastique, reconstructrice et esthétique ; brûlologie
MCF Ass.MG	ODDOU Christel	Médecine Générale
MCU-PH	PACLET Marie-Hélène	Biochimie et biologie moléculaire
PU-PH	PAILHE Régis	Chirurgie orthopédique et traumatologie
PU-PH	PALOMBI Olivier	Anatomie
PU-PH	PARK Sophie	Hématologie ; Transfusion
PU-PH	PASSAGGIA Jean-Guy	Anatomie
PR Ass.MG	PAUMIER-DESBRIERES Françoise	Médecine Générale
PU-PH	PAYEN DE LA GARANDERIE Jean-François	Anesthésiologie-réanimation et médecine péri-opératoire
MCU-PH	PAYSANT François	Médecine légale et droit de la santé
MCU-PH	PELLETIER Laurent	Biologie cellulaire
PU-PH	PELLOUX Hervé	Parasitologie et mycologie

CORPS	NOM-PRENOM	Discipline universitaire
PU-PH	PEPIN Jean-Louis	Physiologie
PU-PH	PERENNOU Dominique	Médecine physique et de réadaptation
PU-PH	PERNOD Gilles	Médecine vasculaire
PU-PH	PIOLAT Christian	Chirurgie infantile
PU-PH	PISON Christophe	Pneumologie
PU-PH	PLANTAZ Dominique	Pédiatrie
PU-PH	POIGNARD Pascal	Bactériologie-virologie
PU-PH	POLACK Benoît	Hématologie
PU-PH	POLOSAN Mircea	Psychiatrie d'adultes
PU-PH	RAMBEAUD Jean-Jacques	Urologie
PU-PH	RAY Pierre	Biologie et médecine du développement et de la reproduction
MCU-PH	RENDU John	Biochimie et biologie moléculaire
MCU-PH	RIALLE Vincent	Biostatistiques, informatique médicale et technologies de communication
PU-PH	RIETHMULLER Didier	Gynécologie-obstétrique ; gynécologie médicale
PU-PH	RIGHINI Christian	Oto-rhino-laryngologie
PU-PH	ROMANET Jean Paul	Ophthalmologie
PU-PH	ROSTAING Lionel	Néphrologie
MCU-PH	ROUSTIT Matthieu	Pharmacologie fondamentale ; pharmacologie clinique ; addictologie
MCU-PH	ROUX-BUISSON Nathalie	Biochimie et biologie moléculaire
MCF Ass.MG	ROYER DE VERICOURT Guillaume	Médecine Générale
MCU-PH	RUBIO Amandine	Pédiatrie
PU-PH	SARAGAGLIA Dominique	Chirurgie orthopédique et traumatologie
MCU-PH	SATRE Véronique	Génétique
PU-PH	SAUDOU Frédéric	Biologie cellulaire
PU-PH	SCHMERBER Sébastien	Oto-rhino-laryngologie
PU-PH	SCHWEBEL Carole	Médecine intensive-réanimation
PU-PH	SCOLAN Virginie	Médecine légale et droit de la santé
MCU-PH	SEIGNEURIN Arnaud	Epidémiologie, économie de la santé et prévention
PU-PH	STAHL Jean-Paul	Maladies infectieuses ; Maladies tropicales
PU-PH	STANKE Françoise	Pharmacologie fondamentale
MCU-PH	STASIA Marie-José	Biochimie et biologie moléculaire
PU-PH	STURM Nathalie	Anatomie et cytologie pathologiques
PU-PH	TAMISIER Renaud	Physiologie
PU-PH	TERZI Nicolas	Médecine intensive-réanimation
MCU-PH	TOFFART Anne-Claire	Pneumologie
PU-PH	TONETTI Jérôme	Chirurgie orthopédique et traumatologie
PU-PH	TOUSSAINT Bertrand	Biochimie et biologie moléculaire
PU-PH	VANZETTO Gérald	Cardiologie
PU-PH	VUILLEZ Jean-Philippe	Biophysique et médecine nucléaire
PU-PH	WEIL Georges	Epidémiologie, économie de la santé et prévention
PU-PH	ZAOUI Philippe	Néphrologie
PU-PH	ZARSKI Jean-Pierre	Gastroentérologie ; hépatologie ; addictologie

PU-PH : Professeur des Universités - Praticiens Hospitaliers
MCU-PH : Maître de Conférences des Universités - Praticiens Hospitaliers
PU-MG : Professeur des Universités de Médecine Générale
MCU-MG : Maître de Conférences des Universités de Médecine Générale
PR Ass.MG : Professeur des Universités Associé de Médecine Générale
MCF Ass.MG : Maître de Conférences Associé de Médecine Générale

Remerciements communs

A Monsieur le Professeur Bougerol,

Merci de nous faire l'honneur de présider notre jury de thèse. Nous vous remercions pour votre soutien et vos conseils tout au long de notre formation. Veuillez croire à notre plus grand respect.

A Monsieur Professeur Polosan,

Merci d'avoir accepté de participer à notre jury. Nous vous remercions de l'intérêt porté à notre travail.

A Monsieur le Professeur Laurent,

Merci d'être membre de ce jury. Votre regard d'expert sur notre travail a pour nous une grande valeur.

Aux Docteurs Duplan et Fontaine,

Merci d'avoir cru en ce projet. Merci de votre soutien, vos encouragements, votre patience (extrême) et votre disponibilité. Merci pour la richesse de nos échanges. Nous espérons que ce travail saura être à la hauteur.

Aux Médecins ayant participé à notre étude,

Merci de vous être rendus disponibles pour nous, d'avoir partagé vos expériences et d'avoir montré de l'intérêt pour notre travail.

A nos relecteurs,

Merci de vous être attelés à cette tâche fastidieuse !

Remerciements de Marie

A mon co-thésard incroyable, Jérôme, devenu un ami précieux, merci beaucoup de m'avoir fait partager ton intérêt pour ce sujet, d'avoir tenu le choc dans les moments de pression (merci aux fous rires, aux craquages et aux comestibles), merci d'avoir toujours été soutenant et bienveillant face à mon manque d'expérience. Je crois qu'on formait une belle équipe. Je te souhaite tout le bonheur pour la suite à toi et toute ta petite famille (qui nous a bien soutenue dans ce projet !).

Merci à Elodie pour ses conseils, et relecture, et à Camille pour la bonne humeur que tu donnais à nos sessions de travail.

Je remercie tous mes co-internes et mes maîtres de stages (spéciale dédicace à celle qui a été les deux) pour m'avoir tant apporté pendant ces deux années d'internat. Un immense merci aux équipes de Jacques Prévert, de Dominique Villars, de l'UCAP/APEX (<3), pour avoir été tous si accueillants et rassurants avec moi, merci pour m'avoir fait partager votre humanité.

Je remercie Albane, Maud, Antoine pour votre bonne humeur malgré la tempête. Je remercie toute l'équipe du CADIPA et de l'UJA.

Merci aux internes de ma promo (on devrait se voir plus souvent !) merci aux internes plus vieux qui nous ont accueillis et conseillés, qui m'ont bien aidée pour ma thèse, notamment Maxime, Florent et Audrey. J'ai presque envie de remercier l'équipe de l'unité COVID ;)

Un merci infini à Tiphaine d'avoir toujours été de bon conseil sur les études qualitatives et pour ta participation active à notre travail.

A ma famille :

A mes parents vous avez su me donner tout votre amour, votre confiance et votre bienveillance constante. C'est grâce aux valeurs que vous m'avez transmises, à l'éducation et au sens critique que vous m'avez donnés que j'ai pu écrire cette thèse. Je vous remercie pour votre soutien tout au long de mes études sans lequel je n'aurais jamais pu être ici aujourd'hui.

A mon grand frère, Martin, merci pour ta générosité, ton indulgence, ton amour sans jugement, et tous ces souvenirs d'enfance dans une maison au fond des bois.

Merci à Janine pour tes 90 ans qui m'ont « aidée moralement » dans la dernière ligne droite
Merci à Chichou, d'avoir constitué une si belle famille, merci à tous les oncles, tantes et cousins,
et au bateau-mouche (en attendant une cousinade prochaine !).

Merci à Yvette, Joël, Amélie et Jérôme, Lulu, Benjamin et Inès, de m'accueillir dans votre
famille, et d'avoir été les premiers à m'encourager pour ma soutenance.

**A mes amis, à tous ceux qui m'ont accompagnée de près ou de loin et m'ont enrichie de
leur amitié courte ou longue :**

A Leïla, ton humilité et ta générosité sont sans bornes, tu ne te rends pas compte de tout ce que
tu m'as apporté, je n'ai pas assez de place pour décrire tous les moments et voyages passés avec
toi, il faudrait peut-être qu'on s'en refasse un, non ?

A Bertichou, la best coloc' d'Argentine, aux supers soirées sur le toit avec fernet-piña, au Noël
sous la neige à El Chalten

A toute la team de Mendoza (Gonzalo, Victor, Antoine, Yolaine, Swann, Dabet, Cusin, Louis,
Pedro...)

A Anouk, Enora, Louise, Clémentine, vous êtes super importantes pour moi, dans les hauts et
les bas, les conseils, la confiance, pour les soirées entre copines, les randos, les week-end et
vacances ensemble, les jeux de société et les grands moments de vos vies partagés.

Bien sûr à Tanguy, François, Paul, Basile et Cricrou (le tic de mon tac)

A Alexis et Romane et leur futur petit,

A la bande du lycée, et pour ces belles années, Hélène (aux premiers pas au lycée, aux soirées
folles), Anna et Paul-Alain (à votre gentillesse et votre belle famille, à ton soutien durant cette
première année horrible), Gwenn et Juan (à la tortuga, au vélo en Irlande, aux randos nocturnes),
Nina (à ta danse, à ces bonnes aubaines à Montreuil, à Rennes ou à Leeds), Helcia (à ton amitié
qui se ravive à chaque rencontre malheureusement de plus en plus espacée, à l'Inde), Chloé
(pour ta folie douce et tes saucissons au chocolat)

A Noémie et sa belle voix, Ninon, Malo et les belles personnes (anim' ou vacanciers) rencontrées pendant cette expérience inoubliable des colos AFEH

A Adèle : l'amie d'enfance, auprès de laquelle les souvenirs sont toujours bons comme des madeleines, aux nuits dans la tempête, les ibis rouges et les bernard-l'hermites

Aux bandes de potes de Rennes, Saint-Malo et Dinan (Guerric et la troupe ; Greg, Ben et la bande de l'externat ; Cyril, Robin ...) j'aime à croire qu'on se recroisera plus souvent,
A Tonton, aux louveteaux et autres guémenéens

Aux belles rencontres de voyage

A toutes les personnes que je n'ai pas pu citer mais qui m'ont accompagnée dans cette belle vie que j'ai grâce à vous tous.

Enfin à mon p'tit loup, mon Jérôme, pour ton amour et ta confiance, pour m'avoir suivie jusqu'ici, pour ton énergie, et ta motivation, pour notre complémentarité. Je sais que notre futur va être lumineux, et que de belles aventures nous attendent encore.

Remerciements de Jérôme

Ma chère Marie, merci mille fois d'avoir pris part à ce projet !!! Tout ceci n'aurait pas vu le jour sans toi. Merci pour tous ces moments partagés, même quand c'était galère. Alors oui, c'est planplan, mais c'était quand vachement chouette de bosser avec toi ! J'ai eu la chance de trouver à la fois une co-thésarde géniale et une amie précieuse. Evidemment, merci Poule ! Je vous souhaite le meilleur pour la suite de vos aventures.

A ma famille, que je ne vois pas assez, merci pour être toujours là pour moi, pour votre soutien sans faille. Merci de m'avoir transmis vos valeurs.

A ma belle-famille, merci de m'avoir accueilli parmi vous avec tant de gentillesse.

A Véronique, merci pour tout. Sans vous, je ne m'en serais jamais sorti !!!

Aux vieux copains, Elie, Niels, Lucas, Gus, Val et Benji, certes on ne se voit pas souvent, certes on est pas à côté, mais chacune de nos rencontres sont autant d'occasions de bonnes rigolades !

A Bobine, Popo et Charles, pour avoir traversé l'externat tous ensemble.

A mes Aix, merci pour tout ce nous partageons. Notre bande grandie encore et encore. A quand une nouvelle coloc' ?!

Aux joueurs de Go, d'Angers, Grenoble et ailleurs. J'espère que la fin de l'internat sera synonyme de mon retour parmi cette merveilleuse communauté.

Merci à ceux qui m'ont fait découvrir les joies de la montagne.

Aux médecins, infirmières, psychologues, secrétaires qui ont participé à ma formation de psychiatre. Une mention spéciale pour l'équipe d'RH2, à l'origine de cette thèse. Et une autre pour les équipes de l'UCAP et du CTAI que je m'appête à rejoindre.

Aux co-internes, Merci pour les moments partagés durant ces 4 années (et un peu plus). Je pense particulièrement à Tiph pour son aide précieuse, Pierre pour m'avoir appris à jouer au babyfoot,

Jean et Hélène pour ce premier semestre à Bassens (entre bonne bouffe, petite sirène, soirées et journées au ski), Boris pour ta bonne humeur, Robin pour essayer quand même de venir aux soirées, Laura et Anne-Sophie pour être inséparables, Max pour te moquer de mon (si léger) manque d'attention, Florent pour notre future collaboration, Vanille et Albane pour aider Elo à me supporter, Camille pour me rappeler que tout ira bien.

A Elodie, bientôt 5 ans que tu partages ma vie, que nous vivons les aventures et traversons les épreuves ensemble. Merci pour ton soutien « indéfaillible » ! Merci de faire ressortir ce qu'il y a de meilleur en moi. Notre vie promet d'être bien remplie, ce ne sont pas les projets qui manquent, il me tarde de pouvoir découvrir tant de choses avec toi.

A Camille, ma fille adorée. Merci d'avoir animé nos sessions de boulot. Merci de me rappeler à l'essentiel.

Berlioz, merci pour tes ronrons quand je travaille le soir.

Résumé

Marie CALET et Jérôme BOURGEOIS

PLACE DU PSYCHIATRE EN CENTRE DE LA DOULEUR ETUDE QUALITATIVE SUR LES ATTENTES ET REPRESENTATIONS DES MEDECINS EXERCANT EN STRUCTURE SPECIALISEE EN ISERE ET EN SAVOIE

Introduction : Les intrications multiples entre douleur chronique et psychiatrie, largement documentées, sont en faveur de l'intervention d'un psychiatre dans les structures de prise en charge de la douleur chronique (SDC). Pourtant, sa place n'y est pas clairement définie. Nous avons mené une étude qualitative auprès de médecins, dont des psychiatres, exerçant en SDC, afin d'explorer leurs attentes et représentations par rapport à la place du psychiatre dans la prise en charge des patients douloureux chroniques.

Matériel et méthode : Pour notre étude nous avons choisi d'effectuer des entretiens semi-dirigés, individuels ou des focus groups. Les verbatim ont été analysés séparément par les deux investigateurs, analyse basée sur une méthode phénoménologique, suivi d'une mise en commun et d'une triangulation des données.

Résultats : Nous avons inclus quinze médecins, dont deux psychiatres. Nous avons dégagé trois méta-thèmes concernant la place du psychiatre : la complexité (complexité de la douleur chronique, nécessité d'une approche globale et d'une interdisciplinarité), la paradoxalité (demandes et attentes paradoxales) et la réflexivité (rôle d'explication et de réassurance vis à vis des équipes et des patients). Ces résultats font émerger deux places principales du psychiatre : une place de médecin et une place d'interprète.

Conclusion : Le psychiatre apparaît comme un acteur essentiel des centres de la douleur, aussi bien auprès des patients douloureux chroniques qu'auprès des équipes interdisciplinaires. Poursuivre l'étude de l'aspect « insaisissable » du savoir-faire du psychiatre reste une piste de recherche.

MOTS CLÉS : Psychiatre, centre de la douleur, douleur chronique, Interdisciplinarité

FILIÈRE : Psychiatrie

Abstract

Marie CALET and Jérôme BOURGEOIS

PSYCHIATRIST'S PLACE IN CHRONIC PAIN MANAGEMENT STRUCTURES QUALITATIVE STUDY ABOUT PHYSICIAN'S EXPECTATIONS AND REPRESENTATIONS IN ISERE AND SAVOIE

Introduction: The multiple intrications between chronic pain and psychiatry, which have been deeply studied, support the intervention of a psychiatrist in chronic pain management structures (CPS). However, its place remains undefined. We conducted a qualitative study by interviewing physicians, including psychiatrists, practicing in CPS in order to explore their expectations and representations regarding the role of the psychiatrist in the management of chronic pain patients.

Methods: We conducted semi-structured, individual or focus group interviews. The verbatim transcripts were analyzed separately by the two investigators, based on a phenomenological method, followed by a triangulation of data.

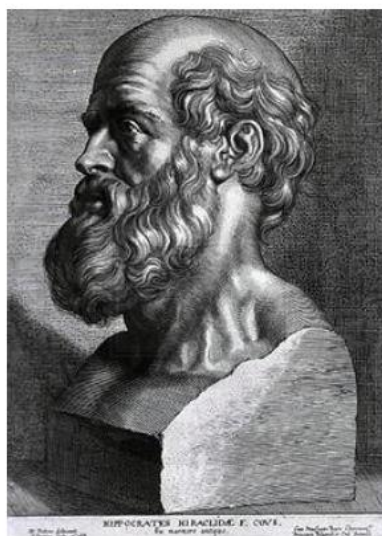
Results: We included fifteen physicians, including two psychiatrists. We identified three major themes concerning the place of the psychiatrist: complexity (complexity of chronic pain, need for a global approach and interdisciplinarity), paradoxality (paradoxical demands and expectations) and reflexivity (role of explanation and reassurance of teams and patients). These results highlight two main roles for the psychiatrist: a role as a doctor and a role as an interpreter.

Conclusions: The psychiatrist appears to be an essential member in CPS, both with chronic pain patients and by his interventions in interdisciplinary teams. Continuing the study of the "elusive" aspect of the psychiatrist's expertise remains open.

KEY WORDS : Psychiatrist, Chronic pain management structures, chronic pain, Interdisciplinarity

PATHWAY : Psychiatry

Serment d'Hippocrate



SERMENT D'HIPPOCRATE

En présence des Maîtres de cette Faculté, de mes chers condisciples et devant l'effigie d'HIPPOCRATE,

Je promets et je jure d'être fidèle aux lois de l'honneur et de la probité dans l'exercice de la Médecine.

Je donnerai mes soins gratuitement à l'indigent et n'exigerai jamais un salaire au dessus de mon travail. Je ne participerai à aucun partage clandestin d'honoraires.

Admis dans l'intimité des maisons, mes yeux n'y verront pas ce qui s'y passe ; ma langue taira les secrets qui me seront confiés et mon état ne servira pas à corrompre les mœurs, ni à favoriser le crime.

Je ne permettrai pas que des considérations de religion, de nation, de race, de parti ou de classe sociale viennent s'interposer entre mon devoir et mon patient.

Je garderai le respect absolu de la vie humaine.

Même sous la menace, je n'admettrai pas de faire usage de mes connaissances médicales contre les lois de l'humanité.

Respectueux et reconnaissant envers mes Maîtres, je rendrai à leurs enfants l'instruction que j'ai reçue de leurs pères.

Que les hommes m'accordent leur estime si je suis fidèle à mes promesses.

Que je sois couvert d'opprobre et méprisé de mes confrères si j'y manque.

Liste des abréviations

SCD : Structure de prise en charge de la douleur chronique

COREQ : Consolidated criteria for reporting qualitative research

CNIL : Commission Nationale de l'Informatique et des Libertés

CHU : Centre Hospitalier Universtaire

GHT : Groupement Hospitalier de Territoire

R : Chercheur

M *: Médecin de la douleur numéro *

PS : Psychiatre

FG : Focus Group

PEC : Prise e charge

DES : Diplôme d'études spécialisées

DU : Diplôme universitaire

Table des matières

Remerciements communs	6
Remerciements de Marie.....	7
Remerciements de Jérôme.....	10
Résumé	12
Abstract	13
Serment d’Hippocrate	14
Liste des abréviations	15
Introduction.....	19
Matériel et Méthode	23
1. Recueil des données	23
1.1 Recrutement.....	23
1.2 Ethique et consentement.....	23
1.3 Critères d’inclusion	24
1.4 Recueil des données.....	24
2. Méthode qualitative.....	24
2.1 Choix de la méthode	24
2.2 Analyse des données	25
2.3 La validité de l’enquête.....	26
3. Bibliographie	26
Résultats.....	27
1. Caractéristiques de la population étudiée	27

2.	Analyse des verbatim	28
2.1	Complexité	31
2.1.1	Complexité et nécessité de globalité	32
2.1.2	Complexité et frontières floues entre spécialités	33
2.1.3	Complexité et singularité de l'exercice médical en algologie	34
2.1.4	Complexité et temporalités multiples en douleur chronique.....	35
2.1.5	Patients complexes ou patients « compliqués »	36
2.1.6	Complexité et attentes des médecins de la douleur	36
2.1.7	Complexité et confusion des rôles	37
2.1.7.1	Des somaticiens ayant des compétences de psychiatres	37
2.1.7.2	Un remplacement du psychiatre par les psychologues	38
2.1.7.3	Prise en charge institutionnelle	38
2.2	Paradoxalité	39
2.2.1	Demandes claires auprès du psychiatre.....	40
2.2.1.1	Avis médicaux : diagnostic, thérapeutique et orientation.....	40
2.2.1.2	Avis psychopathologique.....	41
2.2.1.3	Rôle de psychothérapeute	42
2.2.2	Attentes paradoxales.....	42
2.2.3	Évidence du besoin et limites pragmatiques.....	44
2.3	Réflexivité.....	46
2.3.1	Besoin du psychiatre intégré dans l'équipe	47
2.3.2	Rôle de réassurance face à la complexité	47
2.3.2.1	Pour le patient	47

2.3.2.2 Pour l'équipe	48
2.3.2.3 Rôle protecteur pour éviter l'escalade thérapeutique	49
2.3.3 Rôle de formation, conseil et supervision	50
2.4 Des places fantasmées, une place à éclaircir	51
Discussion	53
1. Forces et limites.....	53
2. Discussion des résultats	54
2.1 Place de médecin.....	54
2.2 Place d'interprète	57
2.3 Limites actuelles et pistes de réflexion	59
Conclusion.....	61
Bibliographie.....	63
Annexes.....	66

Introduction

En France, la prise en charge de la douleur chronique est assurée en structures spécialisées hospitalières publiques et privées, par des équipes interdisciplinaires organisées autour d'un médecin algologue.

Selon l'International Association for the Study of Pain, la douleur se définit comme une « expérience sensorielle et émotionnelle désagréable, liée à une lésion tissulaire existante ou potentielle, ou décrite en termes évoquant une telle lésion ». Cette définition met en avant la complexité de la douleur, souligne son caractère hautement subjectif, et témoigne de l'intrication entre les processus physiques et psychiques en jeu dans l'expérience de la douleur. Celle-ci est habituellement considérée comme chronique lorsqu'elle persiste au-delà de trois mois.

Les liens entre le domaine de la psychiatrie et celui de la douleur chronique sont étudiés depuis maintenant plusieurs décennies. Il est établi aujourd'hui que les comorbidités psychiatriques à la douleur chronique telles que la dépression, les troubles anxieux, l'état de stress post-traumatique ou le risque suicidaire sont fréquentes (Goesling et al, 2018 ; Kind et Otis, 2019 ; Racine, 2018).

De plus, les recommandations du traitement de la douleur chronique préconisent des outils utilisés couramment en psychiatrie, comme les antidépresseurs (inhibiteurs de la recapture de la sérotonine et de noradrénaline, tricycliques), ou la thérapie cognitive et comportementale et la méditation pleine conscience par exemple (Goesling et al, 2018 ; Kohrt et al, 2018).

Dans ce sens, l'intervention d'un psychiatre dans les structures de soins s'occupant des patients douloureux chroniques est depuis longtemps préconisée. Il était initialement obligatoire qu'un psychiatre fasse partie de l'équipe médicale avec la circulaire DGS/DH 98-47 du 4 février 1998. Devant l'impossibilité de respecter cette consigne, elle a été retirée en 2002. Aujourd'hui, les directives établissent l'obligation

du travail conjoint d'un médecin de la douleur, d'un infirmier et d'un psychologue ou d'un psychiatre, sans distinction entre ces deux professionnels du psychisme (Haute Autorité de Santé, 2009 ; Ministère de la santé, 2002 et 2011).

Cependant, les problématiques que pose la prise en charge des patients douloureux chroniques nécessitent que l'on puisse aborder les aspects psychiques de leurs douleurs, et a priori, avec l'aide d'un psychiatre. Notre travail s'intéresse à la place de ce dernier dans les structures de prise en charge de la douleur chronique (SDC).

Ces aspects laissent au psychiatre un rôle d'expertise médicale.

Néanmoins, l'importance des aspects émotionnels ou cognitifs de la douleur chronique laissent à penser que le rôle du psychiatre pourrait être plus complexe. De même, la compréhension de la douleur chronique ne semble pas pouvoir se limiter à une approche biomédicale (Hylands-White et al, 2017).

L'intrication de déterminants physiques, psychologiques, environnementaux fait que les chercheurs s'accordent sur le fait qu'une explication purement médicale des douleurs chroniques est insuffisante. Par opposition au modèle biomédical, le modèle biopsychosocial considère que les facteurs biologiques, psychologiques et sociaux sont en interaction dynamique les uns avec les autres et sont d'importance égale pour expliquer l'état de santé d'un sujet (Engel, 1977 ; Berquin, 2010).

Ce modèle serait le plus efficace pour l'évaluation clinique des différents facteurs de risque de développement d'une douleur chronique (Edwards et al, 2016). Parmi ces facteurs de chronicité de la douleur, on peut retenir les états de stress post-traumatique, les relations interpersonnelles de mauvaise qualité, ou des éléments plus spécifiques à la douleur comme le catastrophisme (Edwards et al, 2016).

Ainsi, on peut s'intéresser à la douleur chronique et à sa prise en charge par différents points de vue : anatomique et clinique, pharmacologique, sociologique, ou psychologique (Hylands-White et al, 2017). Ces différentes approches ne sont pas en

compétition et devraient être menées de front. Pour cela, tous les professionnels doivent avoir un langage commun et le psychiatre pourrait alors avoir un rôle de liaison entre les différents intervenants (Robin et al, 2003).

Cheminement de la recherche

Nous avons vu que les intrications entre le champ de la douleur chronique et le champ de la psychiatrie sont complexes et sont présentes dans plusieurs domaines : diagnostics et comorbidités, traitements pharmacologiques ou psychothérapeutiques. Aussi les frontières entre ces deux domaines nous paraissent mal définies. De plus, la place du psychiatre dans la prise en charge des douleurs chroniques n'est pas clairement définie. Ceci nous a conduit à plusieurs réflexions :

- Quelles sont les limites de l'exercice du psychiatre en SDC ?
- En pratique, les places du psychologue et du psychiatre semblent parfois se confondre. De quelle manière différencier leurs rôles ?
- De plus, outre un socle commun de formation médicale, les intérêts et formations complémentaires des psychiatres dans divers domaines de compétences, comme les psychothérapies, entraînent une hétérogénéité des pratiques. Dans quelle mesure ces variétés d'approches cliniques ont-elles leur place en SDC ?

Notre questionnement est donc né de l'hypothèse que l'exercice de la psychiatrie auprès des patients douloureux chroniques est singulier, et que la présence des psychiatres dans les structures douleur qui paraît limitée, est très demandée.

A notre connaissance, la littérature n'apporte que peu d'éléments de réponse à ces questions. Plusieurs études émettent des hypothèses sur les missions du psychiatre dans la prise en charge des patients douloureux chroniques : diagnostiquer les comorbidités psychiatriques et addictologiques qui passent souvent inaperçues,

identifier les traits psychopathologiques et partager son expérience de l'utilisation du modèle biopsychosocial (Goesling et al, 2018). L'article d'Airagnes et al, de 2014 sur la place du psychiatre en douleur chronique énumère les comorbidités et l'intérêt thérapeutique du psychiatre, sans pour autant définir sa place, ni les attentes des médecins des centres anti-douleur. Un autre article sur le sujet basé sur une étude de cas, définit « la place de psychiatre, à l'interface entre le patient et l'équipe soignante, le destin[ant] à une activité de « liaisons » multiples » (Robin et al, 2003). Néanmoins, ces études n'apportent pas de réponses formelles à ces propositions et le rôle du psychiatre au sein des SDC reste mal défini. Nous avons donc choisi d'aller interroger directement les médecins travaillant en structure douleur chronique, dont les psychiatres, à propos de leur expérience de la douleur chronique, leurs vécus, leurs sentiments et leurs attentes par rapport au psychiatre.

L'objectif principal de notre étude est donc d'explorer la perception et les attentes des médecins, dont des psychiatres, par rapport à la place du psychiatre dans la prise en charge des patients douloureux chroniques.

Matériel et Méthode

1. Recueil des données

1.1 Recrutement

Il a été réalisé par les investigateurs. Un e-mail d'invitation à la participation (Annexe 1) avec la description de la recherche et de ses objectifs a été envoyé dans tous les centres de lutte contre la douleur de la Savoie et de l'Isère. Le recrutement s'est effectué sur la base du volontariat par retour de mail des médecins intéressés.

1.2 Ethique et consentement

Le consentement a d'abord été recherché à l'oral après une information sur l'utilisation des données provenant des entretiens. Il a été notamment précisé de manière claire et intelligible que les entretiens seraient enregistrés, retranscrits et analysés puis publiés dans la thèse après anonymisation. L'information et l'obtention de la non-opposition à l'utilisation des données ont pu se faire lors du recrutement et lors de l'entretien.

Sur la base des critères de qualité méthodologique des études qualitatives COREQ, il a été proposé aux participants la relecture de leurs entretiens retranscrits, afin d'y apporter d'éventuelles corrections (Gedda, 2015). Les enregistrements audios ont été détruits.

L'accueil recherche du CHU Grenoble-Alpes ainsi que le délégué à la protection des données du GHT Savoie-Belley, ont été consultés et ont confirmé l'absence de nécessité d'une demande à la CNIL (Commission nationale de l'informatique et des libertés).

1.3 Critères d'inclusion

Tout docteur en médecine, dont les psychiatres, travaillant dans une structure de lutte contre la douleur de Savoie et d'Isère pouvait être potentiellement inclus.

Ont été inclus tous les médecins répondant favorablement au recrutement pour notre projet de thèse, jusqu'à saturation des données, sans nombre de participants prédéfini.

1.4 Recueil des données

Des entretiens semi-dirigés ont été menés par l'un ou l'autre des deux investigateurs à l'aide d'un guide de questions ouvertes (Annexes 2 et 3), laissant ainsi une liberté d'expression nécessaire pour l'exploration du vécu des personnes.

Le recueil a eu lieu dans un espace choisi par le participant, généralement au sein du centre de la douleur.

Les entretiens se déroulaient en présence d'un investigateur et du participant. Lors d'un focus group, deux investigateurs étaient présents, l'un menant l'entretien et l'autre observateur.

2. Méthode qualitative

2.1 Choix de la méthode

Dans la mesure où nous souhaitions comprendre et décrire l'expérience, les représentations et les attentes des médecins interrogés, alors la méthode qualitative de tendance phénoménologique, était la plus pertinente.

« La recherche qualitative se caractérise par un recours à des échantillons relativement restreints et choisis à dessein ; l'échantillonnage n'est pas déterminé par le besoin de généraliser et de prédire mais par celui de créer et de tester de nouvelles interprétations et d'acquérir une meilleure compréhension d'un phénomène » (Hudelson, 2004).

La problématique de travail a été définie progressivement lors de l'analyse des données dans une posture inductive, telle que recommandée pour les recherches qualitatives.

Ainsi, le guide d'entretien a pu évoluer légèrement. Un focus group a été effectué afin d'améliorer la validité des résultats, profitant de l'interaction entre les participants pour générer de nouvelles données. « L'objectif est en effet de dégager des manières de faire en matière de santé et de soin, et d'examiner, grâce aux échanges entre participants, leur spécificité et leur typicité. [...] L'entretien collectif est donc conçu ici comme un dispositif de réflexivité distribuée » (Kivits et al., 2016).

2.2 Analyse des données

Les entretiens enregistrés avec support audio ont été retranscrits puis relus par le deuxième investigateur. Les verbatim (Annexe 5), ainsi obtenus, ont été analysés indépendamment, en parallèle par chaque investigateur à l'aide du logiciel Nvivo 1.2©.

L'analyse a consisté en une codification des verbatim, c'est-à-dire un découpage en unité de sens, puis une catégorisation, mise en relation et théorisation. Après la codification et la catégorisation des trois premiers entretiens, la stabilisation d'une grille commune a été réalisée, à laquelle nous rajoutions des catégories selon les nouvelles données apportées par les participants.

Une mise en commun des analyses de données a été réalisée dans un second temps, avec la participation d'un troisième intervenant en cas de doute. Il s'agit d'une troisième interne formée à la recherche qualitative.

Une mise en lien des catégories a enfin été réalisée afin de mettre en relief des axes de réflexion autour de méta-thèmes.

Tout au long de la recherche, les investigateurs se sont astreints à un travail de réflexivité sur leur méthode et les hypothèses de travail. Notre subjectivité et notre réflexivité ont été prises en compte dans l'interprétation des résultats.

« La réflexivité est l'aptitude du sujet à envisager sa propre activité pour en analyser la genèse, les procédés ou les conséquences [...] elle est constitutive de la posture de recherche car elle suppose un travail constant du chercheur sur ses positionnements, ses angles d'attaque et une réactivité permanente » (Bertucci, 2007).

2.3 La validité de l'enquête

La méthode de triangulation a été utilisée afin de permettre une interprétation la plus plausible et compréhensible possible. Cette méthode est définie comme une « démarche de croisement des données disponibles pour le chercheur afin d'affiner son travail d'analyse [...] il s'agit de mettre à profit toutes les données disponibles, qu'elles proviennent de l'observation (notes d'observations, de méthodes et notes théoriques), de l'entretien en lui-même, de l'ensemble du corpus constitué, de l'analyse documentaire ou de la revue de la littérature » (Kivits et al., 2016).

La saturation des données a été atteinte après 10 entretiens et un focus group. Ce phénomène est obtenu, classiquement après deux entretiens sans nouvelles données apportées à l'étude.

3. Bibliographie

La recherche bibliographique a été réalisée en amont puis de manière continue tout au long de cette étude. Les bases de données Pub Med Medline et Google Scholar ont été interrogées par les mots clés en anglais et en français : douleur, douleur chronique, psychiatrie, psychiatre.

Résultats

1. Caractéristiques de la population étudiée

Les caractéristiques sociodémographiques sont décrites dans le tableau 1. Les numéros des médecins sont volontairement différents de ceux indiqués sur les verbatim, pour un meilleur respect de l'anonymat. Les numéros repris dans les résultats seront ceux des verbatim, en annexe.

Tableau n°1 : Données sociodémographiques

	Sexe	Age (Années)	Spécialités
Médecin n°1	F	36	Rhumatologie
Médecin n°2	M	47	Anesthésie-Réanimation
Médecin n°3	F	56	Médecine générale
Médecin n°4	M	35	Psychiatrie
Médecin n°5	M	63	Rhumatologie
Médecin n°6	F	33	Rhumatologie
Médecin n°7	M	64	Rhumatologie
Médecin n°8	F	54	Médecine physique et réadaptation
Médecin n°9	F	46	Rhumatologie
Médecin n°10	M	30	Rhumatologie
Médecin n°11	M	33	Rhumatologie
Médecin n°12	M	62	Anesthésie-Réanimation
Médecin n°13	F	46	Médecine générale
Médecin n°14	M	49	DU Psychiatrie / DES médecine générale
Médecin n°15	M	59	Neurologie

Les entretiens se sont déroulés entre novembre 2019 et février 2020. Au total, nous avons interrogé 15 médecins travaillant en SDC de différentes spécialités (rhumatologue, médecin généraliste, anesthésiste-réanimateur, neurologue, psychiatre). Des entretiens individuels ont été réalisés pour 10 d'entre eux, dont les deux psychiatres. Un focus group autour de 5 médecins d'un même centre a été effectué en fin de recherche.

Notre population comportait 9 hommes et 6 femmes, d'âge allant de 30 à 64 ans.

Les entretiens duraient en moyenne 38 minutes.

2. Analyse des verbatim

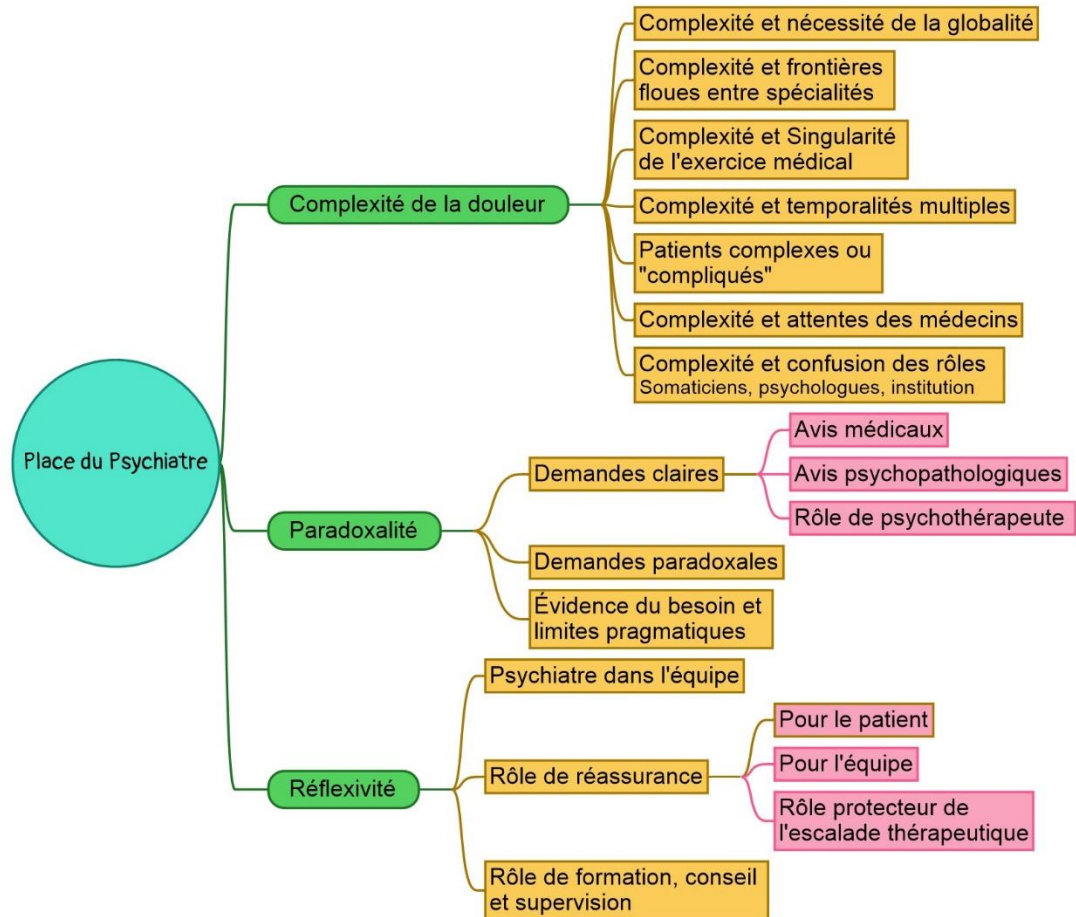


Figure 1 : Place du psychiatre

En guise d'introduction à cette analyse, nous proposons d'exposer, ici, notre organisation des résultats ainsi que les idées principales, illustrées dans les figures 1 à 4, et qui seront développées ci-après.

L'analyse de la retranscription des verbatim a permis de dégager trois méta-thèmes évoqués par les participants : la **complexité**, la **paradoxalité**, et la **réflexivité**. Nous avons trouvé intéressant d'organiser nos résultats selon ces trois concepts qui nous

apparaissaient ressortir de l'analyse, avec de nombreuses imbrications entre ces thèmes.

Tout d'abord, la complexité met en jeu une imbrication de plusieurs domaines de pensée. Le mot vient du latin *complexus* signifiant « ce qui est tissé ensemble ». Ainsi, les constituants sont différents mais il faut voir comme dans une tapisserie la figure d'ensemble (Morin, 1995). Les entretiens ont mis en exergue la complexité de la douleur, la nécessité de globalité et les liens avec la psychiatrie. La complexité résidait également dans la description du sentiment de difficulté face aux patients. Il persiste une perplexité dans la majorité des entretiens avec une difficulté pour les somaticiens à exprimer des attentes précises vis-à-vis du psychiatre. La psyché doit être explorée mais le rôle de chacun n'est pas clairement défini pour cette mission. Ce qui implique une confusion des rôles et un glissement des compétences et de la place du psychiatre vers les autres intervenants (algologues, psychologues...).

Ensuite, plusieurs paradoxes ont pu être soulevés lors de notre analyse. Le paradoxe pouvant être défini comme une « formation psychique liant indissociablement entre elles et renvoyant l'une à l'autre deux propositions, ou injonctions, inconciliables et cependant non opposables » sous-tendu par le système de paradoxalité qui est « tout à la fois un fonctionnement mental, un régime psychique, un mode relationnel [...] un système de défense » (Racamier, 1978). La paradoxalité revient par plusieurs aspects en douleur chronique et dans notre étude, certains fonctionnements de ces centres reflètent la paradoxalité même des patients qu'ils recrutent. Dans notre étude, les médecins rapportent des demandes paradoxales, avec une demande de diagnostic psychiatrique contrastant avec la nécessité décrite de ne pas classer les patients. L'évidence du besoin en psychiatre, notamment pour son expertise médicale dans sa spécialité (diagnostic, thérapeutique) était notée, tout en discutant des limites pragmatiques à l'activité de celui-ci.

Enfin le concept de réflexivité a été un fil rouge tout au long de cette analyse, révélant l'utilité de ce concept avec lequel le psychiatre serait plus à l'aise que ne le sont les somaticiens. Celui-ci peut expliquer et aide à comprendre l'intersubjectivité et la réflexivité de chacun, patient et médecin. La réflexivité est vue ici comme « une pratique à visée extérieure, et non pas tournée vers l'intériorité, une attitude qui accompagne notre action, la commente, et devient parfois, à terme, une forme d'action en tant que telle » (Martucelli, 2002). Le psychiatre incarne une réflexivité face au patient et pour l'équipe. La place du psychiatre doit être ancrée au sein de celle-ci. Il se dégage un rôle de réassurance face à la complexité de la douleur, à la fois pour le patient comme pour l'équipe. Le psychiatre a un rôle de conseil et de formation. Il existe également des places idéalisées et fantasmées pour le psychiatre, que nous reprendrons en fin de partie.

2.1 Complexité

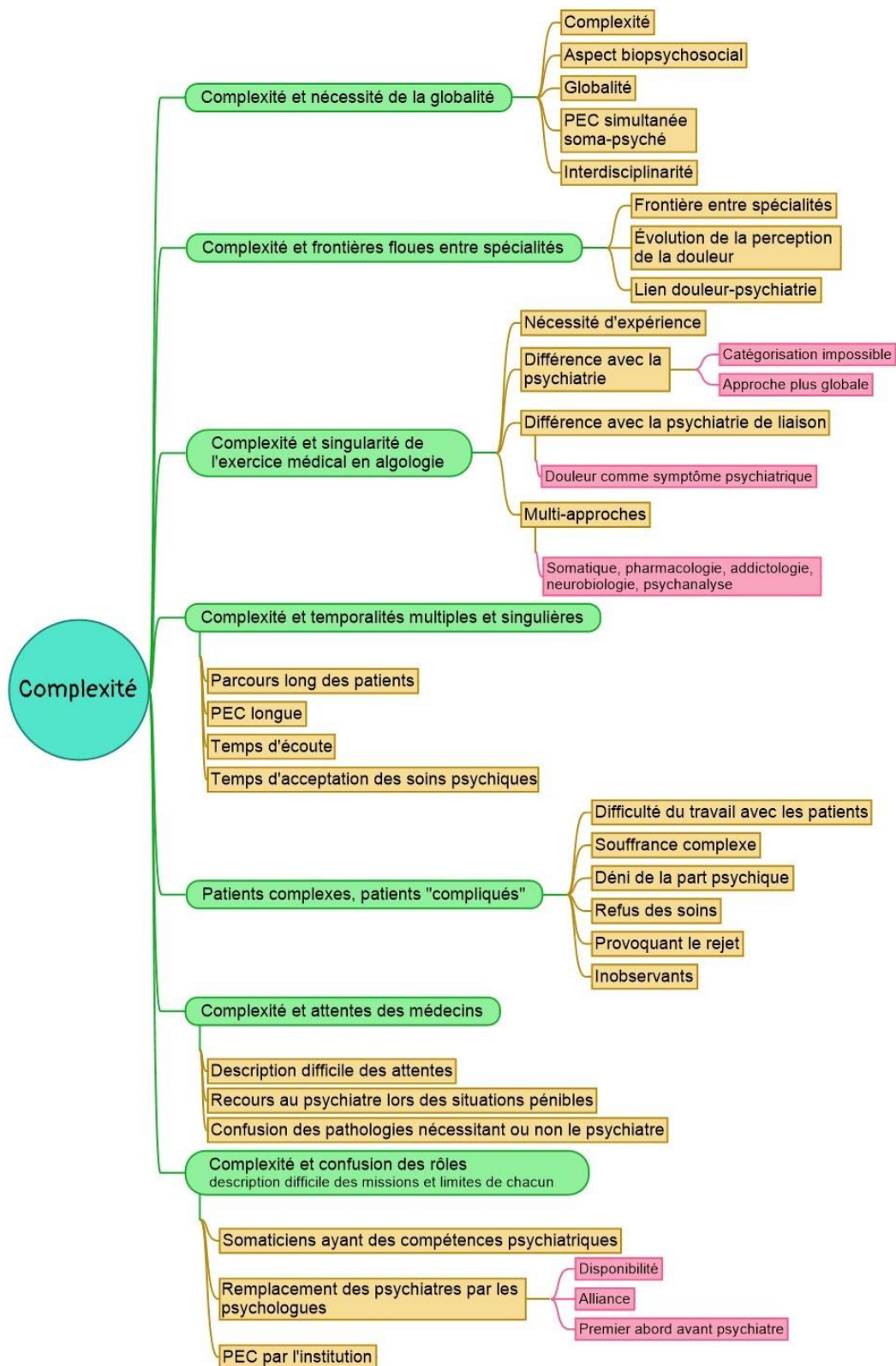


Figure 2 : Complexité

2.1.1 Complexité et nécessité de globalité

Nous avons choisi de débiter notre restitution des résultats par ce thème, étant donné le nombre très important de codes sur ce sujet dans tous les entretiens. La complexité de la douleur a été évoquée par la majorité des participants. La douleur est un carrefour entre le somatique et le psychique, avec la nécessité d'une approche globale et d'une équipe interdisciplinaire.

M2 : « *douleur chronique égale globalité, globalité : soma et psyché* »

M3 « *la douleur c'est quand même un truc complexe qui est à la fois du nociceptif mais qui est aussi beaucoup ancrée dans les émotions* »

M3 « *c'est de la neurobiologie, c'est de la subjectivité donc c'est ça qui est complexe* »

PS1 : « *c'est là le travail pluridisciplinaire c'est vraiment important parce que pour essayer d'introduire une forme de réflexion critique du côté de la psyché il faut pouvoir y associer le corps* »

L'aspect psychique doit être questionné dès le premier abord et non plus seulement dans un second temps en cas d'échec de la prise en charge somatique ou en cas d'incompréhension.

M2 [en parlant de la prise en charge psychique] « *ce n'est pas un recours ultérieur en cas d'échec du soma* »

La prise en charge globale permet de travailler la douleur sous l'angle d'approche biopsychosocial.

M10 : « *non après on passe au physique, on passe au psychique, on passe au social [...] c'est une prise en charge globale, on a un point de vue qui est un peu plus polyvalent, plus large, grâce à l'équipe* »

M8 : « *là on a plutôt des malades complexes avec des prises en charge psychosociales* »

M5 : « *c'est l'approche d'un sujet dans toute son intersubjectivité sociale avec toute une histoire, voilà et on est en permanence à aller d'un bord sur l'autre* »

L'intérêt du travail d'équipe et de l'interdisciplinarité a été à de nombreuses reprises mis en valeur.

M1 : *« c'est vraiment un travail transdisciplinaire, une vision très globale, intégrative »*

M2 : *« Être à plusieurs c'est pas mal, savoir qu'on peut partager ça, qu'on est accompagné aussi par des collègues et puis de temps en temps c'est le collègue qui prend un peu le relai ou le poids, un petit peu de la charge ça c'est tout l'intérêt de l'interdisciplinarité. »*

2.1.2 Complexité et frontières floues entre spécialités

La douleur chronique apparaît comme une frontière entre plusieurs domaines, avec une évolution de la perception au fil du temps de cette discipline.

M3 : *« je pense qu'on est un peu à la limite hein, on est à la frontière vraiment, entre la psychiatrie... somatique et psychiatrie. »*

PS2 : *« on est parti de quelque chose à l'origine, de très interventionniste, mené par les anesthésistes sur des blocs de branches, des traitements euh, médicamenteux, voilà, des interventions, assez franches ; puis une évolution vers la rhumatologie, les douleurs chroniques, les douleurs arthrosiques, ou mécaniques ; puis est venue la vague de la neurologie, avec la découverte des douleurs neuropathiques entre autres ; et puis là dernièrement j'ai l'impression qu'il y a vraiment un virement vers la psychiatrie »*

La douleur pouvant être perçue comme un symptôme d'entrée dans une pathologie psychiatrique, ou bien ayant pour conséquence une pathologie psychiatrique telle que les troubles de l'humeur.

M8 : *« quel que soit le psychisme ou les constructions des patients, quand on est douloureux pendant dix ans, il y a une atteinte sur le moral »*

M9 : *« C'est une entrée des fois, dans un diagnostic, qui n'est pas forcément posé quand le patient arrive avec une douleur chronique, en fait c'est une découverte [...] La douleur chronique, ça peut... Elle peut être une expression d'une pathologie psychiatrique. »*

2.1.3 Complexité et singularité de l'exercice médical en algologie

L'exercice en médecine de la douleur, et notamment pour le psychiatre, est différent des autres terrains de pratique. Pour le psychiatre, il est différent en ce que l'approche catégorielle est souvent difficile, une approche globale et ouverte est nécessaire. L'exercice est singulier par rapport à la psychiatrie de liaison du fait que le symptôme douleur pourrait presque être considéré comme un symptôme psychiatrique en lui-même.

PS1 : « *on ne peut pas être seulement psychiatre* »

PS1 : « *Ça veut dire qu'il fallait que je pense autrement que seulement un psychiatre qui collecte des symptômes et qui voit comment associer une thérapie à la fois analytique pharmaco plus ou moins... plus ou moins sociale* »

PS1 : « *on a toute ces singularités qui font que la clinique façon DSM IV, IV oui ? 5, 6 je sais plus... 5... euh c'est pas toujours [...], il fallait penser autrement.* »

PS2 : « *j'ai l'impression qu'il y a une certaine spécificité de la douleur par rapport à des soins de liaison, [...] où là on a peut-être plus l'idée de, de venir traiter des comorbidités psychologiques ou psychiatriques dans les services [...]; comme si la douleur pouvait aussi être simplement un symptôme psychiatrique et non pas simplement quelque chose d'un peu périphérique* »

Cette singularité et ces spécificités du travail en douleur semblent s'acquérir plutôt avec l'expérience que par la théorie. Plusieurs médecins nous ont rappelés avoir acquis eux-mêmes leur vision de la douleur chronique et des patients qui en souffrent.

M2 : « *c'est plus ce que j'ai acquis par moi-même* »

Il ressort également du travail en douleur, la nécessité de rester ouvert à plusieurs approches et d'avoir des compétences dans plusieurs domaines pour le psychiatre (somatique, pharmacologie, addictologie, neurobiologie, psychanalyse...).

M1 : « *Le psychiatre a quand même une connaissance du corps* »

M8 : « *le regard du psychiatre qui connaît la pharmaco, ce qui n'est pas le cas de tout le monde, peut vraiment être une aide* »

PS1 : « *On ne peut pas seulement emmener les patients sur une thérapie plutôt analytique.* »

M5 : « *d'autres étant beaucoup plus dans une approche intermédiaire, psychodynamique tout en prescrivant des traitements, à ces patients* »

M3 : « *on ne peut pas faire l'impasse sur la subjectivité mais on ne pas nier non plus qu'il y a des processus neurobio [...] on peut agir aussi par la parole sur les processus neurobiologiques [...] il ne faut pas être fermé [...] mais peut-être plus dans cet entre-deux* »

PS2 : « *Il y a des attentes aussi, vis-à-vis des dimensions peut-être plus toxicologiques, addictologiques, bon qui relève en partie de la psychiatrie* »

2.1.4 Complexité et temporalités multiples en douleur chronique

Le temps a été très souvent évoqué, non seulement, sur le parcours long des douloureux chroniques avant d'arriver dans les structures, sur le temps de prise en charge au centre, sur le temps d'écoute très important et sur le temps d'amener le patient à une réflexion plus globale sur sa problématique.

M3 : « *arriver à faire en sorte que la personne puisse arriver à exprimer sa souffrance, que ça vienne d'elle [...] et que ce qu'elle amène aboutisse véritablement à un besoin et que ce besoin on puisse lui proposer quelque chose en réponse, à ce [...] besoin d'aide. Ce qui n'est pas tout à fait évident au début et parfois il faut du temps [...] parfois il faut un an* »

M11 : « *On les reçoit souvent en bout de course et nous on a le temps justement de chercher pourquoi rien n'a marché et souvent c'est juste qu'il y a un gros souci psychosocial* »

M10 : « *un patient douloureux en centre chronique de la douleur qui n'a qu'une consultation, ou qu'un avis psychologique, ça ne suffit pas [...] C'est pas facile, ça prend du temps.* »

M8 : « *l'autre chose qui m'avait surprise dans ma première journée, c'était le peu de patients qu'on voyait [...] on passait une heure par patient* »

M8 : « *on est obligé de garder un lien avec les somaticiens pour permettre le travail du psychiatre en fait. On est dans pas mal de situations, on est juste là pour donner du temps au psychiatre [...] c'est-à-dire qu'il faut que ce soit un choix réfléchi et une prise en charge partagée avec le patient* »

2.1.5 Patients complexes ou patients « compliqués »

A plusieurs reprises, il nous a été répété la difficulté de travailler avec les patients en douleur chronique, notamment par l'expression d'une souffrance complexe et parfois incompréhensible, d'une vision de leur besoin différente de celle perçue par les médecins, refusant parfois les soins proposés, ou encore des patients provoquant le rejet, car pouvant être inobservants.

M2 : « *Ils ne viennent pas parce qu'ils sont en souffrance psychique, ils viennent parce qu'ils ont mal.* »

M2 : « *Et s'ils avaient été aussi, sur cet aspect psychique, dans la perception même que cette dimension psychique jouait un rôle important dans leur douleur ils auraient fait la démarche avant de venir nous voir* »

M3 : « *C'est souvent d'ailleurs les plus malades qui refusent* »

M7 : « *Les douloureux chroniques sont plus difficiles que d'autres* »

M8 : « *c'est quand même pas des patients qui sont très valorisant pour l'égo* »

2.1.6 Complexité et attentes des médecins de la douleur

Nous avons été marqués lors de l'analyse des verbatim par l'importance d'une certaine difficulté à décrire la place du psychiatre, avec des descriptions très floues concernant le rôle de celui-ci. L'indication d'un entretien avec le psychiatre se faisait parce que le patient était « lourd », ou « complexe », sans demande cohérente établie. Il existe des difficultés à décrire quelles pathologies psychiatriques dont souffrent les patients, doivent être prises en charge par le psychiatre et lesquelles sont gérées par l'algologue.

M6 : « *quand on a des patients extrêmement complexes et qu'on est dans une situation bien pénible, on est bien content de partager ça aussi avec le psychiatre* »

M1 : « *la pathologie psychiatrique pour moi, à mon niveau, c'est la pathologie qui nécessite le recours au psychiatre. C'est-à-dire pas moi, moi je ne suis pas capable de faire ça. Mais je suis capable de prendre en charge un trouble anxieux, un trouble panique etc... Même si je pense*

que certains, certains trouble paniques c'est évident ils ont besoin de travailler avec un psychiatre. »

M1 : « j'oriente certaines choses. »

M5 : « à d'autres moments, on demande un peu, sans trop savoir finalement pourquoi, oui bah, on a besoin d'un avis psy »

2.1.7 Complexité et confusion des rôles

Les centres de la douleur se sont adaptés au peu de temps de présence du psychiatre et d'autres intervenants ont pris en certains points cette place et certaines de leurs compétences. Il existe une complexité à définir les missions, les limites et la place de chacun.

2.1.7.1 Des somaticiens ayant des compétences de psychiatres

Les patients douloureux ont parfois seulement besoin de rendez-vous réguliers pour exprimer leur souffrance, ce que peuvent faire les somaticiens. Certains algologues se sont formés à des approches psychiques et ont acquis certaines compétences dans le domaine de la psychiatrie

M3 « le fait de m'être intéressé à la psychanalyse c'est ce qui m'a permis de justement de ne pas psychologiser la plainte de mes patients. »

M10 : « il y en a certains rhumatologues, qui font de la psychiatrie, parce qu'ils sont habilités psychiatre ou psy »

M1 : « je suis neurologue en plus, donc je suis un petit peu... bon, les diagnostics de troubles euh... psychopatho, psychiatriques, je les fais »

M5 : « on a deux ou trois hospitalisations par an sous contrainte, on les fait le plus souvent, nous, seuls parce qu'il [le psychiatre] n'est pas là »

M5 « Bon les diagnostics j'arrive à les poser »

2.1.7.2 Un remplacement du psychiatre par les psychologues

Du fait de la plus grande disponibilité en temps de présence des psychologues, d'une alliance plus facile avec le patient selon les personnes interrogées, ce sont eux qui voient les patients pouvant nécessiter une consultation psychiatrique. Ils peuvent avoir un rôle de tri, et de facilitation pour un entretien ultérieur avec le psychiatre.

PS1 : [après une question sur l'orientation préférentielle entre le psychologue ou le psychiatre]
« *Donc en fonction des personnes, en fonction de la nature des troubles ça peut être plus facilement moi... euh... mais c'est voilà, c'est pas vraiment défini... c'est plutôt intuitif.* »

M6 : « *tous nos patients sont vus par des psychologues, [...] la plupart du temps ils ont déjà vu le psycho plusieurs fois avant de voir le psychiatre. Du fait des effectifs.* »

M7 : « *je préfère plutôt avoir un premier contact pour le patient avec une psychologue pour arriver à comprendre qu'il a besoin d'un suivi du côté psychologique ou psychiatrique* »

M3 « *Si vous rajoutez « iatre » à la fin ça ne marche plus [...] il y en a qui ne veulent pas.* »

FG :

- M13 : « *La psychiatre on essaie de privilégier [...] les patients les plus lourds, entre guillemets. Alors que les psychologues ils sont là tous les jours [...] [Les patients] ils sont plus facilement accessibles aux psychologues, donc souvent dans un premier temps on adresse au psychologue et après on voit, si c'est...*

- M12 : [...] *voire elles nous orientent vers le psychiatre dans un second temps.* »

2.1.7.3 Prise en charge institutionnelle

Il a semblé que l'aspect psychique était traité par tous les intervenants, et que ce qui importait le plus n'était pas les compétences de chacun mais la relation du patient à l'intervenant.

M2 : « *cette parole a été destinée à l'un alors que ce n'était pas a priori dans le champ de compétence attribué de cette personne* »

FG :

- M13 : [en parlant d'un patient] « *le psychologue c'était en impasse, enfin il n'y avait rien qui sortait, et c'est pour lui que c'est sorti en APA, parce qu'il était en confiance avec l'équipe*

- M10 : *Oui il faut qu'il y ait un climat de confiance qui se crée et ça ne se crée pas comme ça, il faut revenir dessus, il faut, voilà...*

- I : *Ce serait presque plus important que la fonction de l'interlocuteur, finalement ?*

- M10 : *Oui, »*

2.2 Paradoxalité

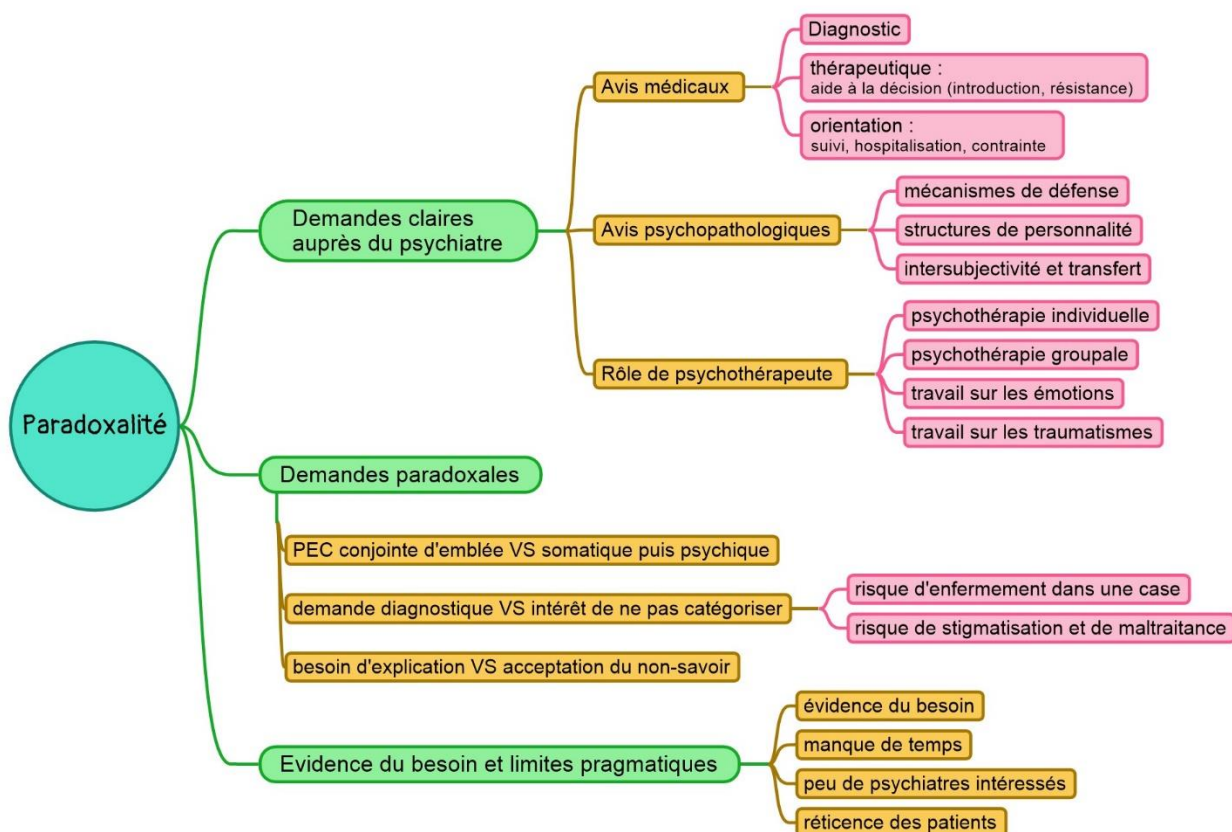


Figure 3 : Paradoxalité

A l'instar des patients douloureux chroniques décrits comme paradoxaux, de nombreuses contradictions se sont retrouvées lors de nos entretiens. Et des demandes a priori claires et partagées par tous les médecins interrogés, finalement se heurtaient à des antithèses. Les attentes les plus nettes étant un rôle d'avis psychiatrique dans une vision pluridisciplinaire du patient sans pour autant l'intégrer

dans l'équipe et tout en ayant parallèlement une demande d'interdisciplinarité et d'approche globale. De même, l'évidence du besoin en psychiatrie transparaissait dans chaque entretien, il existait néanmoins de nombreuses limites pragmatiques à son activité.

2.2.1 Demandes claires auprès du psychiatre

2.2.1.1 Avis médicaux : diagnostic, thérapeutique et orientation

Diagnostic :

Les médecins ont tous noté comme rôle important du psychiatre : celui de poser un diagnostic. Les algologues ont pour la plupart pris l'exemple de la dépression, des troubles anxieux, des troubles de la personnalité mais également les troubles psychotiques, bien que cela semble relativement rare.

M8 : « *quand j'ai un doute sur certaine pathologie psychiatrique où j'ai besoin d'un diagnostic fait par le psychiatre* »

M7 « *la dépression liée à la douleur chronique et la perte d'autonomie du patient due à la douleur chronique* »

M5 : « [le psychiatre] *peut être là dans les situations décompensées* »

M9 : « *Et puis aussi poser un diagnostic [...] psychiatrique, parce que des fois, nous on ne sait pas trop quel diagnostic poser, ou on hésite niveau psychose...* »

Thérapeutique :

Évoqué unanimement par les médecins, le rôle d'aide à la décision thérapeutique est prépondérant, notamment lors de troubles résistants pour le choix des antidépresseurs, ou pour le choix de neuroleptiques.

M6 : « *pour nous aiguiller dans le service, soit parce que [...] on a un doute sur une thérapeutique ou un patient résistant à un traitement* »

M8 : « *on utilise énormément de médicaments psychotropes en médecine de la douleur, peut-être pas toujours à bon escient.* »

M5 : « *J'hésite à lui mettre des neuroleptiques, lesquels on met ?* »

Orientation :

Le psychiatre peut mettre ou remettre en place un suivi pour un patient souffrant d'une pathologie psychiatrique et peut aider dans la pose d'une indication d'hospitalisation libre ou sous contrainte.

M4 « *l'intérêt du psychiatre ça peut être aussi parfois permettre aussi au patient d'accéder derrière à un suivi psychiatrique* »

M5 : « *quand il est là on profite de son expertise et de son habitude, et de son lien qu'il a aussi avec l'HP, c'est aussi un autre aspect d'utilité du psychiatre, mais pour des patients à hospitaliser* »

FG

- M9 : « *Oui on a déjà eu des liens avec des psychiatres de CMP pour adresser des patients des fois, euh...* »

- M12 : *Pour renouer un lien, [la psychiatre] nous aide, parce que c'est dur [...] Je pense qu'ils sont débordés, ils reprennent difficilement certains patients. Donc elle nous aide soit à appeler, ou à créer des demandes.* »

2.2.1.2 Avis psychopathologique

Le psychiatre aide à comprendre la problématique du patient et son fonctionnement psychopathologique. Il appréhende les modalités transférentielles et l'intersubjectivité du patient.

PS2 : « *au-delà des diagnostics purement médicaux, d'évaluer un petit peu les mécanismes de défenses, les structures ou les pôles d'organisation de la personnalité* »

PS2 : « *Il y a un vrai rôle, quand même de débrouiller un petit peu quels pourraient être les enjeux psychiques conscients, et inconscients, qui émergent [...] quand on refait faire le parcours de vie aux personnes* »

M5 : « *comme on a toutes les structures de personnalité, c'est beaucoup plus intéressant de travailler [...] sur cette dimension-là de structure de personnalité, et les modalités dont ces personnes peuvent rentrer en intersubjectivité avec leur entourage, comment elle transfère leur difficulté intersubjective sur le cadre du service* »

M5 « *quand [...] des psychopathologies sont en train de se décompenser [...] je m'appuie sur l'avis du psychiatre [...] un appui théorico clinique* »

2.2.1.3 Rôle de psychothérapeute

Le psychiatre aurait un rôle psychothérapeutique à jouer en individuel pour le patient ou en groupe. Une demande de travail sur les émotions et sur les traumatismes chez les patients est faite par les somaticiens. Ce rôle est cependant aujourd'hui limité par le temps de psychiatre dans les centres.

PS1 : « *Il y a quelques patients pour lesquels je suis plus sur un travail psychothérapeutique* »

M8 : « *il faut une prise en charge de la souffrance, il faut une prise en charge de la gestion des émotions, qui est quand même très perturbée chez nos patients [...] mieux gérer la nociception, je pense que vraiment ce serait, une plus-value* »

M8 : « *les psychiatres ne font pas de thérapies, enfin on n'a pas de prise en charge en groupe donc ça, ça manque aussi* »

M8 : « *dans les patients douloureux chroniques il y a une sur-représentation de traumatismes de l'enfance, [...] quand les patients viennent en centre de la douleur, c'est le moment d'aller aborder tout ça, et on ne peut pas juste l'aborder, moi en tant que somaticien, ça ne suffit pas. Donc y a toute cette partie-là de travailler sur l'enfance* »

2.2.2 Attentes paradoxales

Il existe un paradoxe entre à la fois une théorie de prise en charge globale conjointe soma-psyché comme vu précédemment, et à la fois une théorie de prise en charge dissociée. Cette dernière se matérialise par une recherche d'un diagnostic somatique avant d'envisager une prise en charge psychique, avec une idée de chronologie :

d'abord la recherche organique puis psychique et sans vision d'ensemble dès le départ.

M8 : *« je pense qu'une prise en charge conjointe serait intéressante. Bien conjointe, pas quand nous on n'y arrive pas, on envoie chez le psy, c'est pas la voie de garage quand on s'en sort pas, on va envoyer chez le psy parce que ça doit être dans la tête. »*

M1 : *« dans cette filière [douleur] le somaticien voit d'abord et envoie chez le psychiatre quand pense qu'il y a problème, quel que soit le type de problème »*

M12 : *« on leur [aux psychologues] dit : « essayer d'éclaircir la situation, aucun traitement ne marche, les examens sont normaux, il y a forcément quelque chose et rien ne sort »*

FG :

- M10 : *« on sert quand même à faire un diagnostic, on est quand même médecin au départ.*

- M11 : *C'est au premier abord,*

- M12 : *On cherche s'il y a une pathologie organique étiquetée ou non. »*

Le second paradoxe se situe entre l'intérêt de ne pas catégoriser les patients sur lequel de nombreux médecins ont insisté (notamment pour ne pas enfermer le patient dans ce diagnostic) et une demande de diagnostic très souvent faite au psychiatre, avec également la pression administrative demandant de coter les diagnostics de comorbidité psychiatrique.

M5 : *« « moi j'ai besoin d'un psychiatre pour qu'il me classe les patients ». Et donc il y a cette illusion un peu comme ils auraient besoin d'un bon radiologue, qui leur fasse des bons scanners du rachis de leur patient. Ils voient le psychiatre comme le radiologue de l'âme qui poserait des diagnostics et avec une espèce de corrélation anatomo-clinique, ou psychiatrico-clinique et voilà, ça, pour moi, c'est une fausse route. ».*

M6 : *« le psychiatre va plutôt nous aider en disant, sans ... enfin je sais bien qu'on ne pose pas de diagnostic psychiatrique en peu de temps, ... En disant bon un tel, il part plus dans ce type de trouble-là »*

M10 : *« Il faut progresser mais sans se fermer les portes, toujours remettre en question ce qu'on pense, ne pas se faire une idée et puis dire « bon bah lui il est catalogué comme ça » »*

PS2 : *« mais je crains aussi une stigmatisation des patients » [si pose de diagnostic]*

Un autre paradoxe a été exprimé : la volonté de tout expliquer de la part de la médecine et celui de la complexité a priori inexplicable de la douleur. On en retient la nécessité d'accepter de ne pas comprendre et de ne pas savoir pour les soignants en douleur chronique.

PS1 : « *dans un monde aussi, où la médecine est de plus en plus cloisonnée, et avec peut-être une ambition ou un fantasme de tout expliquer, de tout traiter. Et finalement, la douleur, à la fois ne rentre pas dans les cases, [...] elle est à l'interface de toutes les disciplines et en même temps, elle, bah elle n'est pas toujours explicable* »

2.2.3 Évidence du besoin et limites pragmatiques

Tous les médecins interrogés ont noté un besoin en psychiatre dans les centres de la douleur

M7 : « *on a besoin d'un psychiatre, plus que dans d'autres services, ça c'est clair.* »

M7 : « *Il a un rôle important, parce que ça nous aide à nous aussi. Ça nous aide s'il arrive à rétablir, un petit peu, le moral du patient, c'est plus facile à traiter ses douleurs aussi* »

M11 : « *c'est indispensable dans les centres de la douleur, sans ça on ne pourrait pas fonctionner* »

Malgré cette évidence du besoin de la présence de psychiatre, il existe néanmoins des limites et des freins à son activité. La majorité des médecins interrogés nous ont rapporté un manque de temps de psychiatre dans les structures spécialisées, limitant son action.

M6 : « *il n'est là qu'une demi-journée par semaine, on l'utilise, même si c'est un vilain mot, plutôt le psychiatre différemment. On l'utilise principalement pour avoir des avis concernant des patients hospitalisés* »

M8 : « *j'aimerais qu'il y ait un vrai travail de fait avec les syndromes dépressifs, avec les troubles anxieux généralisés, avec les personnalités borderline, mais ça c'est pas en ayant une vacation hebdomadaire qu'il peut le faire, donc je ne peux pas attendre grand-chose parce qu'il n'est pas là en fait* »

Une autre limite, est le manque de psychiatre du fait de leur temps de présence réduit et de leur manque d'intérêt pour la douleur chronique, notamment si leur seul rôle n'est que diagnostic et thérapeutique.

M8 : « D'abord il y a peu de psychiatres qui s'intéressent à la douleur, et puis il y a peu de psychiatres tout court du coup ils sont mis ailleurs que dans les centres de la douleur chronique »

M5 : « les psychiatres, [...] qui ne font que ça avec les patients douloureux, très vite, arrivent à leur limite, s'ennuient et s'en vont, parce que c'est, parce qu'à mon avis, le problème n'est pas là. »

Un dernier frein important au travail du psychiatre, est la réticence des patients à l'entretien et aux soins psychiques.

M6 : [les psychiatres] « font un peu peur au patient. »

M7 : « si on dit psychiatre, c'est tout de suite « ah mais je ne suis pas malade » »

M8 : « Faut vraiment que ce soit une décision médicale partagée, et que le patient comprenne ce pourquoi on demande cet avis en plus et pourquoi on veut un accompagnement »

2.3 Réflexivité



Figure 4 : Réflexivité

Tout au long de notre étude, nous nous sommes prêtés à l'exercice d'un examen permanent de notre propre subjectivité. Nous étions également à l'écoute de la réflexion de nos interlocuteurs, mettant en relief un besoin de compréhension, et de réassurance qu'apportent le psychiatre et sa réflexivité. Le psychiatre ayant une connaissance médicale et psychiatrique, il pouvait faire ce lien entre les soignants et entre l'équipe et le patient dans un langage commun et compréhensible.

2.3.1 Besoin du psychiatre intégré dans l'équipe

L'importance de la présence du psychiatre au sein du centre était prépondérante, pour permettre un travail d'équipe, et pour faciliter l'accès au psychiatre pour le patient parfois réticent.

M5 : « *c'est un peu un autre aspect, c'est de pouvoir [...] dans un même cadre temporel, géographique humain, de permettre cette double approche.* »

M7 : « *je lui ai donné déjà deux noms de psychiatre, dans sa ville et elle n'a toujours pas appelé* »

M8 : « *moi j'ai essayé de développer des liens avec des psychiatres libéraux, et en fait certains jouent vraiment le jeu, et les trois quarts disent que c'est des patients qui sont peu observants, qui viennent, qui ratent des rendez-vous, donc voilà, donc c'est des patients qu'ils perdent et qui arrêtent.* »

M8 : « *Une unité de lieu déjà dans la prise en charge, des échanges informels* »

2.3.2 Rôle de réassurance face à la complexité

2.3.2.1 Pour le patient

Beaucoup évoqué par les deux psychiatres, le rôle de psychoéducation est important pour le patient douloureux ainsi que pour les familles. Ce rôle vise à rassurer le patient et à l'amener à une adhésion aux traitements et au suivi par la suite.

PS2 : « *c'est l'occasion de véhiculer tout un tas de messages, en particulier de la déstigmatisation du psychiatre, de la psychiatrie, des traitements pharmacologiques aussi, donc de faire beaucoup d'informations et pour les personnes* »

PS1 : « *une part du travail consistait finalement aussi à rassurer les gens quant à leur santé mentale* »

PS1 : « *je dois aider des patients à reformuler la compréhension de leur problème pour qu'ils puissent s'emparer de l'intérêt qu'un psy pourrait avoir dans leur suivi* »

M7 : « *l'adhésion aux traitements ultérieurs aussi.* »

Le psychiatre permet au patient de mieux comprendre les liens entre psychique et physique avec des explications médicales à son état.

PS1 : *« j'ai appris à essayer de bricoler des petits morceaux de cours venant simplifier la compréhension des patients, et à partir du moment où ils arrivaient à se saisir de quelque chose qui les rassurait sur le fait que [...] avec leur propre corps il étaient bien paumés [...] arriver à leur expliquer les différentes complexités qui vont avec les prises en charge en fonction de ce que le corps veut bien interpréter de nos souffrances et douleurs et que les deux sont finalement quand même bien intriqués »*

PS1 : *« ce que je dis souvent aux patients que je rencontre, c'est qu'on voit dans les études que dans les nerfs de la douleur est véhiculée non seulement la part sensorielle qui permet de déterminer la nature de la douleur, sa fréquence en intensité, sa localisation ; mais aussi la part émotionnelle qui fait que la douleur est désagréable et pénible, avec une forte interaction au niveau du traitement central de l'information, avec, le circuit limbique, le traitement de la colère, de la tristesse et de l'anxiété. »*

2.3.2.2 Pour l'équipe

Le psychiatre a un rôle rassurant pour l'équipe, pour expliquer et prendre en charge des pathologies psychiatriques avec lesquelles certains algologues sont moins à l'aise, et ne souhaitent pas rester seuls face à des situations complexes. Il aide à comprendre les fonctionnements du patient pour que l'équipe appréhende mieux certains comportements, notamment grâce à sa sensibilisation vis-à-vis de la question de l'intersubjectivité.

M6 : *« il apporte aussi quelque chose pour les soignants. Soit pour nous tranquilliser, nous rassurer, ça aide aussi. Le fait d'avoir quelqu'un qui connaît bien les molécules [...] Même pour l'évaluation du risque suicidaire »*

M9 : *« C'est pour ça qu'on a besoin d'être aidés avec des psychologues et notre médecin psychiatre, parce que c'est complexe. »*

M5 : *« Alors on entend des internes quelques fois dire "ah je suis content [Nom du psychiatre] est là aujourd'hui, ça nous rassure" »*

M5 : « l'autre aspect alors qui est apparu très rapidement c'est la nécessité de s'occuper des soignants. [...] [Nom de psychiatre] et notre psychologue, ont dit mais c'est important qu'on puisse avoir un espace pour réfléchir à cette dimension de... de qu'est-ce que ces patients nous font vivre et donc, et ils ont mis en place, [...] de façon très consensuelle avec toute l'équipe [...] ces groupes d'analyse de pratique »

M5 : « c'est plutôt là que je trouve qu'un psychiatre [...] à condition qu'il soit intéressé par l'approche psychodynamicienne, ou un psychologue aussi, parce que si on avait un psychologue cognitiviste, il ne fera pas ça, il n'ira pas dans cette direction-là. [...] d'avoir pu établir une relation intersubjective avec toute cette dimension du transfert qui n'est pas simple, c'est ça qui les soigne, et d'aider à prendre conscience à une équipe que, le patient, tout ce qu'il fait, tout ce qui se passe, dans ses agir, c'est qu'il met à l'épreuve le cadre dans ses modalités transférentielles, et que si ce n'est pas pris au deuxième degré, bin, ça, ça clash, ça explose. »

Le psychiatre permet d'ouvrir le questionnement, et de faciliter l'acceptation de l'incompréhension.

PS2 : « c'est vrai que le psychiatre a un rôle qui est assez difficile, j'en parlais au début autour des diagnostic de la conversion, des troubles somatoformes, d'ouvrir des questions et de donner des éléments de réponses, plutôt que d'avoir un discours comme ça très catégorique, un avis d'expert, qui serait immuable et posé dans un dossier. »

M3 : « de supporter le manque à savoir quoi. Mais ça, la psychanalyse le permet aussi [...] supporter ce manque à savoir, bon c'est ce que j'essaye aussi de faire, c'est une forme de bienveillance pour le patient. Parce que ça nous échappe ce qui peut se passer... »

2.3.2.3 Rôle protecteur pour éviter l'escalade thérapeutique

Le psychiatre pose des limites et propose d'autres solutions que l'intervention médicale.

M8 : « si le psychiatre était plus présent au quotidien [...] ça permettrait [...] de dire stop et de ne pas aller dans une escalade qui me semble déraisonnable certaines fois [...] Je trouve que l'absence de psychiatre, nous fait répondre, nous fait donner des réponses qui sont interventionnelles ou médicamenteuses, pour faire quelque chose et c'est pas toujours utile. »

2.3.3 Rôle de formation, conseil et supervision

Plusieurs équipes ont évoqué un rôle de formation concernant le suicide ou les troubles du comportement. Il a un rôle de conseil également sur la gestion personnelle de ce que fait vivre le patient au soignant. Le psychiatre permet de comprendre et de diminuer le rejet provoqué par certains patients. Le travail d'équipe permet ainsi des échanges informels et également une acquisition de certaines compétences par chacun.

M9 : [en parlant de l'évaluation du risque suicidaire] « *Oui d'ailleurs elle fait des formations régulières auprès des soignants, la psychiatre avec les psychologues à ce sujet* »

M9 : « *c'est important, qu'elle [la psychiatre] puisse nous dire un peu ce qu'il en est, la psychiatre et les psychologues, sur la façon dont il faut se comporter avec les patients et ce qu'il faut éviter de faire pour certains.* »

M6 : « *des conseils sur les conduites à tenir, et des échanges aussi vis-à-vis de la façon de gérer certains -c'est peut-être plus les psychos, mais le psychiatre aussi, surtout quand on a une bonne confiance qui est installée avec le psychiatre- de gérer ce qu'on entend et ce qu'on vit parfois en consultation douleur, c'est parfois important d'en discuter avec quelqu'un* »

M6 : [Le psychiatre] « *sait gérer les situations un peu douloureuses pour le patient qui peuvent parfois nous affecter. Donc c'est toujours sympa de lui demander un peu comment il gère les choses [...] même d'un point de vue rationnel aussi avec les patients quand il y a de l'émotionnel qui intervient.* »

M8 : « *il y aurait une autre mission du psychiatre, [...] on se reçoit quand même la souffrance des gens en permanence tout le temps et je pense qu'une supervision nous ferait du bien [...] parler des situations qui nous avaient marquées ou des situations qui nous avaient mis en échec. [...] ce serait fondamental pour le bien-être des équipes et puis pour notre survie psychique parce que c'est lourd* »

M8 : « *des échanges informels nous permettraient tous de progresser.* »

PS1 : « *c'est vrai que dans les services où les pysys sont dans les services [...] c'est toujours plus facile parce que pour le coup il y a vite une association sur les compétences qui fait que l'expérience acquiert dans les deux camps.* »

2.4 Des places fantasmées, une place à éclaircir

Le psychiatre pourrait avoir un rôle comparable à un autre médecin au centre, prenant en charge entièrement le patient.

M6 « *Je pense que les psychiatres ils devraient faire comme les autres médecins [...] prendre en charge totalement les patients de A à Z. [...] qu'ils puissent faire du suivi, en commun avec le médecin, parfois juste en commun avec l'infirmière ressource douleur ou avec le psycho [...] il faudrait aussi que le psychiatre accepte de se livrer au jeu de l'examen somatique* »

Une autre organisation évoquée était celle d'avoir deux psychiatres au centre, un pour les patients et un pour la supervision des soignants.

M8 : « *Il faudrait un psychiatre qui s'occupe de nos patients, puis un psychiatre qui s'occupe de l'équipe, ça permettrait d'avoir un peu moins de souffrance au travail, très clairement* »

Les compétences du psychiatre sont parfois idéalisées.

M5 : « *Avec toujours cette demande [...] : « mais on n'a pas assez de temps de psychiatre ». Comme si l'amélioration des soins ne pouvait passer que par un diagnostic psychopathologique pour tous les patients, dans une espèce d'idéalisation du soin, alors que bon, on en est très loin, ce n'est pas ça.* »

Bien que certains rôles soient bien définis (avis diagnostic, thérapeutique), mais parfois paradoxaux, d'autres le sont moins et posent question quant au rôle de chacun.

La place du psychiatre est difficile à définir du fait de son faible temps de présence et de la singularité de cette pratique psychiatrique en douleur chronique.

M5 : « *plus j'avance et plus j'ai avancé, donc, moins cette place a été claire.* »

PS2 : « *les équipes ont un rôle important à jouer dans la distribution des rôles de chacun [...] c'est un point sur lequel il faut, qu'effectivement, il y ait une coordination, je pense que le chef de service a un rôle important à jouer là-dedans et les médecins, [...] sur : « qu'est-ce qui est attendu ? de qui ? » »*

M6 : « avoir un psychiatre à quasi temps plein ce serait génial, ou au moins un mi-temps. Ça dépend un peu comment on fait les choses, si on veut qu'il ait une consult', si on veut qu'il fasse le tour hospitalier avec nous, et puis ça dépend aussi de ce que veut le psychiatre quand un jour on verra un psychiatre motivé par ça. »

Ces résultats nous font émerger deux places principales du psychiatre au sein des centres de douleur chronique, celui d'expert de sa spécialité médicale et celui d'interprète pour le patient et l'équipe, c'est, ainsi, ce que nous allons développer dans notre partie discussion.

Discussion

1. Forces et limites

Nous pouvons identifier plusieurs limites à notre travail. D'abord nous avons fait le choix de n'interroger que des médecins. Or vu l'importance de l'interdisciplinarité et du rôle du psychiatre auprès des autres membres de l'équipe, nos résultats auraient pu être enrichis par le recrutement d'autres professionnels. Néanmoins, nous avons fait ce choix considérant que l'adressage au psychiatre était toujours fait par les médecins.

Une seconde limite est le faible nombre de psychiatres interviewés. Deux centres avaient des psychiatres que nous n'avons pas inclus, étant donné qu'ils n'ont pas répondu à notre email de recrutement.

Enfin, la troisième limite était le caractère novice des deux investigateurs novices en recherche qualitative. Aussi, notre guide d'entretien se voulait le plus ouvert possible. Cette ouverture, nécessaire à la collecte de données en étude qualitative, a entraîné une proportion très importante de digressions sur la complexité et les liens entre la psychiatrie et la douleur chronique. Ce qui a joué en défaveur de réponses plus spécifiques sur la place du psychiatre. De plus, l'importance des problématiques psychiatriques en douleur chronique apparaît d'autant plus que nous questionnions sur ce thème.

Nous pouvons également remarquer plusieurs forces à notre étude. Nous avons mené une étude multicentrique, dans cinq SDC entre les départements de l'Isère et de la Savoie. L'offre de soins en douleur chronique paraissant relativement disparate à travers le territoire français, notre étude ne peut pas être généralisée. Ensuite sur le plan méthodologique, l'analyse des verbatim a été faite par triangulation des données. Les deux investigateurs ont codé les verbatim séparément avant de mettre leurs résultats en commun après chaque entretien. Si un code faisait l'objet d'un désaccord,

ce code était discuté, reformulé ou retiré. Nous avons atteint la saturation des données, et ni le dernier entretien individuel, ni le focus group n'a apporté de nouveau thème. Les recherches bibliographiques confirment la majorité de nos résultats. Nous avons également isolé des thèmes (par exemple, les attentes floues ou la complexité à décrire les missions et limites de chacun) qui ne semblent pas avoir fait l'objet de recherche et qui peuvent donc être des pistes de réflexion.

Enfin il s'agit d'un travail original, la majorité des études concernant le lien entre douleur chronique et psychiatrie s'intéressant seulement aux comorbidités entre ces deux champs. A notre connaissance, peu d'études s'intéressent au rôle du psychiatre dans la prise en charge en douleur chronique, et aucune avec une méthodologie qualitative. Il nous semblait donc pertinent de poser la question aux médecins travaillant en SDC, dont les psychiatres.

2. Discussion des résultats

Nos résultats nous ont permis de définir plusieurs places aux psychiatres exerçant au sein d'une SDC. Une place de médecin et une place d'interprète. Pour chacune de ces places, le psychiatre interviendra auprès des patients douloureux chroniques mais aussi auprès des équipes médicales et soignantes.

2.1 Place de médecin

La place du psychiatre en tant que médecin spécialiste de la santé psychique est explicitement exprimée par les participants de notre étude.

Auprès des patients, le psychiatre a dans un premier temps une mission clairement établie de donner un avis diagnostique, thérapeutique et d'orientation. Dans la littérature, les diagnostics les plus cités dans le cadre des douleurs chroniques sont la

dépression et l'anxiété (Goesling et al, 2018 ; IsHak et al, 2018), l'état de stress post-traumatique (Kind et Otis, 2019), les troubles de la personnalité (Johnson et al, 2020 ; Gustin et al, 2016), les comportements suicidaires (Racine, 2018) et les abus de substances (Clark, 2009). Bien que plusieurs fois cités, nous n'avons pas trouvé de donnée concernant les troubles psychotiques et la douleur chronique.

Néanmoins, la mission diagnostique peut être débattue. D'un côté, le besoin de diagnostics vient d'une volonté de soigner les patients au mieux, et donc de traiter les comorbidités psychiatriques qui ont un fort impact sur l'évolution des symptômes douloureux. Ce besoin vient aussi de la nécessité administrative de la tarification à l'acte. Celle-ci impose qu'un diagnostic psychiatrique soit « codé » par un psychiatre pour être pris en compte. La place du psychiatre représente ici un enjeu financier. Par ailleurs, il semble que la prise en charge globale, au long court, des patients douloureux impose de ne pas s'arrêter à la question du diagnostic d'un trouble psychique mais également d'explorer le fonctionnement subjectif de ces patients.

Avec les patients, le psychiatre aura également un rôle de prévention, un rôle de psychoéducation, et un rôle d'explication des liens entre douleurs chroniques et psychiatrie. Ceci permettra de sortir de la dichotomie corps-esprit à laquelle les patients semblent attachés. Il s'agit là de réinscrire la plainte douloureuse dans la globalité du patient (Clark, 2009 ; Klein, 2015).

Le psychiatre peut tenir une place particulière dans les équipes interdisciplinaires en étant un socle pour l'application du modèle biopsychosocial, et partager son expérience quotidienne (Goesling, 2018). Dans ce sens, la complexité de la douleur chronique est l'élément le plus évoqué durant les entretiens. Ceci est également mis en avant dans la littérature (Peppin et al, 2015 ; Reid et al, 2015 ; Kohrt et al, 2018). Pour tenter de démêler cette complexité, tous les médecins de notre étude avancent la nécessité de prises en charge interdisciplinaires. De même que le modèle bio-

psycho-social est le modèle qui englobe le mieux la complexité des phénomènes douloureux chroniques, la prise en charge interdisciplinaire semble être la plus efficace (Davin et al, 2019). Nous nous permettons ici de mettre ces deux notions en parallèle, tant il nous semble que l'interdisciplinarité soit l'application pratique du modèle biopsychosocial. Plusieurs médecins notent ici l'importance de l'intégration du psychiatre dans l'équipe. Les prises en charge doivent être conjointes et non pas l'une succédant à l'autre en cas d'échec. Il s'agit donc bien d'une interdisciplinarité, où tout le monde travaille ensemble, et non d'une pluridisciplinarité, où chaque avis serait pris séparément (Gatchel et al, 2014). Le psychiatre transmet ici son expérience quotidienne de l'application du modèle biopsychosocial (Goesling et al, 2018).

Avec les équipes, le psychiatre aura un rôle d'explication et de déstigmatisation des pathologies psychiatriques. Il a là un rôle de supervision des équipes, qu'il ne laisse pas seules avec leurs difficultés face aux troubles du comportement ou à l'inquiétude que peuvent susciter les pathologies psychiatriques. Le psychiatre fait prendre de la distance par rapport à une situation difficile et permet de retrouver une position bienveillante envers les patients. Lors de ces supervisions, le psychiatre transmet également une attitude relationnelle qu'il adopte quotidiennement dans les services de psychiatrie classiques et qui semble transposable à l'exercice en SDC.

Le psychiatre a également une mission de formation des équipes avec lesquelles il travaille. On pense ici à la prévention du risque suicidaire, ou à la gestion des troubles du comportement, mais également à la transmission de compétences plus spécifiques comme des compétences diagnostiques ou thérapeutiques (Balon et al, 2018 ; Kohrt et al, 2018). De plus, ces interventions peuvent permettre de rappeler les bonnes pratiques en matière de soins psychiques et d'éviter des escalades thérapeutiques parfois iatrogènes (Balon et al, 2018). Nos résultats montrent d'ailleurs un transfert de

compétences du psychiatre vers les algologues, qui font eux-mêmes les prises en charges psychiatriques des patients qu'ils ne jugent pas inquiétants cliniquement.

2.2 Place d'interprète

Nous avons également identifié un rôle d'interprétariat de la part du psychiatre. Cet aspect est exprimé implicitement mais transparait à travers l'incompréhension dont font part les médecins algologues : d'une part l'aspect psychique de leurs patients et d'autres par l'aspect rassurant de la présence du médecin dans l'équipe interdisciplinaire.

La SDC représente souvent une première occasion de rencontrer un psychiatre pour des patients qui ont déjà eu un long parcours médical (Gueran et Luissez, 2012). Ainsi plusieurs participants remarquent que la douleur chronique est une porte d'entrée dans les soins pour un certain nombre de patients souffrant principalement de problématiques psychiques. Le retard de prise en charge semble être lié aux stigmates dont est chargée la psychiatrie, et le psychiatre (Bhugra et al, 2015). De plus, les psychiatres que nous avons interrogés décrivent de nombreuses situations où le patient ne comprend pas ce qui l'a amené à rencontrer un psychiatre. Si le besoin de la prise en charge psychique est évident pour le médecin algologue, en revanche il ne l'est pas toujours pour le patient. Ainsi, le patient et le médecin de la douleur n'utilisent pas le même langage (Bouckenaere, 2007). Le psychiatre a donc ici un rôle d'interprète du langage médical et de traduction pour le patient de l'inquiétude des médecins qui l'ont adressé vers le psychiatre.

Par ailleurs, chaque membre de l'équipe utilise son propre langage pour exprimer sa compréhension d'une situation clinique donnée. Le psychiatre a un rôle de traduction et reformulation des interprétations de chacun, permettant une meilleure

communication. Ainsi, nous avons remarqué l'usage diffus du vocabulaire psychanalytique dans les verbatim. A cela, on peut poser plusieurs hypothèses. La psychanalyse est ce qui permet au mieux de décrire la clinique de la douleur. Par exemple, la description de l'hystérie de Freud est souvent citée dans la littérature traitant de douleur chronique (Le Breton, 2017 ; Serra, 2003). Ou alors l'approche psychanalytique est ce qui permet une écoute de la subjectivité du patient. On se décale alors de l'examen du « corps objectif », qui n'existerait que pour le médecin : on sort de « l'objectif » pour aborder le « subjectif » (Le Breton, 2017 ; Derzelle, 2007). Une dernière hypothèse serait que l'évaluation psychologique des patients est un aspect indispensable de la prise en charge et qu'il faut au médecin un vocabulaire commun avec les psychologues, celui-ci serait le vocabulaire psychanalytique. Entre psychologues et médecins (Landreau, 2016), il permettrait à tout le monde de parler un langage commun. Néanmoins, l'usage privilégié du vocabulaire psychanalytique pourrait être lié à la faible taille de notre échantillon. D'autres SDC utilise peut-être d'autres grilles de lecture.

De plus, on retrouve en pratique le rôle du psychiatre d'évaluer les patients pour qui les douleurs restent inexplicables, bien que ce rôle soit théoriquement critiqué par les médecins que nous avons interrogés (Clark, 2009). Ici, le psychiatre permettra de raconter l'histoire des patients autrement. Cela ne signifie pas une simplification des problématiques mais de permettre aux autres membres de l'équipe de se décentrer de ce que peuvent leur faire vivre les patients. Il ne simplifie pas forcément le langage mais permet aux médecins et aux soignants de guider leur réflexivité à propos des patients. On peut y voir un rôle de prise de conscience des mouvements de transfert et de contre-transfert (Balon et al, 2018). Finalement, le psychiatre autorise chacun à supporter de ne pas comprendre entièrement une situation.

2.3 Limites actuelles et pistes de réflexion

La prise en charge psychiatrique des patients en SDC fait aujourd'hui face à deux limites principales. D'abord le manque de temps de psychiatre. En particulier, lorsque le psychiatre fait partie de l'équipe médicale de la SDC, tous nos participants se plaignent de la présence trop limitée du psychiatre. Ceci montre que le psychiatre peut occuper une place de choix au sein de ces équipes. Ensuite, trop peu de psychiatres semblent s'intéresser à la douleur chronique. Deux problèmes en découlent, le recrutement d'un psychiatre par une SDC et l'orientation vers un psychiatre en externe. Outre l'ouverture aux psychiatres des formations spécialisées transversales à la douleur chronique, une piste de réflexion serait de les former de façon plus importante à la douleur chronique au cours de leur internat (Balon et al, 2018),

D'autre-part, les rôles diagnostiques et thérapeutiques sont les plus exprimés. On peut y voir le fait que la place du psychiatre est en pratique limitée à ces deux rôles. Néanmoins, cette place pourrait être plus vaste et plus riche, avec des prises en charge en psychothérapie, la mise en place de suivis de patients ou une plus grande implication dans la vie institutionnelle. De plus, tout au long de l'analyse des verbatim on perçoit que tout un pan du savoir-faire du psychiatre reste insaisissable et indescriptible.

Enfin, nos résultats montrent que la douleur chronique est souvent perçue comme pouvant être une pathologie psychiatrique. Ce résultat nous semble à double tranchant. D'un côté il met en lumière l'aspect psychique de la douleur et l'importance de le prendre en charge, et d'un autre il peut être une forme de rejet de cet aspect, laissant le psychiatre s'en occuper et ainsi recloisonner la prise en charge. Le psychiatre aurait alors une grande charge de travail, avec des patients souvent difficiles et inquiétants sur le plan psychiatrique. La question de considérer certaines

douleurs chroniques comme des pathologies psychiatriques fait débat dans la littérature (Treede et al, 2019 ; Katz et al, 2015).

Plusieurs des médecins interviewés donnent des pistes de réflexion quant à l'implication du psychiatre dans la prise en charge des patients douloureux chroniques. D'abord, il faudrait plus de temps de psychiatres. La position particulière du psychiatre, à la fois médecin et « psychiste » ne peut être remplacée par l'association d'un médecin de la douleur et d'un psychologue. Au contraire, le psychiatre sert de pont entre les deux. Une autre proposition serait que le psychiatre coordonne la prise en charge du patient, tout comme le font les autres médecins de la douleur.

Conclusion

Tout au long de cette étude qualitative prospective, les entretiens ont fait resurgir que l'exercice médical en SDC est à l'image de certains patients douloureux chroniques : complexe, paradoxal et empreint de réflexivité. Les relations médecin-patient sont ainsi, peut-être plus que dans d'autres spécialités somatiques, teintées d'intersubjectivité.

Les médecins interrogés font ressortir une singularité du symptôme douleur et de sa prise en charge, obligeant à une approche globale et une interdisciplinarité. Ils ont insisté unanimement sur les intrications entre douleur chronique et psychiatrie, soulignant ainsi la nécessité de l'intervention d'un psychiatre.

Le premier rôle du psychiatre mis en valeur, est celui d'avis d'expert sur le diagnostic psychiatrique ainsi que sur la décision thérapeutique.

Le second rôle clairement établi est celui de rassurer et d'accompagner l'équipe dans la relation au patient. Le psychiatre apparaît compétent dans la compréhension du fonctionnement psychique et psychopathologique. Il a ainsi un rôle de transmission de sa connaissance mais également d'un savoir-être face au patient. Il peut se positionner en tant qu'interprète des différentes subjectivités du patient et de l'équipe soignante. Ce rôle est parfois donné aux psychologues, cependant, le psychiatre, en tant que médecin, fait également du lien entre le somatique et le psychique.

Cette dernière place reste à développer. Malheureusement, le temps de psychiatre dans les SDC étant insuffisamment pourvu, la prise en charge des patients et l'implication dans l'équipe restent limitées pour le psychiatre. Ainsi, mieux caractériser l'aspect « insaisissable » du savoir-faire du psychiatre reste un futur objet de recherche.

THÈSE SOUTENUE PAR : Marie Calet et Jérôme Bourgeois

TITRE :

PLACE DU PSYCHIATRE EN CENTRE DE DOULEUR CHRONIQUE : ETUDE QUALITATIVE SUR LES ATTENTES ET REPRESENTATIONS DES MEDECINS EXERCANT EN STRUCTURE SPECIALISEE EN ISERE ET EN SAVOIE

CONCLUSION :

Tout au long de cette étude qualitative prospective, les entretiens ont fait resurgir que l'exercice médical en SDC est à l'image de certains patients douloureux chroniques : complexe, paradoxal et empreint de réflexivité. Les relations médecin-patient sont ainsi, peut-être plus que dans d'autres spécialités somatiques, teintées d'intersubjectivité.

Les médecins interrogés font ressortir une singularité du symptôme douleur et de sa prise en charge, obligeant à une approche globale et une interdisciplinarité. Ils ont insisté unanimement sur les intrications entre douleur chronique et psychiatrie, soulignant ainsi la nécessité de l'intervention d'un psychiatre.

Le premier rôle du psychiatre mis en valeur, est celui d'avis d'expert sur le diagnostic psychiatrique ainsi que sur la décision thérapeutique.

Le second rôle clairement établi est celui de rassurer et d'accompagner l'équipe dans la relation au patient. Le psychiatre apparaît compétent dans la compréhension du fonctionnement psychique et psychopathologique. Il a ainsi un rôle de transmission de sa connaissance mais également d'un savoir-être face au patient. Il peut se positionner en tant qu'interprète des différentes subjectivités du patient et de l'équipe soignante. Ce rôle est parfois donné aux psychologues, cependant, le psychiatre, en tant que médecin, fait également du lien entre le somatique et le psychique.

Cette dernière place reste à développer. Malheureusement, le temps de psychiatre dans les SDC étant insuffisamment pourvu, la prise en charge des patients et l'implication dans l'équipe restent limitées pour le psychiatre. Ainsi, mieux caractériser l'aspect « insaisissable » du savoir-faire du psychiatre reste un futur objet de recherche

VU ET PERMIS D'IMPRIMER

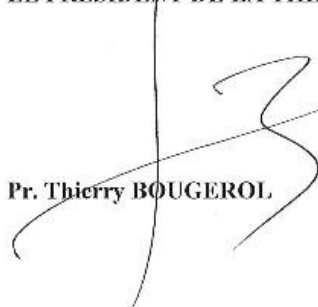
Grenoble, le : 17/09/20

LE DOYEN



Pour le Président
et Doyen
Le Doyen de Médecine
Pr. Patrice MORAND

LE PRÉSIDENT DE LA THÈSE



Pr. Thierry BOUGEROL

Bibliographie

1. Airagnes G, Tripodi D, Petit Le Manac'h A. Douleur chronique : la place du psychiatre. *Annales Médico-psychologiques, revue psychiatrique*. mars 2014;172(2):146-53.
2. Balon R, Morreale MK, Coverdale JH, Brenner A, Louie AK, Beresin EV, et al. The Role of Psychiatric Education in Pain Management. *Acad Psychiatry*. 2018;42(5):587-91.
3. Berquin A. Le modèle biopsychosocial : beaucoup plus qu'un supplément d'empathie. *Revue Médicale Suisse*. 2010;3.
4. Bertucci M-M. Place de la réflexivité dans les sciences humaines et sociales : quelques jalons. *Cahiers de sociolinguistique*. 2009;n° 14(1):43-55.
5. Bhugra D, Sartorius N, Fiorillo A, Evans-Lacko S, Ventriglio A, Hermans MHM, et al. EPA guidance on how to improve the image of psychiatry and of the psychiatrist. *Eur psychiatr*. mars 2015;30(3):423-30.
6. Bouckenaere D. La douleur chronique et la relation médecin-malade. *Cahiers de psychologie clinique*. 1 mars 2007;no 28(1):167-83.
7. Chang M-C, Chen P-F, Lung F-W. Personality disparity in chronic regional and widespread pain. *Psychiatry Research*. 1 août 2017;254:284-9.
8. Clark MR. Psychiatric issues in chronic pain. *Curr Psychiatry Rep*. juin 2009;11(3):243-50.
9. Cremades S. Le psychiatre de liaison : un interprète qui joue sa théorie. *Annales Médico-psychologiques, revue psychiatrique*. 1 sept 2005;163(7):604-6.
10. Davin S, Lapin B, Mijatovic D, Fox R, Benzel E, Stilphen M, et al. Comparative Effectiveness of an Interdisciplinary Pain Program for Chronic Low Back Pain, Compared to Physical Therapy Alone: *SPINE*. déc 2019;44(24):1715-22.
11. Edwards RR, Dworkin RH, Sullivan MD, Turk DC, Wasan AD. The Role of Psychosocial Processes in the Development and Maintenance of Chronic Pain. *J Pain*. 2016;17(9 Suppl):T70-92.
12. Engel G. The need for a new medical model: a challenge for biomedecine. *Science*. 8 avr 1977;
13. Gatchel RJ, McGeary DD, McGeary CA, Lippe B. Interdisciplinary chronic pain management: past, present, and future. *Am Psychol*. mars 2014;69(2):119-30.
14. Gedda M. Traduction française des lignes directrices COREQ pour l'écriture et la lecture des rapports de recherche qualitative. *Kinésithérapie, la Revue*. janv 2015;15(157):50-4.
15. Goesling J, Lin LA, Clauw DJ. Psychiatry and Pain Management: at the Intersection of Chronic Pain and Mental Health. *Curr Psychiatry Rep*. 5 mars 2018;20(2):12.

16. Gueran M, Lussiez. V. Intérêt de la concertation pluridisciplinaire entre un département d'évaluation de la douleur et les médecins du travail dans la prise en charge des salariés atteints de douleurs chroniques. *Archives des Maladies Professionnelles et de l'Environnement*. févr 2012;73(1):20-7.
17. Gustin SM, Burke LA, Peck CC, Murray GM, Henderson LA. Pain and Personality: Do Individuals with Different Forms of Chronic Pain Exhibit a Mutual Personality? *Pain Practice*. 2016;16(4):486-94.
18. Haute Autorité de Santé. Douleur chronique : reconnaître le syndrome douloureux chronique, l'évaluer et orienter le patient [Internet]. 2008. Disponible sur: https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2009-01/douleur_chronique_synthese.pdf
19. Haute Autorité de Santé. Douleur chronique : aspects organisationnels, argumentaire. 2009.
20. Hudelson P. La recherche qualitative en médecine de premier recours. *Revue Médicale Suisse* [Internet]. 22 sept 2004 [cité 10 sept 2020];0. 24011(2497). Disponible sur: <https://www.revmed.ch/RMS/2004/RMS-2497/24011>
21. Hylands-White N, Duarte RV, Raphael JH. An overview of treatment approaches for chronic pain management. *Rheumatol Int*. 1 janv 2017;37(1):29-42.
22. IsHak WW, Wen RY, Naghdechi L, Vanle B, Dang J, Knosp M, et al. Pain and Depression: A Systematic Review. *Harvard Review of Psychiatry*. 2018;26(6):352-63.
23. Johnson BN, Lumley MA, Cheavens JS, McKernan LC. Exploring the links among borderline personality disorder symptoms, trauma, and pain in patients with chronic pain disorders. *Journal of Psychosomatic Research*. 1 août 2020;135:110164.
24. Katz J, Rosenbloom BN, Fashler S. Chronic Pain, Psychopathology, and DSM-5 Somatic Symptom Disorder. *Can J Psychiatry*. avr 2015;60(4):160-7.
25. Kind S, Otis JD. The Interaction Between Chronic Pain and PTSD. *Curr Pain Headache Rep*. déc 2019;23(12):91.
26. Kivits J, Balard F, Fournier C, Winance M. Les recherches qualitatives en santé [Internet]. Armand Colin. 2016 [cité 10 sept 2020]. 330 p. (U). Disponible sur: <https://www.cairn.info/les-recherches-qualitatives-en-sante--9782200611897.htm>
27. Klein J. Chronic Pain, Psychopathology, and DSM-5 Somatic Symptom Disorder. *Can J Psychiatry*. nov 2015;60(11):528.
28. Kohrt BA, Griffith JL, Patel V. Chronic pain and mental health: integrated solutions for global problems. *Pain*. sept 2018;159(Suppl 1):S85-90.
29. Landreau C. Les psychiatres et les psychologues vus par les étudiants en psychologie et les internes en psychiatrie. *L'information psychiatrique*. 4 nov 2016;Volume 92(8):687-92.
30. Le Breton D. Douleur, psychanalyse, anthropologie. *In Analysis*. 1 févr 2017;1(1):61-5.

31. Marshall C, Medves J, Docherty D, Paterson M. Interprofessional jargon: How is it exclusionary? Cultural determinants of language use in health care practice. *Journal of Interprofessional Care*. 1 nov 2011;25(6):452-3.
32. Martucelli D. *Grammaires de l'individu*. Gallimard. 2002. 720 p.
33. Ministère de la santé, de la famille et des personnes handicapées. Organisation de la prise en charge de la douleur: repères pour les décideurs. In 2002.
34. Morin E. La stratégie de reliance pour l'intelligence de la complexité. *Revue internationale de systémique*. 1995;9(2):105-22.
35. Musalek M. From Evidence-based Medicine to Human-based Medicine in Psychosomatics. *Acta Derm Venerol*. 2014;0.
36. Peppin JF, Cheatle MD, Kirsh KL, McCarberg BH. The Complexity Model: A Novel Approach to Improve Chronic Pain Care. *Pain Med*. 1 avr 2015;16(4):653-66.
37. Racamier P-C. Les paradoxes des schizophrènes. *Revue Française de Psychanalyse*. 1978;42(5-6):946-56.
38. Racine M. Chronic pain and suicide risk: A comprehensive review. *Progress in Neuro-Psychopharmacology and Biological Psychiatry*. déc 2018;87:269-80.
39. Reid MC, Eccleston C, Pillemer K. Management of chronic pain in older adults. *BMJ* [Internet]. 13 févr 2015 [cité 7 sept 2020];350. Disponible sur: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4707527/>
40. Robin B, Nizard J, Houart C, Gélugne F, Bocher R, Lajat Y. Place du psychiatre dans un Centre de Traitement de la Douleur: Intégration de la «lésion psychique douloureuse». *Doul et Analg*. sept 2003;16(3):161-7.
41. Treede R-D, Rief W, Barke A, Aziz Q, Bennett MI, Benoliel R, et al. Chronic pain as a symptom or a disease: the IASP Classification of Chronic Pain for the International Classification of Diseases (ICD-11). *PAIN*. janv 2019;160(1):19-27.
42. Wade DT, Halligan PW. The biopsychosocial model of illness: a model whose time has come. *Clin Rehabil*. 1 août 2017;31(8):995-1004.

Annexes

Annexe 1 : E-mail de recrutement

Madame, Monsieur,

Je suis interne en 7^{ième} semestre de DES de psychiatrie à Grenoble. Je me permets de vous contacter pour mon projet de thèse qui concerne le vécu et les attentes dans la prise en charge psychiatrique des patients avec douleurs chroniques.

Ce projet consiste en une étude qualitative visant à recueillir les ressentis, les attentes ou les difficultés potentielles, vis-à-vis des manifestations psychiques, des soignants travaillant en centre de la douleur. Il serait réalisé grâce à des entretiens semi-dirigés auprès des médecins de ces structures.

Les entretiens dureront entre 30 et 45 minutes, le son sera enregistré pour permettre la retranscription anonymisée de l'intégralité de la discussion. Je ferai de mon mieux pour faciliter le passage de ces entretiens.

Je souhaiterais savoir si vous seriez intéressé pour participer à ce projet de recherche.

Si tel est le cas je me tiens à votre disposition pour vous communiquer de plus amples informations concernant ce projet de recherche, et nous pourrions convenir d'un rendez-vous pour un entretien.

Très cordialement,

Jérôme Bourgeois

Annexe 2 : Guide d'entretien individuel

<p>PLACE DU PSYCHIATRE EN CENTRE DE LA DOULEUR ETUDE QUALITATIVE SUR LES ATTENTES ET REPRESENTATIONS DES MEDECINS EXERCANT EN STRUCTURE SPECIALISEE EN ISERE ET EN SAVOIE</p>

Guide des entretiens individuels :

- 1) Pouvez-vous me raconter votre premier jour en service de douleur chronique ?

- 2) A quoi pensez-vous en entendant psychiatrie et douleur chronique ?

- 3) Quelles différences faites-vous entre psychologue et psychiatre ?

- 4) Selon vous, quel est le rôle du psychiatre dans la prise en charge des patients douloureux chroniques ?

- 5) Dans quelles situations avez-vous recours à un avis psychiatrique ? Avez-vous un exemple ?

- 6) Qu'attendez-vous du psychiatre ?

- Une dernière remarque ?

Annexe 3 : Guide d'entretien de focus groupe

<p>PLACE DU PSYCHIATRE EN CENTRE DE LA DOULEUR ETUDE QUALITATIVE SUR LES ATTENTES ET REPRESENTATIONS DES MEDECINS EXERCANT EN STRUCTURE SPECIALISEE EN ISERE ET EN SAVOIE</p>

Guide d'entretien en focus group :

- 1) A quoi pensez-vous en entendant psychiatrie et douleur chronique ?

 - 2) Selon vous, quel est le rôle du psychiatre dans la prise en charge des patients douloureux chroniques ? Avez-vous un exemple de situation où vous avez recours à un avis psychiatrique ? Qu'en attendiez-vous ?

 - 3) Quelles différences faites-vous entre psychologue et psychiatre ?

 - 4) Quelles sont les différences entre un psychiatre au sein du centre et un psychiatre en libéral ?

 - 5) Quels seraient les freins à la consultation psychiatrique ?
- Une dernière remarque ?

Annexe 4 : Verbatim

Entretien M1

R : Est-ce que vous pouvez me raconter votre première journée en service de douleur chronique ?

M1 : Il y a très très longtemps donc ?

R : Ben...

M1 : Ouais, je peux vous donner la date parce qu'elle m'a marqué. C'était en [année], humm oui, c'est peut-être même en... oui c'était en [année] peu importe dans le service de [Nom de médecin] à [lieu], exactement [lieu]. Euh... alors c'est intéressant parce que cette première journée, c'était le contact avec les consultations douleurs et un homme particulier, c'est-à-dire un somaticien pur jus, anesthésiste, spécialiste de la douleur chez le grand brûlé, un homme qui a ...bon... fils de [nom de médecin], anatomiste et qui avait une vision euh... en fait euh... peut-être je dirais, bimodale du corps humain. C'est-à-dire il y a bien un esprit, et il y a bien un corps. Les deux sont en interaction mais cette interaction elle quand même un petit peu on va dire alors en interaction réciproque bien évidemment mais c'est assez simple. Quand le cerveau souffre ça fait souffrir le corps, ou du moins ça augmente la souffrance du corps quand le corps souffre. Et quand le corps souffre ça induit une souffrance du cerveau, c'est-à-dire en gros un douloureux chronique est souvent dépressif. Et quelqu'un qui est dépressif et qui a une douleur corporelle aura tendance à plus la sentir. On pourrait dire que le résumé c'est ça. C'est la première prise de position, oui, la première prise de position, c'est plutôt la prise de conscience de comment on me présentait la dualité corps esprit, leurs interactions et en même temps le côté bimodal quelque part de l'être humain qui arrivait avec ces deux aspects. Mais ça restait deux aspects c'est-à-dire qu'on était bien sur deux facettes. Une facette somatique et une facette psychique, et que quand la facette psychique n'allait pas, il fallait quand même montrer au psychiatre. Voilà, c'est ça ma première consultation douleur chronique, en 95, 94.

R : D'accord, et du coup quand on montrait au psychiatre, qu'est ce qui se passait ?

M1 : Alors, c'est intéressant parce que le retour du psychiatre j'ai rarement eu à ce moment-là dans la mesure où les gens étaient pratiquement tous refusant. Quand on disait aux gens faut aller voir le psychiatre, un certain nombre disait « ben non je pense que ça sert à rien ». Et puis ce qui se passe c'est aussi le fait que, ben, quand le psychiatre voyait les gens, si les gens étaient murés, il en ressort pas grand-chose et puis le psychiatre dit écoutez ben voilà on se reverra peut-être une prochaine fois, puis le patient qui revenait « ben le psy a dit que ça allait bien, j'avais rien à lui dire et il avait rien à me dire », donc en gros si nous n'avons rien à nous dire, c'est que tout va bien. En gros pendant 10 ans peut-être même 15 ans le retour très classique du douloureux chronique chez le psychiatre envoyé de façon très simple et habituelle dans cette filière le somaticien voit d'abord et envoie chez le psychiatre quand pense qu'il y a problème, quel que soit le type de problème, le retour c'est « ben finalement il a dit que j'avais rien ». C'est nan, c'est pas caricatural c'est exactement comme ça que ça se passait. Et puis ça a changé il y a à peu près 10, 12 ans, voilà il y a eu un changement. Il y a un changement qui est lié à pas mal de choses mais on continue avec vos questions.

R : Oui, qu'est ce qui s'est passé du coup il y a ...

M1 : ... Ben, moi je pense, et ça sera intéressant de la rediscuter avec Bernard et l'autre personne qui vous accompagne, en fait je pense que la souffrance sociale ou sociétale plus largement s'est accentuée. Le recours au non médical et devenu plus florissant et dans le non médical, il y a l'alternatif, il y a les plantes il y a les bols tibétains il y a la méditation, complémentaire en fait la méditation c'est de l'alternatif, il y a l'ostéopathie pour un certain nombre alternatif ou d'autres complémentaire et de là on amène à penser finalement les choses de façon plus globale. Et quelque part, quelque part ça nous a aidé pour que les gens eux-mêmes considère leur situation comme devant être vu globalement par eux comme par nous parce qu'eux finalement bah quand il allait chez l'ostéopathe, chez euh... Pour les bols tibétains bah quelque part on leur parlait de tout en même temps, on leur parler d'une globalité. Donc ils ont eu part d'autres que nous la légitimité d'être perçu comme des individus dans leur unicité et, mais alors par forcément dans leur individualité, c'est ça qui me fait rigoler. Ils attendent souvent un truc miraculeux quand ils vont dans l'alternatif. Et justement on les prend un petit peu pour des nigauds parce que là euh l'individualité elle est travaillée par des gens qui soit bac moins 2, soit bac plus 2 mais rien à voir avec la psychopathologie, enfin ils ne sont jamais passés par les universités ou des formations reconnues ou agréées qui leur permettrait de comprendre comment fonctionne le psychisme de l'humain. Donc ça c'est la petite parenthèse mais en gros, après, ça a changé à cause de ça. Et deuxième élément qui a beaucoup changé quand on a mis en place notre consultation ici, on a mis en place la consultation infirmière au même titre que la consultation médicale. Et on s'est aperçu, évidemment on avait donc d'emblée une psychologue. La psychologue on invitait les gens à la rencontrer quand on estimait qu'il y avait soutien ou un besoin d'évaluation ou l'un ou l'autre ou les deux. Et beaucoup refusait évidemment en disant « non non ça ne m'intéresse pas ». Et le passage par l'infirmière a été le moyen de validé auprès des gens le recours ou du moins le passage devant le psychologue. C'est-à-dire qu'il y

avait une médiation faite à un moment donné et bah c'est marrant parce que c'est pseudo-paradoxal pour moi. L'infirmière c'est la spécialiste des soins qui touchent, l'est l'infirmière qui fait des soins... ET notre infirmière à nous elle ne touche pas. Elle parle, elle discute, mais qu'est-ce qu'elle a ? Elle est maternante. C'est une femme, elle est... c'est [prénom] que vous avez vu là... elle est un petit peu enveloppée, elle est douce, elle est pas comme moi, elle est... Et là les gens se livrent. Et c'est là qu'on apprend ce qu'on n'apprend pas. Ce qu'on n'apprend pas parce que les gens ne vont pas dire au médecin « bah écoutez j'ai été violée quand j'avais 4 ans, ou quand j'avais 10 ans, ou pendant euh... 10 ans, j'ai eu un harcèlement par mon employeur etc... ils le disent à un moment où on parle d'autre chose, où on amène autre chose. L'hypnose ça les aide à ça. Le travail de digipuncture ça les amène à ça. Et l'infirmière fait quand même sur les conditions de vie, les conditions de précarité éventuelles etc. Et donc il s'instaure un dialogue. Puis encore une fois c'est une femme maternante. Et ce dialogue fait que lorsque ça surgit, l'infirmière prend la balle au bond disant « il y a des espaces pour ça », et là la psychologue intervient. Et ça, ça nous a changés la vie. Donc je pense que l'évolution sociétale, la dureté de la société avec les gens qui ont de plus en plus le sentiment qu'il y a une souffrance psychique qui accompagne la souffrance corporelle ou qui ne l'accompagne pas mais qui est là en tout cas. D'une part, d'autre part le recours *larga manu* à... ce qu'on voit avec Christophe André qui parle, de voilà, de méditation euh... de prendre soin de soi etc et puis l'EMDR qui a fait euh... donc les gens ont un peu bougé. Et en même temps cette construction chez nous qui fait que le recours le recours est beaucoup plus facile aujourd'hui. Voilà ce qui a changé.

R : Ok, et ça a changé quoi du coup que les gens aillent voir plus la psychologue ?

M1 : On les connaît mieux

R : Ouais...

M1 : On les accompagne mieux. Ils ont plus d'outils pour évoluer, ils ont plus de probabilité d'évoluer. Parce que... Bon [nom de médecin] ne va pas déflorer ça évidemment enfin... il va pas contredire ça pardon... Mais l'essentielle dans la douleur chronique c'est de construire un nouveau projet de vie. C'est pas le traitement de la douleur dont il s'agit. C'est de quel projet de vie s'agit-il ? C'est de quel changement intime en moi, pour un nouveau projet de MOI, je construis à l'aide de tous ces gens qui sont autour de moi. C'est comme ça que je l'entends moi. Le sujet construit son projet. Nous on l'aide à construire son projet. Certainement à l'améliorer de sa douleur. On va l'améliorer sa qualité de vie parce qu'il va se construire un nouveau projet. Et dans ce projet, bah oui, toutes les représentations toutes les légitimations par la douleur d'un certain nombre d'autres problèmes. Toutes les somatisations entre guillemets avec le grand mot que veut dire « somatisation » c'est-à-dire tout et rien et puis surtout toutes les problématiques de déplacement de symptômes etc. hein. Et au-delà toute la problématique donc j'ai écrit un article je vous l'enverrai si vous voulez sur ce que... sur la douleur chronique en tant qu'aliénation sociale : la société, aujourd'hui, fabrique du douloureux chronique ; autant par la iatrogénie, que par les contraintes que les problématiques identitaires que par la légitimation de la douleur ; qui nécessitent une prise en charge. Et donc ce nouveau paradigme c'est un paradigme qui est mais... c'est le paradigme qui offre la douleur chronique comme une porte de sortie identitaire. Et là vous verrez dans l'article que je vous enverrai que j'ai relu hier, c'est pour ça que je m'en souviens bien mais là je fais quelque-chose qui est très socio-anthropologique c'est-à-dire dans le sens il y a un événement il y a une rencontre avec un événement et il y a un retravail identitaire au regard de l'événement. Chez des gens qui sont soumis à un certain nombre de choses, des pertes d'autonomie liées à l'événement... ou pas ! On peut légitimer une problématique qui n'a rien à voir avec l'événement. Parce que l'événement est là. C'est une belle accroche. Donc on est même plus dans le schéma très classique qui était valable hein. Une épine irritative somatique locale sur laquelle se greffe toute une psychopathologie ou une construction. On est sûr : il y a un événement, il y a un individu, la rencontre entre les deux elle est historique puisque c'est à un moment donné de sa vie et elle construit la nouvelle identité. Et donc on sort ces gens, puisque la nouvelle identité elle est bâtie autour de la plainte douloureuse chronique. Donc il faut une autre identité qui est construite autour d'autre chose. Voilà. Bon alors après je ne vous cache pas que j'ai bien bouquiné dans le domaine de la psychopathie donc je ne suis pas très... je ne suis pas un... comment dire ? Je ne suis pas vierge hein. Bon puis je suis un bon copain de [nom de médecin]. On a déjà travaillé ensemble donc voilà c'est quelque chose qui m'intéresse beaucoup. C'est un élément sur lequel je suis assez, assez ouvert et sensible. Voilà, donc pourquoi ça a changé.

R : Et donc là-dedans, à votre avis, le psychiatre il a un rôle particulier ou est-ce qu'il pourrait être à la même enseigne que médecin de la douleur chronique plus « classique » ?

M1 : Alors, il y a déjà deux choses. Il y a le psychiatre ou la psychologue. Voilà

R : Oui

M1 : Pour moi il y a une petite différence, elle est pas énorme, mais il y en a une.

R : Ouais

M1 : Euh, après pour la majorité des gens c'est une très grosse différence administrativement. Il y en a un c'est toubib qui prescrit, qui diagnostique, qui prend en charge, et qui a toute la légitimité de la faire. L'autre c'est rien ! Un psychologue en France c'est rien, c'est zéro. Voilà, bon. Donc on va oublier ça et on se remettre dans le... Donc la différence elle est effectivement celle de pouvoir faire des diagnostics médicaux pour les psychiatres.

R : Ouais

M1 : La clinicienne elle fait des diagnostics... La psychologue clinicienne, ou le psychologue clinicien, font des diagnostics psychopathologiques. Donc c'est pas la même chose

R : Ouais

M1 : Voilà. Deuxièmement, il y a une connaissance du corps. Le psychiatre a quand même une connaissance du corps, il est passé par la fac. Et donc euh quand on parle de pathologie il peut se représenter la pathologie dans le sens la personne qui en parle le dit, alors que la psychologue clinicienne ne peut pas se le représenter autrement que par l'image qu'elle a elle de cela. Je peux même pas lui renvoyer cette image parce qu'elle ne peut même pas l'imaginer. Si je lui dis « ben voilà, elle a un dolichocôlon » ... je lui explique « tu sais c'est un colon un peu long qui est enroulé » En fait c'est pas ça le dolichocôlon. C'est la résultante d'une putain de colopathie fonctionnelle qui turbine quoi, voilà ! Mais ça on le sait quand on est médecin, on ne le sait pas quand on est psychologue. Donc il y a déjà cette différence. La deuxième différence, c'est une différence aussi je pense euh... Du fait qu'on est sur un espace de travail essentiellement verbal avec la psychologue. On est sur un espace de travail qui est verbal évidemment avec le psychiatre en tout cas s'il le souhaite. Mais qui n'empêche pas la prescription d'un antalgique à un moment donné. Qui n'empêche pas la prescription d'un antidépresseur, d'un anxiolytique. Ce qui en aucune manière sera l'outil de la psychologue clinicienne. Voilà. Alors après les attentes des patients s'ils savent que c'est le psychiatre et pas le psychologue sont effectivement très très liées à la place hein euh... la très légitime place administrative ou en tout cas de métier euh... du psychologue ou du psychiatre. Il y a aussi autre chose. Pour moi, médecin « somaticien » comme moi [spécialité médicale], consultant de la douleur ou psychiatre consultant de la douleur, ça n'a aucune importance. C'est-à-dire qu'en fait, il y a un médecin qui va faire la consultation de la douleur. Ça peut être un généraliste, un spécialiste, dont un psychiatre, ou un neurologue. Mais donc je ne fais pas du tout de différence. D'accord ? Surtout que j'ai un copain, j'étais ce week-end avec un copain, [nom de médecin]. Vous le connaissez [nom de médecin] ?

R : J'ai lu des articles de lui oui.

M1 : Voilà, [prénom] est typiquement un psychiatre qui consulte. Mais qui consulte de tout. Bah c'est un spécialiste de la douleur voilà. Et je dirai que quand ce spécialiste de la douleur fait ce boulot-là. C'est-à-dire que si c'est un psychiatre qui fait les consultations douleur, alors c'est pas lui qui va suivre sur le plan psychopathologique les gens. Il faut que ce soit quelqu'un d'autre. Parce que le médecin de la douleur, c'est quelqu'un qui coordonne, qui résume, qui explique et qui est une référence. Et on ne doit pas l'assigner à une spécialité. Parce que c'est autre chose qui se passe. On retombe soit dans l'organe, soit dans la compétence. Or en douleur chronique c'est ni de l'organe ni de la compétence. Voilà, c'est vraiment un travail transdisciplinaire, une vision très globale, intégrative etc. donc oui le psychiatre mais s'il consulte pour des douloureux chroniques il ne deviendra pas le psychiatre du douloureux chronique. Il laissera ça au psychologue. Particularité de [nom de médecin], puisqu'on parle de [nom de médecin]. [Nom de médecin] est à la croisée des chemins. [Nom de médecin] il est dans une situation et surtout dans un contexte unique qu'il a lui-même créé. Alors il est pas psychiatre mais il est docteur en psychologie.

R : Oui

M1 : Bon alors c'est pas n'importe quelle fac, c'est pas [lieu], c'est [lieu]. Evidemment c'est [nom de professeur] Donc c'est du [lieu] quoi hein. C'est Freud quoi, c'est de la psychanalyse pure et dure quoi. Et puis bon c'est une super fac quoi, avec tous les gens qu'il y a là-bas.

R : Ouais ouais ouais.

M1 : Et là, dans sa consultation il assorti sa connaissance, notamment pour un lombalgique chronique puisque c'est essentiellement là-dessus qu'il travaille, sa connaissance de l'appareil musculosquelettique, sa connaissance de la rééducation de cet appareil il l'assorti, ou du moins, il la mixe avec sa connaissance, évidemment, de la psychopathologie. Et donc, il a, je vais dire, une prise en charge intégrée. Mais qui est très spécifique à ces deux spécialités, celle de rhumatologue et celle de docteur en psychologie ou psychologue clinicien, Voilà. C'est, voilà,

mais dans certains cas effectivement on a une situation unique, bah c'est la sienne. Et lui il est pas superposable à qui que ce soit, certainement pas Éric Serra.

R : D'accord, ok.

M1 : Donc ce qu'il a construit c'est à lui, il n'y a que lui qui peut le faire.

R : Et donc vous adressez à des psychiatres ?

M1 : Non.

R : Jamais ?

M1 : J'adresse à des psychiatres ? Oui en ville, c'est pas vrai je dis non c'est faux. Là par exemple je travaille avec des psychiatres, avec deux psychiatres mais surtout un. Quand je peux parce qu'il est surchargé. Oui j'oriente certaines choses. Certains psychiatres quand j'ai vraiment... Alors, moi je suis médecin, je suis neurologue en plus, donc je suis un petit peu... bon, les diagnostics de troubles euh... psychopatho, psychiatriques, je les fais.

R : Ouais

M1 : Mon copain médecin généraliste il en faut un certain nombre mais il en fait moins que moi. Mais il y a des moments ou par exemple bon, faire un diagnostic d'anxiété généralisée, ou éventuellement de psychose etc., j'ai... bon j'ai 30 ans expériences je commence à avoir le pif. Là j'envoie un avis. Et j'envoie mon avis initial au psychiatre. Et je demande à [nom de psychiatre] qui est à Saint-Egrève ou à, éventuellement je demande, alors de temps en temps... mais... les psychiatres libéraux ils n'écrivent pas de courriers. [Prénom] il appelle. [Prénom] il appelle et de temps en temps il écrit. Euh j'envoie à [nom de psychiatre] à Voiron. J'envoie pas au CHU. Je n'envoie pas...

R : ... Au CHU à la consultation ...

M1 : ...Non j'envoie pas au CHU en psychiatrie.

R : En psychiatrie oui.

M1 : Et ici on n'a pas de psychiatre, on a un psychiatre de liaison. Donc de temps en temps on lui demande, [nom]. On lui demande son avis, elle nous aide. Et ça c'est très très bien. Mais c'est rare. On lui demande son avis quand on a une urgence vraiment. Moi j'ai eu deux trois urgences suicidaires où j'ai demandé son avis.

R : D'accord.

M1 : D'ailleurs il y en a une qui a atterri aux urgences, elle l'a vue, elle m'a contacté. Et voilà, les urgences suicidaires, les trucs bien lourds, là je lui demande de voir les gens rapidement. Alors elle les prend en consultations comme une psychiatre d'hôpital alors qu'elle est psychiatre de liaison et qu'elle n'a pas à faire ça mais elle le fait quand même parce que ça fait partie de ce qu'elle estime juste.

R : Ok donc c'est de l'urgence psychiatrique « pure »

M1 : Oui oui, c'est des risques d'autolyse oui, bien sûr.

R : C'est pas pour des avis...

M1 : ...non...

R : ...thérapeutiques ou diagnostiques ?

M1 : Non non les avis thérapeutiques ou diagnostiques. Alors les avis thérapeutique... c'est surtout des avis diagnostiques hein. Bon par exemple, là j'ai un type... typiquement ce matin j'ai reçu un gars qui est arrivé dans un état d'excitation, qui était un état d'excitation, pfff, où on commençait à rentrer dans quelques délires, dans quelques... ET à l'issue d'une prescription de morphiniques mais également d'une... d'une perte d'équilibre je dirais globale... donc ce type il est très probablement avec un, il y a un fond derrière, il y a quelque chose. Je lui ai juste donné du Solian®, ça l'a transformé. Donc voilà en fait il est complètement équilibré, il va très très bien, il va beaucoup il dort beaucoup mieux. Mais c'est moi qui fais la prescription, je n'ai pas eu besoin d'un psychiatre.

R : Ok

M1 : Mais ça c'est 25 ans, 30 ans d'expérience Voilà. Et par contre il y a des moments où je dis « bah là ça va pas » et puis je dis « ben non ce mec il est psychotique c'est pas possible ». Mais beaucoup de psychotique de toute façon refuse d'aller chez le psychiatre. Le plus bel exemple, on a travaillé avec une psychiatre qui est maintenant à la retraite, on l'a hospitalisée cette personne pour une douleur testiculaire. Très rapidement bon, j'avais cette impression qu'on était sur un truc qui était complètement ailleurs quoi, et j'ai compris le jour où il est

venu et où il m'a dit « ouais, j'en ai marre, mon patron m'a engueulé, je lui ai cassé la gueule » Je dis « putain, ben ça y est c'est bon quoi ». Et on l'a mis sous... bon il était bourré de morphine, donc j'ai stabilisé sa morphine, je l'ai mis sous Rivotril® et je sais plus quel neuroleptique.... Transformé. Plus de plainte douloureuse, sa femme est venue me dire merci parce qu'il avait changé, il engueulait plus tout le monde. Il était plus bizarre.

R : D'accord. Et est-ce vous avez l'impression qu'il y a une grosse part de votre...

M1 : ...psychiatrique ? Non...

R : ...ou psychique ?

M1 : Psychique oui, psychique c'est... La souffrance psychique c'est tous les douloureux chroniques. Alors après, qui a fait l'œuf qui a fait la poule on sait que ça n'a pas de sens. Mais, bon, on a beaucoup chez les douloureux chroniques des gens qui ont subi des maltraitements dans l'enfance. Quel qu'en soit le style. La deuxième chose, on a beaucoup de gens qui sont des immatures et qui ont été un peu laissés pour compte qu'ils ont réussi à s'équilibrer et il arrive un petit incident social, affectif et tout et puis POUAH, ou alors un incident somatique à la con hein... voilà. On a aussi tous les gens qui sont dans des situations je dirais d'excès. Alors on a tous les hyperactifs qui deviennent des fibromyalgiques quand ils se cassent la gueule. On a tous les anxieux qui ne se sont jamais sentis anxieux mais qui sont des hypervigilants, qui dorment 5 heures par nuit, qui sont hyperactifs. Alors c'est pas des hyperactivités de compensation, c'est tout simplement... c'est... on est vraiment sûr des gens qui ont vraiment un besoin impérieux, qui de toutes façons restent hypervigilants, même bourrés de médocs restent hypervigilants, hyperadrénérghiques donc ils fonctionnent avec un neurovégétatif qui est comme ça. Parce que souvent quand on me parle, moi, d'hyperactivité compensatoire je dis « oui » mais ils ne sont pas tous comme ça. J'ai des gens que je n'arrive pas à stopper, ils sont réglés comme ça depuis le début. Et ça c'est un réglage en partie génétique.

R : Ok

M1 : Ouais. Ça je mets ma main au feu. Et ça je pense que j'en connais plus que les psychiatres là-dessus. Puisqu'à force, on a des typologies de gens. Et c'est incroyable. Et ces gens d'ailleurs sont souvent des gens qui sont en abus médicamenteux, mais pas en addiction et pas en dépendance. Ils sont en abus d'usage mais ils ne sont pas dépendants. C'est-à-dire qu'ils ont un comportement d'abus qu'on peut stopper. Ils ne deviennent dépendants que lorsque les produits qu'on leur donne sont des produits fortement addictogènes. Et en particulier les morphiniques. Mais ce n'est pas toujours le cas. Là, il faut se méfier de la morphine chez eux. Après c'est une question de flair, lié à l'expérience au bon sens, à la bouteille etc.

R : Et du coup ces typologies types, vous auriez un exemple ?

M1 : Oui ! Le lombalgique, 1.90m, 90kg, super musclé. Qui a été jusqu'en BEP, qui est un immature complet et puis qui vient à l'âge de 40 ans avec sa mère en consult' Fameux ça, c'est extraordinaire. Quand je les vois arriver j'ai envie d'avoir un grand sourire « bonjour » « bonjour » puis la mère parle à sa place quoi, voilà on en dans l'immaturité la plus complète avec une couverture maternelle totalement englobante pour ne pas dire... pas envahissante mais voilà en gros « t'es à l'intérieur mon fils, tu ne sors surtout pas hein » tu vois ? Voilà c'est un exemple. L'autre exemple ben voilà typiquement c'est l'anxieux. C'est-à-dire la personne qui a toujours été anxieuse qui n'a jamais connu en quelques sortes de répit. Qui a pas eu la chance de...soit d'avoir un accompagnement familial, ou professionnel ou médical qui l'amenait à prendre conscience de son anxiété, et qui sont des gens qui sont vite débordés par la crainte qu'un incident qui fait mal devienne quelque-chose de dramatique pour leur vie etc., et puis finalement ça devient quelque-chose de dramatique ne serait-ce que parce qu'on y pense. Le drame c'est d'y penser. Donc voilà c'est ça. Alors il y a ça c'est un profil fréquent. Il y a un autre profil qui est pas mal, qui est on va dire construit, c'est-à-dire c'est une construction sociale. Et là on revient pas sur ce que je disais par rapport à l'aliénation sociale. C'est-à-dire c'est quelqu'un qui n'est pas satisfait, quelle que soit sa raison. En général on est à 30 ou 40 ans là, et il va trouver des tas de bénéfices à sa situation de douloureux chronique. Mais en même temps il a pris plein la gueule et il le sait. Exemple, il avait mal au dos, il est un peu opératoire comme beaucoup d'entre nous, il va voir un chirurgien qui lui dit « bien sûr, je vais vous résoudre ça ». Il l'opère. Puis quand il sort pendant 3 mois évidemment il a plus mal au dos. Et quand il revient dans le milieu naturel et surtout quand il revient à la réalité réelle, ou en dehors de l'effet placebo, de l'effet de l'anesthésie, de l'effet du repos post opératoire etc... Bah il a à nouveau mal au dos ! Et là, ben... voilà... donc ils sentent qu'ils sont les jouets de quelque-chose, ils sont insatisfaits de leur vie donc ils sont... ils en veulent à la société donc ils font payer un peu la société. Mais en même temps ils sont... c'est légitime... c'est-à-dire qu'en gros ils ont été quand même des victimes. Donc on est dans cette situation qui est celle du gilet jaune. Nous on a les gilets jaunes depuis 20 ans déjà hein... C'est-à-dire que c'est pas la bonne façon de gueuler. Mais ils ont raison de gueuler, hein.

R : Rire

M1 : Hein, c'est pour vous ça, c'est une découverte d'aujourd'hui, le gilet jaune. « Tient, c'est vrai, ça fait 20 ans qu'on a les gilets jaunes de la douleur, nous ouais c'est ça. Voilà, ça c'est une typologie fréquente, ah putain, ça c'est... Après on a les typologies culturelles. Le turc, qui ne supporte pas la douleur, c'est comme ça chez eux

hein... c'est soit « tu la supportes et tu la fermes », auquel cas t'es dans un contexte turc, si tu as mal et que tu as des obligations parce qu'il faut ramener du fric à la maison etc, faut frimer, faut flamber puis faut... à la maison t'as pas le droit le dire que t'es pas bon... Ben à un moment donné c'est 'ben je ne veux pas avoir mal ». Mais c'est zéro douleur. Donc les migraineux, les lombalgiques. Et alors tout accident de travail... Et c'est marrant parce qu'un accident de travail chez les trucs ne provoque pas du tout la même qu'un accident de travail chez un magrébin, chez un ... alors le pire c'est le portugais... oh putain... Parce que la vie s'arrête, la vie s'arrête, ils sont victimes totales. C'est-à-dire le portugais, alors le portugais pas de trente ou de quarante ans, le portugais qui est de première génération hors Portugal.

R : D'accord.

M1 : Il est... il est lombalgique, il a eu un accident, et là tout s'arrête, tout... donc il est accident de travail prolongé, il est en accident de travail... il est... les médicaments ne font pas grand-chose il a beaucoup d'effets secondaires et puis en même temps il ne comprend pas pourquoi il n'a pas la... L'invalidité catégorie 2... ça c'est énorme. Les plus gros demandeurs d'invalidité aujourd'hui sont les magrébins et les portugais. Mais c'est 90% d'entre eux. Alors c'est culturel, très clairement culturel. Et quand on arrive à 30 ans, donc deuxième ou troisième génération ça change. C'est-à-dire que la culture n'est plus ancrée de la même façon.

R : Et du coup comment vous faites avec ces gens pour qui tout s'arrête ?

M1 : Je vous le dis ?

R : Ben... oui !

M1 : Alors, ça serait bien que [prénom] l'entende donc enregistrez le c'est bien. Pour moi, il y a plusieurs sortes de patients douloureux chroniques qui viennent me voir en consultation d'évaluation initiale. Il y a celui qui a déjà fait le tour des popotes. A moins d'une erreur des copains, ce qui peut arriver, ou d'un oubli. Alors étant spécialiste des céphalées, on en voit des oublis, il y a parfois des trucs... Bon... Ces gens-là ils ont fait le tour des popotes, c'est que, ils mettent en échec et que de toute façon... Donc il faut savoir où ça merde un peu. Parce que des fois ils ont fait juste le tour d'une ou deux consultations et ils sont tombés sur des somaticiens bien carrés ou sur des fois des consultations ou les gens n'avaient pas le temps ou n'avaient le... peu importe. Puis ça n'a pas fritté... enfin ça n'a pas fité pardon. Donc résultat ils sont partis, ils ont été sur une autre consultation. Mais celui qui a fait le tour des popotes qui n'a jamais été soulagé et qui vous dit « vous êtes ma dernière chance », celui-là on lui dit « en effet, j'étais votre dernière chance ». C'est-à-dire qu'il faut bien lui faire comprendre qu'il ne ressortira rien de cette consultation s'ils se présentent comme ça. Donc ces gens-là on les a une consultation et on ne les revoit plus, on les a une consultation et ils repartent.

R : D'accord.

M1 : Oui. Ce sont des gens qu'on ne changera pas. Parce qu'en général si moi j'arrive le dixième... enfin le dixième... après je ne sais combien de prise en charge... bon. Deuxième typologie, il y a vraiment les gens qui sont envoyés par le médecin traitant, qui ont une douleur chronique, qui ont été vu de façon on va dire un peu somatique, trop somatique. Qui ont des manquements thérapeutiques, etc. Et ceux-là ben n'y va, c'est ceux-là pour lesquels on y va. Et puis la troisième catégorie c'est le plaignant chronique. Pas le douloureux chronique. Le plaignant chronique, c'est-à-dire avec une probabilité extrêmement élevée de déplacement. Le jour où il n'a plus une douleur chronique il va se plaindre d'autre chose. Voilà. Et eux, on les flaire. On les flaire parce que la plainte il la dépose d'une certaine façon. Alors, il la dépose d'une certaine façon, en général, il amène un paquet qui et un paquet pléiomorphe. Le douloureux chronique classique il amène le paquet « j'ai un tel incident, j'ai tel maladie, j'ai tel type de douleur. Ça ne va pas. Soulagez-moi ». Le plaignant un peu comme avec déplacement de symptôme probable il vient et dit « ben voilà j'ai mal et puis j'ai plus de boulot et puis ma femme m'aime plus et puis » donc en fait, ok, il y a une hémorragie narcissique, il y a une désinsertion sociale il y a un effondrement professionnel etc, un isolement social... Bon... mais bon, des fois ils arrivent un tel sourire, une telle facilité dans un merdier décrit comme étant... enfin moi je ne pourrais pas supporter un dixième de ce qu'ils supportent, mais ils arrivent tranquilles. On dit « putain ils sont forts ». Et pourtant ils ont très mal, bon. Donc là on est sûr, donc, je tente le coup quand même. Je tente le coup, j'y vais et j'essaie de savoir sur quoi je peux les amener eux, à accrocher. Et ça marche parfois et parfois ça ne marche pas. Je me souviens très très d'avoir à plusieurs reprises orienté des gens sur différents éléments notamment le hasard veut il rencontre quelqu'un d'autre. Ils viennent encore me voir en disant « vous, vous ne m'avez jamais soulagé » mais ils reviennent me voir, régulièrement.

R : Et vous savez pourquoi ?

M1 : A bah bien sûr, parce que je leur dis la messe. L'autre il les soulage, c'est très important, mais il ne leur dit pas la messe. T'en dis que moi je leur parle de leurs gamins, de leur boulot, de comment ils se sentent. En fait, en gros on parle d'eux.

R : Ouais

M1 : Ce qu'ils voudraient avec l'autre, et ils l'ont, c'est qu'on parle de leur douleur. Moi je leur parle pas de leurs douleurs, je leur parle d'eux. Donc là ils ont les deux.

R : Ok donc en fait vous ne parlez quasiment pas des douleurs...

M1 : ... ah bah non, ah non non non ! Il y a des patients... j'ai passé 20 minutes tout à l'heure à la première que j'ai vu à 8 heures du matin, on n'a absolument pas parlé de sa douleur. On parle « alors comment ça se passe maintenant madame machin » « ben là, je suis contente parce que ça y est, j'ai été agréée nourrice » etc... Et à la fin elle me dit « ouais, en fait depuis que j'ai réduit la Clomipramine à 25mg, j'ai plus mal ». A la fin, tout à fait à la fin. Je fais « oui mais j'avais déjà prévu de vous la mettre à 50mg parce que dans tous les cas, effectivement vous ne vous sentez pas très bien. Mais vous avez pris du poids quand même ». « Ah oui, bah oui je ne sais pas pourquoi j'ai pris 8kg ». Je dis « bah c'est la Clomipramine ». « Et puis vous avez des sueurs ça se voit » « oui j'ai des sueurs » « bah c'est la Clomipramine ». Et donc après je peux dealer. Je leur montre l'intérêt de prendre un médoc mais je montre aussi le fait que le médoc ne suffit pas. Par contre je discute avec pour leur montrer que le projet de vie c'est fondamental. Donc en jouant sur tous ces tableaux à la fois, en connaissant bien ses patients, en le revoyant régulièrement. C'est pour ça que c'est important de les revoir assez régulièrement. Et en ayant aussi, il faut le savoir, dans la réunion pluriprofessionnelle, l'avis de l'infirmière qui dit « ben tu vois celle-ci elle a été violée de 12 à 18 ans par son voisin, puis les parents l'ont su, puis il y a eu une bagarre et puis le père a tué le... » Enfin, voilà des histoires comme ça. Ou alors le psychologue qui dit « ben en fait, elle a un mari qui n'est jamais et puis elle a un gamin qui est autiste mais elle n'en a jamais parlé ». Des trucs qui ne sortent pas à la consultation médicale qui sortent dans les autres. Donc une fois qu'on a tout ça on approche les gens différemment. Voilà les trois grosses typologies. Mais en gros... On a une dizaine ou une quinzaine de typologies alors, il faudrait que je me repenche sur ce que j'ai fait il y a quelques années. Mais ça serait très intéressant à écrire, ça serait un bon bouquin à écrire.

R : Et tout à l'heure vous disiez « psychiatrie presque jamais mais psychique presque tout le temps ». Et la frontière elle est où ?

M1 : La frontière, il n'y en a pas. La frontière on va dire qu'à un moment donné on va rentrer dans des cases. La case typique, par exemple moi, le trouble anxieux généralisé carabiné c'est évident je pourrais dire c'est de la psychiatrie. Ceci étant, bon, c'est vrai que certains avec une bonne dose de TCC, une bonne dose d'IRSS, la vraie bonne dose d'IRSS, ces gens sont transformés. Donc on n'est pas, sans le recours au psychiatre, sans le recours au psychiatre. Donc je dirai c'est ça la frontière pour moi. Après il y a des pathologies qui nécessitent... la pathologie psychiatrique pour moi, à mon niveau, c'est la pathologie qui nécessite le recours au psychiatre. C'est-à-dire pas moi, moi je ne suis pas capable de faire ça. Mais je suis capable de prendre en charge un trouble anxieux, un trouble panique etc... Même si je pense que certains, certains troubles paniques c'est évident ils ont besoin de travailler avec un psychiatre. C'est évident qu'ils ont besoin de travailler sous un versant cognitivo-comportemental avec un psychiatre, c'est évident. Mais j'en ai quelques-uns qui sont pris en charge par deux trois copains psychologues. Ça marche très très bien ils vont beaucoup mieux, ils ont leu IRSS prescrit... Je vais donner un exemple. Alors il y a aussi autre chose j'ai oublié. Grande, grande, grande fréquence de douleur chronique chez les personnalités pathologiques. Aujourd'hui c'est une forme d'équilibre que les personnalités pathologiques, que les troubles de personnalité trouvent. Hein, parce que c'est plus raide, d'avoir un trouble de personnalité. Alors pas trop grave, pas trop sévère. On n'est pas sur le border line profond. On est vraiment sur le casse couille permanent qui n'est jamais content puis surtout qui ne comprend jamais rien. Qui est toujours un peu tordu, mais il est tordu celui-là et en plus il ne comprend pas ce qu'on lui dit ! En fait c'est pas qu'il ne comprend pas ce qu'il s'y représente quelque chose qui est différent. Et là nous on en a plein, plein plein. Parce que c'est leur modalité d'échange avec un milieu qui lui n'est pas pathologie. C'est une modalité d'échange. Et c'est une monnaie, c'est très important faut pas la leur enlever celle-ci. Donc celle-ci je fais avec. Et alors j'ai pas beaucoup de mal à la... en fait en gros c'est des esprits tordus. Et qui posent des problèmes parce qu'ils posent des problèmes, dans tous les liens ils posent toujours des problèmes ces gens-là. Et le lien avec le médecin pose un problème très vite. Parce que en même temps ils se sentent un peu à la fois, je dirais, pas démasqués, mais ils sentent qu'il y a quelque-chose qu'on comprend mais ils ne savent pas quoi, et en même temps ils sont dépendants parce qu'ils sont contents de venir, mais je donne des médicaments et puis ils vont un peu mieux... C'est tordu, la relation est tordue comme ils sont tordus. Mais c'est une relation que j'équilibre le mieux possible. Alors j'ai souvent de la part de ces gens-là une, deux, trois consultations puis ils ne viennent plus. Puis 10 ans plus tard à l'occasion d'un autre événement ils reviennent. Très intéressant, ils reviennent.

R : Dans le souvenir des...

M1 : ...dans le souvenir qu'il y a bien eu quelque-chose qui leur a permis d'avancer. Donc ils ont pas de... en gros, pas d'état d'âme... Même s'ils m'ont dit, comme par hasard ils ne se rappellent pas hein... même s'ils m'ont dit que j'étais mauvais. J'en ai qui m'ont dit « mais vous êtes mauvais, vous êtes mauvais, je souffre toujours, vous êtes mauvais ». Il y en a qui ne se gênent pas hein. Bon, il faut être un peu tordu pour...

R, M1 : ...rire...

M1 : Bon alors moi je leur « ben oui, alors écoutez si vous voulez je vous envoie vers un autre confrère mais comme je suis mauvais je risque de vous envoyer vers un autre mauvais, parce qu'en général les mauvais restent entre eux ». Ils comprennent là qu'il y a quelque-chose qui ne va pas. « Arrêtez de vous foutre de ma gueule ». Moi je leur dis « je ne fous pas votre gueule. Si moi je vous dis ça vous me foutez un gnon dans la gueule. Vous êtes en train de me dire, donc vous venez de me mettre un gnon et moi il faudrait que je souris ». Et là... c'est un petit peu... pas celui qui est le plus fort... Donc je me démerde pour être un peu au fond de mon siège et trop au-dessus et puis je me démerde pour être beaucoup plus calme. Jusqu'à il y a 10 ans je n'étais pas capable de faire ça. Les personnalités pathologiques je faisais en sorte qu'elles se barrent quoi. Parce que j'ai pas envie de m'en occuper. Maintenant... bon je n'y vais pas franco mais voilà quand elles sont là elles sont là. Mais il y a des moments où je n'ai pas envie de m'occuper d'elle et là je le dis ouvertement au médecin traitant. « Ton patient c'est une personnalité pathologique, elle t'emmerdera toujours, là tu as tel problème, dans 2 ans tu en auras un autre, dans 3 ans tu en auras un autre. T'auras toujours un pépin. » Puis c'est des multi-opérés, des multi... Voilà... Il y en a beaucoup hein. Et puis ça se fabrique à tour de bras.

R : Et dans votre position, ce qui a changé, c'est l'expérience du coup ?

M1 : Oui, et puis la lassitude. Avant on partait tout feu tout flamme. Faut être très claire hein. [Âge]... Donc bon... on dit... il y a un moment j'ai pas trop envie d'en prendre dans la gueule, j'ai assez pris. Oui, c'est une autre période de ma vie.

R : Et dans le fait d'accepter maintenant ces patients là...

M1 : Ah ben c'est plus de distance, moins de réactivité, moins d'adhésion, moins de volonté de faire à tout prix, moins d'empressement au résultat. Et puis j'ai changé, je fais comme tout le monde. Moi en ayant pris plein la gueule, ayant aussi mes propres difficultés... ben voilà... De temps en temps on s'allonge sur un divan et puis on comprend un peu mieux qui on est. Et on comprend qui on est aussi sur le plan professionnel, aussi, donc tout ça a changé. Ma propre démarche personnelle, ma démarche professionnelle, ma rencontre avec des gens comme [prénom], mon expérience, ma personnalité, tout fait l'homme que je suis aujourd'hui pour me dire « ben voilà, tu prends de la distance ». Et puis des fois je ne la prends pas et je me marre, et puis des fois j'y vais, je vais au charbon parce que ça m'excite. Je vous le dis ouvertement. Puis il y a des moments, je... « Putain, tu me fous la paix s'te plaît ! » ... voilà. Bon, on est que des humains hein. Voilà, moi je suis très cool avec ça. Je suis très très cool. La vision du médecin nickel, qui doit prendre toutes les précautions, un peu à la mode anglo-saxonne où on signe à la limite un papier comme quoi on est toujours bon... ouais.

R : Et le, quand vous disiez, celui-là « je l'envoie au psychiatre », qu'est-ce qu'il fait de plus le psychiatre ?

M1 : Le psychiatre dans ce cas-là j'estime qu'il a plus de compétences que moi pour évaluer la situation, qu'il a plus de compétences que moi pour trouver un traitement adapté, y compris un traitement non pharmacologique hein, mais une RTMS, une hospitalisation, une prise en charge psychique particulière, un accompagnement psycho-social, une réhabilitation. Il a une compétence que je n'ai pas. Et dont j'ai besoin pour ce patient. C'est ça le recours au psychiatre. En ayant pour moi, à force, du fait de ma spécialité mais également de l'expérience de travail avec les psychiatres, une certaine je dirais représentation suffisamment bien établie ou correcte de ce qu'un psychiatre peut faire.

R : Et c'est du coup, c'est en perspective, en ayant de l'idée « il doit souffrir de telle pathologie, ou je suis moi moins compétent que le psychiatre », ou c'est « bas là, aide-moi à comprendre ce qui se passe »

M1 : Les deux ! Les deux. Ça peut être vraiment une demande euh... Alors si vraiment il y a un problème de compréhension et que vraiment je ne comprends pas, je requiers une consultation pluridisciplinaire. Je demande l'avis des autres, « qu'est-ce que vous avez pensé de cette personne, parce que moi je suis un peu paumé ».

R : Et du coup, il y a qui dans cette consultation ?

M1 : Alors, l'infirmière, d'autres médecins, pas de psychiatre, mais la psychologue clinicienne. On est jamais... le trio de base c'est infirmière, médecin, psycho. On ne fait rien sans ce trio, voilà. Ce trio marche très bien. C'est-à-dire qu'on a beaucoup de patients qui sont suivis par les deux... par les trois. Ce qui demande beaucoup de travail, hein, parce que c'est une équipe qui fonctionne beaucoup puisqu'on a beaucoup de patients.

R : Et du coup ça arrive qu'au terme de cette réunion vous arriviez à une incompréhension de ce qui se passe pour le patient et que vous l'envoyez chez le psychiatre pour cette raison-là ?

M1 : Euh... Alors, oui c'est arrivé quelquefois où on se posait vraiment la question d'une pathologie psychiatrique sous-jacente qu'on ne comprend pas, qu'on n'a pas identifiée, c'est arrivé à plusieurs reprises.

R : Vous auriez un exemple ?

M1 : Alors, le dernier exemple c'est quelqu'un dont on craignait qu'elle ait vraiment un fond dépressif très marqué mais qu'elle masque d'une façon ou d'une autre avec de la part de notre infirmière beaucoup d'inquiétude, avec un risque suicidaire potentiel etc. Et là oui, là oui. C'est arrivé peu de fois mais...

R : ...D'accord, et alors le psychiatre comment il...

M1 : ... alors ça dépend qui c'est, parce que ces derniers temps-là, j'ai eu ce recours. Et il l'a vue vite mais j'ai pas eu de retour, déjà. La deuxième chose, la patiente n'a pas bien compris pourquoi, parce que le psychiatre lui aurait dit « je ne comprends pas pourquoi on vous envoie chez moi ». C'est jamais comme ça que ça se passe mais euh... bon. Je le dis ouvertement, moi je pense que les psychiatres libéraux sont des psychiatres autant respectables que les autres mais ils ne sont pas dans un même contenu de travail. Donc c'est vrai que c'est plus difficile, on a plus de mal d'avoir des patients chroniques comme ça, suivis par des psychiatres libéraux. Même si on, on a quelques exemples, le cas particulier c'est [nom de psychiatre] qui est vraiment un type exceptionnel mais bon, après ils ne s'appellent pas tous [nom de psychiatre] et puis on a... J'en avais un autre hein, qui était un psychiatre qui était vraiment... mais qui est parti à la retraite, et qui était en fait psychiatre-psychoanalyste. Et qui m'envoyait des courriers... hein, putain... il m'envoyait la lecture psychanalytique. C'était extraordinaire. Mais il ne m'aidait pas. Il faisait travailler les gens. Mais, moi il ne m'aidait pas dans ma prise en charge, il aidait les gens. Donc moi j'étais toujours un petit peu emmerdé parce que les gens me disaient « alors, le psychiatre vous a dit quoi ? ». Putain, j'avais le... et il écrivait, mais c'était très bien écrit, c'était magnifique. Et à un moment donné il s'est arrêté, il s'est arrêté de le faire. Il en avait certainement marre et puis malheureusement sa femme est tombée malade. Et donc je crois qu'à un moment donné on met des priorités là où elles sont.

R : Et les patients comment ils le prennent quand vous leur dites...

M1 : ... Pas bien, pas bien. Bah, le mot psychiatre est très agressif. En France, oui. Psychologue c'est moins.

R : Ah oui ?

M1 : Oui.

R : Pourquoi, à votre avis ?

M1 : Parce que on fait volontiers le mélange entre psychologues, et puis il y en a beaucoup qui font ça aussi, des psychologues qui ne font pas que de la psycho... clinique, qui rajoutent un peu d'hypnose, un peu d'EMDR, un peu de méditation, voir pour certaines, certaines pratiques je dirais alternatives, voilà. Alors c'est pas grave hein le bol tibétain. Voilà moi j'ai mon amie qui prend le petit bol tibétain et qui le fait parce que ça apaise les gens et le son... mais elle sait très bien que c'est pas ça qui va les guérir. Mais elle apporte un plus apaisant à l'issue d'une consultation très tendue. C'est très bien. Mais les gens aiment ça. Ils aiment ça parce que ça a un côté un peu mystérieux, ça a un côté un peu voilà, on les déflore pas. Il se passe quelque-chose, on ne sait pas ce qu'il se passe mais ça se passe, voilà, on les déflore pas. Et donc c'est un peu ça avec la psychologue. Et puis la psychologue, j'ai dit LA psychologue. Nana... 95 nanas pour 5 mecs. Par contre on a [nom de psychologue] qui est psychologue clinicien ici, et qui prend en charge nos adolescents. Qui est un type remarquable, qui fait de la TCC, de l'hypnose, et c'est fabuleux avec les adolescents. Voilà. Et ça marche. Il y en a un autre qui s'appelle [nom de psychologue]. Qui travaille ici aussi à [ville], avec différentes techniques. Qui accroche très très bien avec certaines patientes. Donc on a quand même... Et psychiatre c'est difficile parce que les gens pensent qu'ils sont fous. Ça ils font encore le lien, très fortement. Psychologue je souffre. Psychiatre je suis fou, donc je suis malade. Et je suis malade, encore une fois, honteux. Ça reste honteux. En France ça reste honteux. Voilà. Aller chez le psychiatre pour une dépression n'est plus honteux, mais il faut admettre et dire devant tout le monde qu'on est dépressif et que c'est mon psychiatre pour ma dépression. C'est intéressant... C'est MON psychiatre pour MA dépression. Mais on ne va pas voir... J'ai un psychiatre, les gens ne disent pas j'ai un psychiatre. Ils disent j'ai un psychiatre parce que j'ai fait une dépression. Ça c'est recta !

R : Alors qu'ils ont un psychologue.

M1 : Alors qu'ils ont éventuellement un psychologue à côté et ils disent je vais voir le psychologue. Mais ils ne disent pas pourquoi. Ils souffrent, ça veut dire qu'ils souffrent. C'est intéressant. D'un côté j'ai une maladie, de l'autre j'ai une souffrance. La psychologue j'ai une souffrance. La dépression c'est une maladie, donc c'est acceptable. Et puis maintenant c'est accepté. C'est une maladie qui existe depuis le début du 20ième siècle en plus. C'est intéressant. Non mais c'est très intéressant ce... Le métier de médecin et le métier de bobologue c'est un métier qui au niveau de l'ethnologie ou de l'éthologie en générale, hein du comportement humain qui est fabuleux, c'est une mine d'or, une mine d'or ! Voilà, d'autres questions ?

R : Non... est-ce que vous auriez une dernière remarque ?

M1 : Non, non... qu'est-ce qu'on peut dire par rapport à psychiatre et centre de la douleur ? Ben déjà très peu de centre de la douleur ont des psychiatres. Tous ont des psychologues puisque c'est obligatoire. Au moins, un psychiste et donc c'est rarement un psychiatre c'est souvent un psychologue. La deuxième chose c'est que, si un psychiatre évidemment il ne fait pas que ça sauf de rares cas dont Éric Serra. Très rares cas. La troisième chose, je pense que pour les gens ici encore dans notre pays, avoir recours au psychiatre dans une équipe pluridisciplinaire, c'est que vraiment ils ne vont pas bien, alors que recourir au psychologue c'est « ça ne va pas bien », c'est pas « je vais pas bien », c'est « ça ne va pas bien ». En gros il y a un lien par rapport à des responsabilités externes ou des causes externes qui est acceptable. Mais « je ne vais pas bien », c'est endogène ça, ça ramène à soi. Et c'est difficile. On a vraiment cette problématique. On est chez des latins ici. Et puis je ne parle pas des noirs, des magrébins, des turcs, pour lesquels le recours au psychiatre est beaucoup plus rare, beaucoup, beaucoup plus rare. Les blacks oui, la seule black que j'ai vue... mais qui me mendiait le psychiatre. C'est en fait parce que le seul espace où elle peut parler de sa famille qui est SON problème principal, c'est le psychiatre. Puisqu'elle dit « lui, lui il est là pour m'entendre. Il est là pour ça ». Elle est très opératoire mais au moins elle a compris que le psychiatre c'est l'espace où elle parlait. Donc elle voudrait avoir le psychiatre tous les jours. Elle me l'a demandé. « Est-ce que à chaque fois que je vous vois je pourrais avoir le psychiatre après ? » Elle me l'a demandé. Et elle veut le psychiatre. Et puis à la limite elle veut le psychiatre ou la psychologue, puisqu'eux ils ne font pas la différence. Ils vont... Je donne tout ça, tu m'as dit que les problèmes avec ma famille c'est là-bas. Tu m'as dit, je donne. ET si c'est le psychiatre ou le psychologue c'est pas grave, eux ils m'écoutent. Ils sont là pour ça. C'est marrant hein. Alors que c'est... Putain... le portugais, mais c'est zéro, zéro, jamais ! chez le psychiatre. A moins d'avoir une grosse dépression avec une TS ou des trucs comme ça. Là, d'un seul coup on accepte mieux parce que c'est tellement que ça nécessite un traitement. Et le traitement c'est le psychiatre. C'est intéressant, le traitement c'est le psychiatre. Le psychiatre n'est pas un élément étayant, transformant, accompagnant, soignant. C'est le traitement. Ou c'est une place dans le traitement. Donc il y a l'antidépresseur et il y a le psychiatre.

R : Et par exemple quand vous faites une prise en charge psychiatre on va dire, en traitant un trouble anxieux généralisé, vous leur dites que c'est un traitement plutôt psychiatre ?

M1 : Bien sûr, oui oui je leur explique.

R : Et ils le prennent...

M1 : ... oui ils le prennent parce que... bon il y a toujours une façon de la présenter, d'expliquer. Et puis je le lie aussi à leur problématique douloureuse aussi. Donc oui j'ai rarement... bah ceux qui refusent c'est ceux qui ne veulent pas par principe des antidépresseurs. Ils disent « j'en veux pas ». Voilà. Alors après euh... oui c'est ça... nan le Solian® je le dis pas. Le Solian®, je dis que c'est pour calmer un peu les ardeurs. Je dis « là vous êtes un peu tendu, très énervé, et des moments où ça va trop loin et ça risque de poser problème dans les liens avec les autres, dans les comportements. C'est normal, parce que vous souffrez, c'est pas du tout un problème de dire que c'est normal, mais tout de même ça nécessite qu'on s'en occupe ». Mais je ne dis pas... voilà. Et puis ça m'est arrivé à plusieurs reprises de balancer un Zyprexa® et de dire là on va peut-être... ça a un rôle sur la douleur. Ça m'est arrivé 2 ou 3 fois, on a vraiment des psychotiques qui viennent avec une plainte douloureuse qui est en fait une hallucination. Enfin qui est un délire, une plainte délirante. Ah c'était... les 2 ou 3 que j'ai eu... Il y en a un qui m'a menacé avec son père, qui est venu avec un fusil.

R : Ah quand même...

M1 : Oui le père m'a menacé de soulager son fils avec un fusil.

R : Donc le fusil était braqué sur le fils ?

M1 : Le fusil était braqué sur moi. Le père du fils est venu vers moi en me disant « maintenant il va falloir que tu soulages mon fils » Parce qu'il ne pouvait plus tolérer la plainte de son fils. Qui était une plainte intéressante et que j'ai comprise tout de suite comme une plainte psychotique, parce qu'il arrive avec un dessin. Et sur le dessin... oh c'était extraordinaire ! Livre de psychiatrie. Il avait mis des tas de traits avec des tas de flèches, « C'est LA !!! ». C'était... avec une focalisation complètement délirante, totalement exagérée et puis avec une façon « là, là, c'est là, là, c'est non, là !!! ». Bon, là j'ai dit, il est givré. Ça c'est rare. Ils viennent avec des dessins nos psychotiques.

R : D'accord.

M1 : C'est pas évident, il faudrait que je vous en montre... mais [nom de médecin] il en a. Une fibromyalgique psychotique qui n'était pas une petite fibromyalgique, vraiment un psychotique. Et qui avait mis... qui avait colorié, puis remis une couleur et à la fin tout était noir et elle disait « j'ai mis du noir parce que c'est vraiment très important que vous compreniez comment c'est ». Avec, elle a dû passer des heures à colorier, à remettre de la couleur, on voyait bien qu'il y avait plusieurs couches de couleurs. Avec une espèce de... bon alors évidemment, bon, ils vont tous mieux sous neuroleptiques ceux-là. Bon bah voilà.

Entretien M2

- R : Ma première question c'est : est-ce que vous pouvez me raconter votre première journée en service de douleur chronique ?

- M2 : Alors la première journée en service de douleur chronique, le service n'existait pas puisque je l'ai co-créé avec un collègue ; et c'était dans le cadre de ma pratique [de spécialité] où je m'intéressais à la douleur : douleur aiguë, et puis de douleur aiguë, douleur rebelle, et puis de douleur rebelle à douleur chronique, voilà et puis petit à petit, bon on savait que je m'y intéressais et puis, bon en même temps je m'étais formé, bien sûr et petit à petit, j'ai passé... on m'a accordé une semaine pour ça, puis deux heures puis une demi-journée, et puis bon bref en [année] j'étais temps plein, voilà et puis le centre été créé, puisqu'il est créé depuis...on l'a créé en [année] .

- R : D'accord

- M2 : Donc en fait la première journée était un peu noyée dans, puisque du coup j'intercalais ; on m'adressait des patients, on a commencé avec les collègues et j'ai commencé à voir des personnes, comme ça, intercalées dans les consultations [de spécialité], première consultation c'était ça. Ça a démarré comme ça. Et la première, c'est bien ça que vous disiez, la première ? J'ai en tête une grande première puisque ce n'était pas... c'est vraiment assez en confusion avec [la spécialité] mais de toutes façons c'était de la douleur postopératoire rebelle en quelque sorte hein c'était vraiment dans ce cadre-là. Les premières personnes que je voyais donc, des douleurs rebelles persistantes juste après, après intervention et le chirurgien m'adressait ou les collègues m'adressaient, c'était ce type de première c'était ça.

- R : D'accord

- M2 : J'aurais du mal sur LA première enfin je me suis toujours en douleur aiguë déjà, je me suis d'emblée dans le métier intéressé à cette problématique là et donc il y a un peu un glissement si je puis dire de l'aigu vers le rebelle vers le chronique, quoi, et ça c'est, comme le temps c'est intégré progressivement là j'ai pu défendre progressivement du temps spécifique voilà ça s'est passé comme ça depuis [année].

- R : D'accord et en entendant douleur chronique et psychiatrie vous pensez à quoi ?

- M2 : Bon douleurs chroniques bon c'est ... douleur chronique égale globalité, globalité : soma et psyché, je fais du, hein... Pour moi c'est une époque où il y avait une grande distinction, on était dans le soma, on passait à la psyché si le soma résistait, enfin grosso modo c'est ce qu'on nous apprenait

- R : D'accord

- M2 : Au tout début donc à l'autre siècle j'ai eu la chance d'être formé à [ville], où là un patron et là je suis en [années], c'était [Nom] qui nous disait : attention les deux choses forment une chose. Ça c'était complètement révolutionnaire quand même à cette époque-là, ça semble incroyable de le dire peut-être maintenant mais vraiment ça l'était. C'était grosso modo : vous aviez le soma et puis plus ça résistait plus la problématique psychique était en fait importante c'est une sorte de schéma comme ça où dans la durée le soma réduisait et puis vous aviez le psychique qui devenait de plus en plus important, complètement aberrant enfin, bien sûr ça ne correspondait pas ... mais c'était déjà quand même un premier palier qui intégrait quand même une dimension psychique ce qui n'était pas évident déjà à cette époque-là. Alors pour moi enfin depuis le début de ma pratique médicale cette globalité est une évidence. Mais ça c'est plus ce que j'ai acquis par moi-même que ce que l'on m'a appris à vrai dire puis après bon les choses sont venues. Donc pour essayer de mieux répondre à votre question : douleurs chroniques donc pour moi c'est toujours de toute façon cette globalité sans dissociation c'est ce que je dis dans tous les cours c'est que, effectivement : psyché/soma, c'est Spinoza qui disait que c'était de toute façon les deux aspects d'une même chose. Si je ne...c'est ce que Spinoza a dit et je ne peux qu'adhérer tout à fait à ça et pour moi ça l'est depuis le début de ma pratique médicale, après du coup la psychiatrie est un recours ou une intégration parce que très tôt on a fait intégrer un psychiatre dans l'équipe puisqu'on a démarré en [année] d'emblée on avait, on travaillait avec un psychiatre.

- R : D'accord

- M2 : Et on a été la première équipe à faire rentrer une psychologue, première psychologue qui soit rentrée à [lieu d'exercice], c'est par la consultation douleur. Donc là aussi c'était euh, on a eu un temps dédié en [année]. On a travaillé avec l'externe avant [années] et en [année] on a pu avoir un temps dédié c'est la première psychologue qui soit rentrée maintenant y en a 6-7. Donc ça fait partie, c'est logiquement intégré, ce n'est pas un recours parce que, voyez ce que je veux dire, parce que parce que le soma n'avance pas, pas du tout. Ce qu'on défend ici c'est

quand même des premières consultations qui soient le plus globale possible, essayez de comprendre dans la plus grande globalité possible, en tous les cas une écoute qui se veut la plus globale possible et qui à partir de là peut permettre de mobiliser au niveau de l'équipe des compétences tant somatique que psychique puisqu'on a deux psychologue et psychiatre pour pouvoir rapidement ou d'emblée ou seulement au bout d'un moment selon la venue des choses, la perception des choses où en est la personne aussi donc ce n'est pas un recours ultérieur en cas d'échec du soma, je ne sais pas si je répons...

- R : Ouais, ce n'est pas un recours en cas d'incompréhension de ce qui se passe pour le patient et du coup dans quelles circonstances ou dans quel cadre vous avez recours au psychiatre ?

- M2 : Psychiatre hein pas psychologue parce que là on n'est pas dans les mêmes euh... même si certains patients et un nombre non négligeable de patients sont suivis par les deux.

Parce que l'apport est complémentaire, totalement complémentaire. Enfin c'est pas à vous que je vais l'apprendre, enfin pour nous, en tous les cas c'est comme ça qu'on le vit. Après selon ce que l'on peut permettre d'identifier ou dans les champs des premiers échanges avec le patient soit on peut mettre en évidence des problématiques psychopathologiques quand même assez évidentes initialement alors, souvent c'est quand même sur mode dépressif mais parfois c'est quand même sur des signes assez psychotiques on sait bien que la douleur est une des portes d'entrée de la psychose, je veux dire, en tous les cas, d'expression, en tous les cas peut-être plutôt que porte d'entrée. Et que, y a eu d'authentique psychose mise en évidence par ce biais-là et à ce moment-là on peut être dans un adressage quand y a cette souffrance assez... et que la personne amène aussi, quand elle est assez prête à pouvoir d'emblée rencontrer le psychiatre, on l'introduit d'emblée, on n'attend pas. Ça fait vraiment partie du démarrage parfois c'est plutôt sur un mode de souffrance qui nécessite plus un accompagnement lié à une période difficile où il y a eu une..., où on n'est pas en, où il ne paraît pas y avoir une..., enfin où il y a surtout un besoin de paroles fort. C'est pas que le psychiatre ne peut pas parler hein, mais bon. Parfois proposer un espace de parole est un peu différent avec un psychologue, de pouvoir introduire le fait de rencontrer un psychiatre. Faut voir aussi où en est la personne, est-ce qu'elle est prête à... Tu vois, les personnes qui sont en souffrance psychique sévère sont rarement tout à fait prêt à aller voir le psychiatre d'emblée à une première consultation de douleur. Sauf de temps en temps on peut les amener effectivement à le faire parce qu'on arrive à échanger, à souligner, que cette souffrance nécessite dans le cadre d'un centre de la douleur, parce que c'est ça aussi qui est sécurisant, c'est un psychiatre dans ce cadre-là. Et qui autorise plus facilement l'accès au psychiatre plutôt que d'envoyer à l'extérieur ce qui peut être plus complexe initialement de prime abord. Ça fait partie je dirais, de cette globalité et donc de la démarche thérapeutique qu'on met en œuvre dès le début. Parfois il faut du temps, parfois il faut un an pour qu'ils acceptent de voir un psychiatre, alors que le besoin est assez évident. Et voilà on n'a jamais forcé qui que ce soit ici. On ne dit pas bon maintenant il faut voir un tel, un tel. Ça n'aurait aucun sens, il faut que la personne soit prête à rencontrer.

- R : Et vous auriez un exemple, par exemple, d'une situation où vous avez adressé au psychiatre, et de qu'est-ce que vous en attendiez ?

- M2 : Bah oui, des exemples y en a pas mal, je ne sais pas. Une enseignante, qui arrive pétrie de douleur, immobilisée, en arrêt depuis un certain temps et qui, montrant tous les signes d'une dépression, vraiment sévère sur un burn-out professionnel bien explicité d'ailleurs, mais dans un déni complet de l'incidence psychique, qui est tellement impliquée dans son travail, tellement... Là je pense à une personne effectivement qui était dans une école dure, je veux dire dite « dure », parce qu'elle est dans les quartiers durs de [ville]. Mais qui était assez militante, dans son métier. Donc qui est allée très loin, qui a poussé très loin. Qui est rentrée en burn-out, qui n'a pas vu, il a fallu que ce soit ses collègues en fait, littéralement, qui l'amènent à s'arrêter. Puis un jour elle ne s'est pas levée.

Quand elle est venue, elle était dans un état dépressif absolument majeur, un effondrement vraiment complet, donc là, bon, j'ai fait appel au psychiatre même dans l'heure qui a suivie. C'est-à-dire que je lui ai demandé s'il pouvait la recevoir dans la foulée de la première consultation. Première consultation agitant quand même un certain nombre de choses, et donc parfois il est bien de pouvoir assez vite, pouvoir reprendre les choses avec un psychothérapeute dans la foulée. Et là, après il y a eu, effectivement un accompagnement par psychiatre. Alors que quand elle est rentrée elle n'était pas du tout dans une demande psychique. Elle est venue par la douleur comme la plupart viennent. Ils ne viennent pas parce qu'ils sont en souffrance psychique, ils viennent parce qu'ils ont mal. Même s'ils sont dans une souffrance psychique majeure qui s'exprime par la douleur.

- R : Et c'est beaucoup, de vos patients ?

- M2 : Ah y en a pas mal quand même, y en a pas mal. Je ne pourrais pas vous sortir un pourcentage ça n'aurait pas beaucoup de sens, sincèrement. Mais c'est du courant. Les psychothérapeutes de l'équipe suivent quand même bon nombre de personnes que l'on voit. D'abord s'ils ont suivi tout le cursus sans arriver au centre antidouleur, c'est que, si y avaient eu des choses simples, elles auraient été réglées avant, ils ne seraient pas là. Et s'ils avaient été aussi, sur cet aspect psychique, dans la perception même que cette dimension psychique jouait un rôle important dans leur douleur ils auraient fait la démarche avant de venir nous voir. Certains le font, mais parfois,

effectivement, en général, c'est que la douleur est une expression absolument majeure d'une... même s'il y a des lésions et qu'il y a d'authentiques problématiques somatiques, ça je ne doute pas de ça, mais peut être vraiment l'expression de souffrances très intenses, mais qui ne sont pas identifiées comme tel. C'est la douleur, il est parfois tellement difficile de parler de sa souffrance psychique. C'est ce que les patients nous disent d'ailleurs au bout d'un, ... Des patients que nous avons accompagnés, qui sont venus à un travail psychique et puis quand on... Au bout d'un certain temps et qui sortent littéralement de cette douleur et qu'ils sont mieux. Ils nous disent de toutes façons, la souffrance psychique est toujours exprimée comme très supérieure à une souffrance physique, c'est quelque chose de beaucoup, beaucoup plus pénible. Et ça ils l'ont dit, que quand ils se sont engagés, ils ont fait ce travail, ils nous ont dit si on avait su la difficulté de ce travail-là, peut-être qu'on ne l'aurait pas fait. Ils sont très heureux de l'avoir fait après, ce n'est pas le problème. Mais c'est aussi, ça peut être une telle souffrance dans cette démarche que ce n'est pas évident, ce n'est pas un chemin tranquille.

- R : Et vous, vous faites la différence entre douleur psychique et douleur physique dans votre exercice ? ou vous vous occupez de...

- M2 : Non, résolument, je ne désire pas faire de différence. Je ne désire pas faire de différence parce que, ça veut dire quoi cette différence ? où est-ce qu'on pose une limite ? où mettons le curseur ? Ça n'a pas de sens. Une douleur lésionnelle qui s'est chronicisée, pourquoi s'est-elle chronicisée ? Alors parfois c'est parce que le diagnostic n'est pas fait, c'est parce que la cause même de la lésion n'est pas fait. Mais elle peut avoir une incidence psychologique majeure, parce que ce n'est pas fait depuis des années et que la personne vit cette souffrance physique et donc y a un retentissement psychique donc qui est aussi à prendre en compte. Donc ça ça peut être effectivement une des raisons. Après ça peut venir par le biais du corps exprimer une souffrance psychique. Ce qui est aussi quelque chose d'assez fréquent. Donc initialement quand on reçoit une personne, cataloguer une personne d'un côté ou de l'autre d'une pseudo-frontière n'a pas de sens. Enfin moi je trouve qu'en douleur chronique ça n'a vraiment pas de sens. Ou vraiment on ferme énormément de possibilités. Ça doit être une écoute globale et ensuite un cheminement global d'ailleurs. Alors on ne se fait pas psychothérapeute, on sait très bien la limite de nos compétences, même si on est certain à avoir fait, à avoir pousser un peu les études dans ce sens-là, mais on n'est pas psychothérapeutes. Mais en même temps ça ne nous empêche pas de pouvoir détecter des choses, repérer des choses, appeler les compétences en temps utiles et puis c'est le principe du travail pluridisciplinaire... interdisciplinaire d'ailleurs plus que pluri, ce n'est pas pareil.

- R : D'accord. Et du coup qu'est-ce que vous attendez des psychothérapeutes en envoyant les patients les voir ?

- M2 : Il y a des moments où le psychiatre à la capacité de prescription, il y a des moments il faut traiter une psychopathologie qui est avérée, qui est lourde et très invalidante. Et là il faut, de toutes façons la compétence d'une identification de ce qu'il se passe exactement. On peut avoir tendance à trouver que c'est plutôt de la dépression, mais peut-être que cette dépression c'est une psychopathologie qui est un peu autre. Ou bien si on peut peut-être parfois effectivement repérer un peu des éléments d'ordre psychotique, mais ce n'est évidemment pas nous, qui allons poser ce type de diagnostic. C'est tout à fait de la compétence d'un professionnel avéré, qui puisse poser un diagnostic et qui puisse engager les traitements et suivi adéquats, tout en restant en lien, bien sûr avec le soin. Parce que c'est justement en gardant ce rapport au corps qu'on amène aussi les gens à pouvoir accepter qu'il y ait une prise en charge psychique parce qu'on s'occupe aussi du corps. Ce n'est pas : « bon écoutez c'est dans la tête vous allez voir le psy ». Le « c'est dans la tête » il est mortel et parfois au sens propre du terme, je dirai. Donc ça surtout pas.

Donc c'est cette attente diagnostic, thérapeutique et ensuite d'accompagnement ensemble. Véritablement on a des suivis qui sont conjoints, non parallèles, on essaie d'avoir un maximum d'interrelations régulier dans ses suivis là, c'est capital. Les patients le savent très bien ils le sentent très bien et ça les conforte souvent quand ils se rendent compte que vraiment, on est ensemble, on les accompagne ensemble et non pas en voie parallèle ce qui peut se voir parfois. Ça c'est vraiment important, c'est capital dans l'accompagnement, aussi parce que certains patients sont épuisants, ils sont très lourds, épuisants. Être à plusieurs c'est pas mal, savoir qu'on peut partager ça, qu'on est accompagné aussi par des collègues et puis de temps en temps c'est le collègue qui prend un peu le relai ou le poids, un petit peu de la charge ça c'est tout l'intérêt de l'interdisciplinarité.

- R : Et dans ces suivis quelle différence vous faites entre le psychiatre et le psychologue ?

- M2 : Alors, hormis la capacité de prescription du psychiatre, bien sûr, et de poser des diagnostics, qui sont tel qu'on a pu l'évoquer, qui est quand même tout à fait de la compétence du psychiatre. On peut, et bien, c'est vrai que parfois, faut voir... il y a un espace de parole avec le psychologue qui est un peu différent, alors on a un psychiatre qui parle hein, il parle bien et facilement, ce n'est pas trop le problème. Mais les gens... On ouvre un espace quand même spécifique et qui n'est pas de l'ordre du médicament, qui n'est pas de l'ordre de l'hospitalisation possible, de, voilà... ça ce n'est pas les psychologues qui vont aller sur ce champ là ce n'est pas leur domaine, mais par contre c'est un espace qui leur est ouvert pour pouvoir poser un peu des choses, et aller exprimer des choses qui, très souvent, ne l'ont jamais été. Parce qu'on est vraiment dans le trauma, et il y a des

choses qui sont très difficiles à dire, donc faut du temps, un espace spécifique à ça, et c'est vrai que les psychologues créent un espace qui est peut-être plus particulier à ça. Mais il y a beaucoup de suivi conjoint mais sans qu'il y ait... ça ne pose pas de problème, cette différence est bien notée par le patient. Il est vraiment l'endroit pour se poser et apporter une parole qui est initialement souvent difficile. Et le psychiatre qui reçoit aussi, mais qui va les accompagner aussi quand même d'une autre façon, avec des outils des moyens qui sont un peu autre. Les psychologues sont plus de tendance d'analytiques, que l'on a. Ce n'est même pas de tendance, sont d'obédience analytique, le psychiatre ne l'est pas, mais ils travaillent très bien ensemble. Ce sont des complémentarités sur ces plans là et puis parfois, il y a aussi la dimension humaine, parfois il y a un accrochage qui se fait plus facilement avec l'un qu'avec l'autre. Mais à partir du moment où il y a quand même des nécessités aussi médicamenteuses, bon là il faut intégrer la dimension psychiatre, oui.

- R : D'accord, et l'adressage au psychiatre, c'est que vous qui le faites ? ou ça peut être le psychologue, ou... ?

- M2 : Ah ça peut être...

- R : Ou l'infirmière ?

- M2 : Ah ça peut être, comme on a les staffs et les partages sur documents, tout membre de l'équipe à un moment donné, peut dire, attendez là il y a quelque chose, voilà ce qu'il s'est passé, et d'interroger, effectivement, les besoins nécessaires. Le psychologue, qui peut dire (mais j'aurai pu dire psychiatre), bien là j'ai besoin que tu viennes nous épauler parce qu'il se passe ça, ou bien c'est nous dans le suivi somatique qui repérons des choses et qui nécessitent... Aussi quand on a besoin d'utiliser certains antidépresseurs, à visée antidouleur mais qu'il y a aussi une dimension psychique, bah là il faut qu'on fasse un travail conjoint pour être dans des choix qui soient les plus pertinents possibles dans cette globalité, donc là on peut avoir à ce moment-là et proposer au patient de le voir dans cet optique-là. Donc ça peut venir de tout membre de l'équipe, y a pas de ..., bon ça vient souvent du médecin coordinateur du patient, souvent, mais ça peut venir tout à fait du psychologue ou de l'infirmière de l'équipe, de la sophrologue qui l'évoque en staff.

- R : Et les patients comment ils le prennent, le fait d'être orienté vers un psychiatre ?

- M2 : Alors on apprend au fil des années à le présenter *-rites-* à l'introduire, certains patients sont arrivés en disant, avant tout en préambule, ils ne s'étaient même pas encore assis, (j'ai à l'idée deux cas comme ça) ils n'étaient même pas encore assis, et « bon qu'on soit très clairs si c'est pour me parler psy et m'envoyer chez un psychiatre, c'est bon, c'est pas la peine je repars tout de suite », on ne s'était même pas dit bonjour, je veux dire, c'était, voilà, c'était le préambule. « Bon ok, bon à partir de là, oui je dis on va prendre un petit moment quand même pour discuter ». Et puis et bah en l'occurrence ces deux patients ils sont repartis avec un rendez-vous avec le psychiatre. Bon ils étaient dans un tel déni initial qui était même tellement flagrant que le besoin était effectivement flagrant, bon je ne vais pas jouer sur les mots et les paradoxes, mais en l'occurrence, il y avait affectivement un gros besoin, mais ils en avaient franchement peur, ça les mettait dans une colère de peur, de peur. Bon, et puis ils l'ont accepté et ils l'ont vu, et ça s'est bien passé après, mais y a une peur, d'entrer dans ce champ du psychique, c'est parfois bon, c'est parfois aussi une telle souffrance de lever certains couvercles qu'on peut comprendre leur peur, sincèrement. Y a des histoires qui sont telles, en douleur chroniques, qu'aller les ré-aborder, nécessite quand même beaucoup de courage sûrement, de ténacité et on peut avoir peur et ne pas vouloir ouvrir le couvercle, on peut comprendre, mais du coup ça génère des réactions de défense qui sont importantes, faut du temps, faut savoir, à quel moment et comment l'introduire, avant tout arriver à faire en sorte que la personne puisse arriver à exprimer sa souffrance, que ça vienne d'elle, en gros c'est ça, et que ce qu'elle amène aboutisse véritablement à un besoin et que ce besoin on puisse lui proposer quelque chose en réponse, à ce besoin, il faut que ce besoin arrive à un moment donné à être exprimé par la personne, besoin d'aide. Ce qui n'est pas tout à fait évident au début et parfois il faut du temps, parfois il faut plusieurs rencontres, parfois il faut un an, il faut pouvoir le faire. Je crois qu'au fil des années on peut aller un peu plus vite, peut-être parce qu'on apprend à savoir mieux positionner et du coup amener, amener cette dimension-là et cette aide possible plus rapidement. C'est très possible, saisir le moment, donc parfois ça peut aller vite oui.

- R : Et ça va plus vite parce que vous avez plus vite besoin ? ou plus vite envie d'orienter le patient vers ... ?

- M2 : Non alors l'envie, si on a envie ça ne marche pas, là. Là, je parle à un psy hein mais, je veux dire il est très clair que là, en douleur chronique, il faut vraiment avoir conscience, à la fois de ce qu'on peut identifier, mais d'où en est la personne et de ce qu'on peut amener sur le plan thérapeutique. Il y a des fois, effectivement, il est évident qu'il y a un problème psychopathologique, il est évident qu'il y a un problème somatique de telle sorte et de ça... Donc le schéma à la limite on l'a, on peut l'avoir, on l'a souvent au bout d'une heure, on l'a souvent, ça ne veut pas dire que c'est le schéma qu'il faut appliquer, pas du tout, parfois il faut vraiment prendre le temps et amener, sinon on ferme des portes et si on positionne mal, je dirais, l'aide possible sur un plan psychique, on peut se fermer vraiment des portes qui sont très dures à rouvrir, donc il vaut mieux prendre le temps, là même si, si on est convaincu et qu'il s'avère que effectivement il y avait bien à travailler dans ce champs-là si la personne est dans

un déni très fort et parfois violent, on ne passe pas en force, ça n'a aucun sens, ça n'a aucun sens. Donc ça peut, parfois arriver à des limites ou à des échappements. Une personne qui est assez fermée mais qui est, de tout évidence, dans une souffrance et avec un refus total, à un moment donné, il va y avoir une limite sur le travail que l'on fait, la personne va sentir de plus en plus, va sentir cette pression psychique, peut s'échapper, à ce moment-là effectivement, elle partira, elle ne reviendra pas. Alors bien sûr on essaie de ne jamais arriver à ce seuil de rupture, parce qu'on le sent quand même venir. C'est pour ça tout le travail sur le corps sert de médiation, de passerelle, encore une fois je parle hors lésions, mais sur des problématiques fonctionnelles, sur ce qui sert pour amener à des ressentis, toute l'importance des ressentis et de la passerelle que représentent les ressentis. La sophro joue un rôle très important justement de passerelle, autorisant à un moment donné, certaines ouvertures psychiques, non pas sur du rationnel à appliquer à la personne, mais sur des ressentis qui ouvrent des choses, et du coup aussi sur des dimensions psychologiques que la personne ne voyait pas initialement ou refusait de voir. Tout le travail de médiation qui peut être fait, là on utilise, nous, beaucoup la sophro, mais bon y en a d'autres. La sophro est quand même très intéressante en douleur chronique pour ça,

- R : D'accord

- M2 : En facilitation, ça peut être une des voies quand y a trop de barrages, je dirais, d'amener la personne à aller travailler un peu sur ses ressentis et on sait quand même, on a des sophrologues quand même très rodés maintenant, parce qu'ils ont une grosse expérience et qui ne forcent absolument pas les choses, et ça ouvre des portes et là, bon il faut être là au moment et proposer.

- R : D'accord, et est-ce que, au contraire, ça a pu amener des difficultés dans vos pratiques ?

- M2 : Des difficultés, vous voulez dire ?

- R : Avec les patients ou par rapport à ce que vous en attendiez ?

- M2 : Le recours au psychiatre ?

- R : Oui.

- M2 : Des difficultés, non, après il peut y avoir des questions de personnes, ça adhère ou ça n'adhère pas, ça c'est l'aspect du lien au psychothérapeute, enfin, et parfois il faut les chercher peut-être à l'extérieur parce que la personnalité de notre psychothérapeute, voilà, ne va pas à la personne. Mais à ce moment-là on les accompagne vraiment à aller vers et surtout à ne pas casser ce lien-là, à pouvoir les trouver et on travaille quand même avec un certain nombre de personnes en ville qui savent travailler avec des douloureux chroniques ce qui n'est pas toujours évident. Donc les difficultés peuvent être oui de cet ordre-là.

De travailler avec le psychiatre non. On fait même quand on voit des situations assez bloquées, très dures ou pleine de colère ou de violence (puisque'il y a de la violence), on a pu être amené à faire des consultations à deux et de recevoir la personne tous les deux. Bon, en général y en a un qui prend dans la figure mais l'autre est là. C'est l'intérêt de travailler comme ça en binôme. Donc ce n'est pas une difficulté, c'est vraiment un recours, je ne vois pas sincèrement... A partir du moment où les personnes de l'équipe sont en ouverture de travailler avec les autres. Il ne faut pas j'allais dire un thérapeute qui soit égocentré, ça ça ne marche pas.

- R : Et du coup vous disiez qu'il faut savoir s'occuper de douloureux chroniques. C'est quoi la spécificité de ce savoir ?

- M2 : Ne pas vouloir pour lui, ça c'est certain. Même si on a une idée de ce qui pourrait l'aider, mais en tous les cas ne pas vouloir pour lui ça c'est clair, et arriver effectivement, à ce que la personne arrive à identifier ses besoins et aller, accepter, saisir ce qui peut être proposé à ce moment-là au bon moment. Avant tout c'est, ça peut sembler une banalité mais quand je dis avant tout l'écoute, mais une écoute totale, enfin, une écoute véritable, et une franche disponibilité, c'est essentiel. Ça c'est vraiment de toutes façons par ça que ça commence et parfois il faut accepter de se taire vingt minutes et de prendre une grande bordée qui arrive ok et à partir de là, commencer à travailler. Ça, ça surprend toujours les personnes quand ils sont coupés en général très très rapidement, que les consult' sont brèves, classiquement en médecine. Donc ils sont très étonnés quand on peut leur offrir une écoute de cet ordre-là, qui n'est pas toujours facile, parce que parfois bien sûr, on a envie de pouvoir peut-être plus intervenir, mais à des moments il faut savoir ne pas le faire, surtout ne pas le faire, et là à ce moment-là, on va vers des choses beaucoup plus importantes, beaucoup plus cruciales de leur douleur. Et après dans le savoir c'est peut-être aussi savoir passer par le corps. Je parlais de médiation, l'ouverture psychique n'est pas une évidence, et ils ne viennent pas pour ça, a priori. Donc quand je dis passer par le corps, ça passe d'abord, toujours par un examen clinique, prendre le temps et bien examiner la personne, là aussi ce n'est pas fréquent. Ce n'est pas qu'on est extraordinaire, on ne fait rien d'exceptionnel, c'est-à-dire on prend le temps d'examiner, on prend le temps de palper, d'être dans cette recherche. Ce qui déjà en soit permet un certain nombre de diagnostic, je vais dire des choses très... voilà. Et en même temps, et ça c'est quelque chose, (je suis intervenu dans des psychanalyses, y a pas longtemps sur ces

thématiques) dans tout ce qui se passe durant un examen clinique et comment ça peut lever une parole. Alors je ne suis pas shaman, hein, *-rires-* Mais il est évident que selon la qualité de l'examen, l'attention prise dans l'examen, combien de fois, et je m'en suis aperçu, euh je ne sais pas, après, ce sont des choses dont on peut se souvenir, des histoires qui émergent, souvent des traumatismes qui à l'occasion de l'examen clinique, là sont dit, ressortent à ce moment-là et n'étaient pas ressorti avant. Vraiment un ressenti corrélé à ce contact, au fait qu'on vient un peu s'occuper de ce corps qui souvent a été quand même bien meurtri et bien traumatisé. Parce qu'hélas en douleur chronique il y a beaucoup beaucoup de traumatismes initiaux, traumatismes dans l'enfance, traumatismes familiaux. Donc ça aussi, il faut du temps, il faut passer par cet examen clinique et qui deviennent de vraies médiations. Et ça peut avoir une puissance qui m'étonne toujours. Et pourtant, je veux dire, je ne fais pas... Mais à partir du moment où les gens sentent une forme d'attention, de respect des limites, parce qu'il y a des examens, des patients qui me décrivent des examens très brutaux par rapport à leur souffrance, vraiment très violents et qui là, renouvellent véritablement le traumatisme, là on a un bis repetita, donc bien sûr c'est catastrophique dans ces moments-là. Alors que justement une approche attentionnée et aussi le respect qu'il y ait des zones qui puissent ne pas être touchées, ce qui existe, quand même bien en douleur chroniques. Mais qui donnent l'occasion de les aborder et du coup de mettre des mots là-dessus. Ça c'est une passerelle encore soma/psyché, qui est peu, qui n'est pas du tout... on n'en parle pas dans les enseignements de ça. Pourtant, c'est bon, c'est la puissance du toucher, du contact, et de la médiation qu'elle peut représenter.

- R : D'accord, merci.

- M2 : Je ne sais pas si j'ai à peu près répondu à..., le sujet est vaste...

- R : Oui, est-ce que vous auriez des remarques ?

- M2 : Je ne sais pas si ce sont des remarques, non... Je crois que, dans les principes fondamentaux de ce qu'on peut appeler une globalité, parce qu'on en parle de prise en charge globale mais c'est quoi une globalité, une vraie globalité ? qu'est-ce qu'on fait dans cette globalité ? Entre justement cette forme d'écoute, cette disponibilité, ces recherches de médiations corps/esprit, que ce soit par la sophro, par l'examen clinique, par... toujours avoir à l'esprit en fait, qu'on travaille sur une seule et même chose et je trouve la phrase (enfin, je suis désolé, je l'ai découverte il n'y a pas très longtemps, mais alors j'étais très content de la découvrir parce que pour moi c'est exactement ça) que c'est vraiment les deux aspects d'une seule et même chose et ça j'en suis, au fil des années alors, totalement convaincu.

- R : Et pour vous le psychiatre, est-ce qu'il s'occupe du corps aussi, enfin du soma ?

- M2 : Alors oui. Alors pas tous *-rires-* pas tous parce qu'il y a des psychiatres qui disent d'emblée au patient, et ça ça pose souvent un problème quand même : « Écoutez la douleur et votre corps ça on laisse de côté, vous n'êtes pas là pour ça ». Y en a qui disent ça. Et ça ça pose un problème. C'est comme si nous on disait : « bah écoutez votre psychisme bon vous êtes dépressif d'accord, mais ce n'est pas votre problème, vous avez mal donc on va s'occuper de votre douleur ». Bin non, il y a une reproduction du côté psy, de ce qu'il peut se passer du côté soma et ça c'est un vieux truc qu'on se tape un peu régulièrement. Donc il faut une approche globale de tout le monde. Dans l'équipe le principe c'est d'essayer de faire en sorte que tout le monde aille le plus possible dans une approche globale tout en respectant chacun ses compétences, mais d'avoir un peu une connaissance du tout et tout sur quelque chose. Mais ça c'est un vieux principe. Donc on a un psychiatre qui sait écouter le corps, il sait quand il y a une plainte somatique qui arrive, il sait l'écouter aussi. Et c'est intéressant parce que, parfois il y a des choses qui sont dites à l'un et pas à l'autre, bien sûr, c'est tout l'intérêt de l'interdisciplinarité, aussi. « Ah ! Tiens, il t'a parlé de ça, moi il ne m'en a pas parlé, mais pourquoi il ne m'en a pas parlé alors qu'a priori je pouvais être le premier destinataire de cette info ». Bah ça c'est une richesse supplémentaire. Qu'est-ce qui se passe, et on essaie de décortiquer un petit peu ça pour comprendre pourquoi, effectivement, cette parole a été destinée à l'un alors que ce n'était pas a priori dans le champ de compétence attiré de cette personne. Quand on peut travailler comme ça. A ce moment-là c'est riche.

Donc oui, bien sûr qu'il s'occupe du corps. Mais il s'occupe du corps parce que ça fait un tout donc l'incidence est évidente.

- R : Et c'est dans cette idée de « tout » on va dire, que vous avez décidé dès le départ d'avoir un psychiatre dans votre équipe ?

- M2 : Oh oui, c'était de toutes façons, une décision d'emblée. D'emblée on a été... On a eu un psychiatre, on n'a eu du mal pouvoir avoir des temps de psycho initialement alors que le psychiatre, par contre, on pouvait puisqu'il y avait des consultations reconnues. Et on a trouvé une sophro d'emblée aussi, justement pour pouvoir travailler aussi d'emblée cette dimension-là. Or on était au tout démarrage, on ne savait rien, on avait tout à apprendre. Parce que ce n'est pas dans les livres qu'on a appris, honnêtement, je ne veux pas être... Sûrement pas.

- R : Merci

Entretien M3

R : Alors, ma première question c'est : est-ce que vous pouvez me raconter votre première journée en service de centre de la douleur ?

M3 : Ma première journée ?

R : Oui

M3 : Bah... euh... je crois que je ne m'en rappelle pas bien. La seule chose dont je me rappelle de mes débuts en douleur c'est le premier staff pluridisciplinaire. C'étaient des staffs « pluri » à l'époque, pas « inter ». Vous connaissez la différence ? Non ?

R : Non.

M3 : C'est pas bien : « inter » c'est que les professionnels sont en lien entre eux, et « pluri » c'est que chacun donne un avis sur le patient. Du coup je me rappelle du staff, et je me rappelle que moi j'étais [spécialité] à l'époque et je travaillais entre le déchocage et le centre de la douleur, vous voyez ce n'était pas tout à fait le même domaine. J'ai le souvenir de la psychologue qui était très sympathique et je me rappelle même qu'elle était habillée en vert, vous voyez, je me rappelle de sa tenue. J'ai le souvenir d'une ambiance très bienveillante mais par contre j'avais du mal à trouver ma place parce que moi j'étais plutôt un technicien au départ quand même, et donc de me retrouver dans cet univers pluri, inter, disciplinaire, je me disais « tiens c'est bizarre », je ne me sentais pas forcément dans mon élément. Et puis en fait, au fur et à mesure je me suis aperçu que justement, moi, c'est ce qui m'intéressait, c'était d'être dans cet entre-deux.

R : Entre-deux... quoi ?

M3 : Bah... dans cette médecine qui est à la fois plongée dans une clinique de la plainte et où il y a quand même des phénomènes nociceptifs dont il faut tenir compte. C'est-à-dire que l'on a tout de même besoin de tenir compte du caractère nociceptif du phénomène initial, phénomène qui secondairement a mis en jeu la plainte. Cette plainte elle est ancrée dans la subjectivité et du coup, c'est là-dessus qu'on travaille aussi. C'est là-dessus que l'on travaille parce que la douleur c'est quand même un truc complexe qui est à la fois du nociceptif mais qui est aussi beaucoup ancré dans les émotions, dans la subjectivité et il y a quelque-chose qui se passe dans la relation médecin-malade. Mais ce n'est pas à vous que je vais l'apprendre... Il y a quelque-chose qui relève aussi du transfert avec le médecin somaticien dont on se sert aussi. Un peu comme ça peut se passer entre le psychiatre et l'analysant, en cure. On ne fait pas de psychanalyse nous, mais on essaye de maintenir une position médicale à l'ancienne, c'est-à-dire comme le faisaient les médecins d'autrefois... avant qu'on industrialise la médecine et qu'on travaille à la chaîne. A l'époque, on écoutait les patients. Et nous, nous avons la chance pour un petit moment (espérons-le), d'avoir des financements qui nous permettent de faire des consultations un peu plus longues que la moyenne et pour nous permettre d'écouter les gens. Donc on tient compte quand même de la problématique médicale, parce qu'il ne faut pas oublier qu'il y a au départ une problématique médicale. Et puis de cette problématique médicale émerge une plainte. Cette plainte, c'est un phénomène nociceptif qui est rapporté par la subjectivité du souffrant. On n'est pas sur une hypertension artérielle ou sur une onde Q à l'ECG dont le patient n'aurait pas conscience. On est sur un ressenti qui est pris dans la subjectivité individuelle. Vous voyez, c'est ça qui finalement m'a passionné et c'est comme cela que je me suis mis à m'intéresser à la psychanalyse. Attention, je ne me positionne pas dans une position d'analyste justement. Le fait de m'être intéressé à la psychanalyse, c'est ce qui m'a permis de ne pas psychologiser la plainte de mes patients. Car je crois qu'il n'y a pas de composante psychique à la douleur mais que le psychisme il est toujours là, parce que c'est lui qui rapporte la plainte et qui traduit des phénomènes nociceptifs... ou pas. Il n'y en a pas toujours, on le sait. Je pense que la psychanalyse m'a permis peut-être de mieux situer la plainte dans la globalité du patient et de pas être maltraitant avec des interprétations qui relèveraient de ce que j'appelle « une psychologie de comptoir ». On met très facilement en lien certains événements de vie avec des problématiques de plainte. Je pense que la psychanalyse m'a appris à supporter le manque à savoir. Vous voyez ? De ne pas être dans une certitude parce que la certitude on l'a du côté médical mais on peut l'avoir aussi du côté des psychothérapeutes... de certains en tout cas. Et moi c'est pour ça que j'apprécie de travailler dans l'équipe avec laquelle je travaille, parce que justement on est dans cet entre-deux, à l'écoute de la subjectivité des patients. On a tous tendance à interpréter, mais dans cette équipe, psychothérapeutes compris, je trouve qu'on n'est pas dans l'interprétation, comme celle que l'on entend parfois dans certaines présentations lors de congrès. Je pense qu'il y a deux types de psychothérapeutes. Il y a ceux qui interprètent et ceux qui interprètent moins et qui écoutent différemment la subjectivité et des résonances somatopsychiques possibles. Ils laissent de côté leur certitude et se tiennent un peu à côté. Ils supportent le manque à savoir. Et je pense que supporter ce manque à savoir, bon c'est ce que j'essaie aussi de faire, c'est une forme de bienveillance pour le patient. Parce que ça nous échappe ce qui peut se passer... c'était quoi votre question au départ ? Si je me rappelais de ma première journée ? D'accord... bon. Je suis peut-être trop bavard.

R : Ça a un peu dévié mais c'est très bien. Et, oui, du coup vous disiez qu'au début vous étiez un technicien et que ça...

M3 : Enfin, j'étais... j'avais appris... j'étais au [service] donc je [description du travail de sa spécialité] et une famille qui pleure... Il y avait de la subjectivité hein... mais c'était de la subjectivité aiguë on va dire. Vous voyez quand il fallait annoncer à une maman que son garçon de 19 ans était en coma dépassé bah, il y en a de la subjectivité, et puis en plus on s'y prend mal. Et du coup j'étais davantage dans le soin concret. Je faisais partie du [service] et je faisais des gardes de [spécialité], donc on faisait tourner le [service], on recevait tous les [patients de la spécialité]... Donc voilà quand vous arrivez dans un staff pluridisciplinaire de douleur chronique vous vous dites « waouh ! », là il y a un gap. C'est comme ça qu'on dit ? Mais, c'est pour ça qu'au départ, si voulez, ce n'est pas très excitant d'écouter une réunion pluridisciplinaire. Au départ. Et puis après on s'aperçoit que finalement ce qui... ce qui... Enfin moi... je ne sais pas comment expliquer ça, mais je trouve que justement la [spécialité] c'est quelque-chose qui est ... moi j'admire mes collègues qui ont continué à faire ça, qui n'ont jamais changé de voie. C'est lourd hein, c'est lourd parce que justement on a tendance à dénier un peu toute la dimension subjective parce qu'on est obligé, on est dans des soins qui doivent être vraiment techniques, tenant compte de l'evidence based medicine etc, pour essayer d'être le plus objectif possible et de donner toutes ses chances au patient. On essaye dans ces moments de prise en charge somatiques urgentes de ne pas mettre des sentiments, de la subjectivité, des trucs comme ça. Même si en général, j'ai remarqué que les [spécialistes], même si ce n'est pas forcément des grands bavards, ils ont quand même... pas tous... ils ont une façon d'aborder les choses avec les familles, enfin je veux dire ils travaillent là-dessus, donc à la fois ils ne parlent pas beaucoup au patient mais ils sont quand même pris dans des relations intersubjectives qui sont lourdes. Le fait est que de faire de la [spécialité] ou même d'être [spécialité] c'est quelque-chose qui nous permet quand même d'appréhender la relation intersubjective. Enfin... on connaît l'humain parce qu'on y est plongé depuis notre tendre enfance... je veux dire... Vous vous rendez compte de tout ce qu'on fait en médecine ? Dès votre externat vers 20 ans, lors des gardes aux urgences vous vous retrouvez confrontés à la maladie et la souffrance de manière assez violente.

R : Oui...

M3 : Ce n'est pas rien. Donc voilà. Donc en fait, il y avait une différence énorme entre la douleur chronique et le monde de [spécialité], mais c'est surtout que ce n'est pas le même rythme. C'est sûr que quand vous sortez du [service] et que vous allez faire une consultation de douleur chronique, ce n'est pas la même chose. Même si en ce qui me concerne, sur le plan médical, toute mon expérience acquise comme [spécialiste], ce sont des choses qui m'ont servi pour la prise en charge des douleurs chroniques.

R : Ok

M3 : Voila

R : Et, en entendant « psychiatrie et douleur chronique », à quoi ça vous fait penser ?

M3 : Ben, psychiatrie et douleur chronique à quoi ça me fait penser ? Ça me fait penser qu'il y a quand même un lien.

R : Oui ?

M3 : Oui, on a quand même des patients qui sont en souffrance. Nous, on n'imaginerait pas ne pas travailler avec des psychistes, c'est à dire des psychologues et des psychiatres parce qu'on a quand même des patients qui vont très mal, qui vont très mal pour plusieurs raisons. Soit parce qu'il y a vraiment une personnalité, enfin une structure pathologique qui est décompensée par la problématique douloureuse ; Soit que la douleur a des conséquences thymiques (c'est ce qu'on dit en général au patient) ; Soit, il n'y a absolument pas de phénomène nociceptif originel, et la plainte est purement psychogène. C'est quelque chose qui est un peu oublié dans la nomenclature je crois, on parle de troubles somatoformes, enfin on a, ce que l'on appelait autrefois des conversions et que certains appellent encore comme ça. Donc voilà, il y a des troubles psychogènes qui sont à mon avis minoritaires mais source de répercussions énormes. Et puis les douleurs chroniques ça vient ravager la vie des patients donc oui oui, psychiatrie et douleur chronique, oui ça me parle.

R : Et, quand est-ce que vous orientez les patients vers le psychiatre ?

M3 : Ben quand il y a une indication !

R : Oui, qu'est-ce que vous en attendez ?

M3 : Oui, alors le psychiatre ou les psychologues ? Parce qu'il y a différentes choses si vous voulez. Nous on a des troubles fonctionnels douloureux... On sent qu'il y a quand même quelque-chose qui émerge au niveau d'une prise en charge mais qui ne relève pas forcément de la psychiatrie donc dans ce cas-là on oriente vers les psychologues. Puis il y a un travail interdisciplinaire qui se met en route, non pas pour démasquer quelque-chose, vous voyez, on n'est pas dans cette interprétation de lien de cause à effet entre le psychisme et le somatique, c'est-à-dire que le psychisme et le somatique c'est tellement... c'est pas deux entités différentes. Vous savez ça ?... Non mais on n'est pas tous d'accord. Je veux dire c'est ... il y a une immanence de l'un à l'autre, le psychisme c'est du somatique, et le somatique il est forcément pris dans le psychisme. Donc vous voyez, on n'est pas là pour démasquer quelque-chose, on essaye davantage de travailler ensemble, être dans une écoute subjective du patient, voir un peu comment il se débrouille de sa problématique qu'elle soit purement somatique... ou autre... qu'il puisse être accompagné de ce côté-là. Puis après on a tout de même des suivis avec les psychologues qui aboutissent à un apaisement de la plainte. Donc on entend bien que cette plainte elle est ancrée dans quelque-chose qui parfois dépasse, très souvent même, le système nociceptif. Concernant le psychiatre, nous on le réserve aux situations (parce qu'on n'en a pas beaucoup de temps de psychiatre) un peu alarmantes. Quand il y a besoin d'un traitement, en général j'envoie chez le psychiatre, je ne prescris pas d'antidépresseur si ... enfin... je ne prescris pas d'antidépresseur pour la thymie, je les prescris pour les douleurs, quand je le prescris pour la thymie j'envoie chez le psychiatre parce que j'estime qu'il faut un suivi spécialisé, au moins une consultation. De la même façon, pour les patients qui se font prescrire des antidépresseurs par leur médecin traitant en général je leur conseille d'aller voir un psychiatre. C'est peut-être pas bien mais je le fais quand même parce que je pense qu'il faut pouvoir accéder à la problématique originelle... je ne dis pas que les traitements ne servent à rien... hein moi je pense que justement c'est peut-être ce qu'on peut des fois reprocher à la psychanalyse, c'est que des fois il y a des patients qui ont besoin d'un traitement et qui restent à se morfondre sur le divan pendant des années... mais par contre on ne peut pas laisser un patient pendant deux ans sous Prozac et ne pas lui en demander quoi que ce soit. Continuer à le suivre pour sa grippe, ses vaccins et puis ne pas... je veux dire il faut qu'il y ait une ouverture sur la parole pour pouvoir travailler. On est des êtres humains, on parle, donc il faut exploiter ce langage. Donc en ce qui nous concerne, le psychiatre c'est plutôt comme ça qu'il est positionné, comme un recours quand il y a vraiment une pathologie psychiatrique qui précède ou qui apparaît à la suite du syndrome douloureux. On rencontre des syndromes anxiodépressifs sévères, des psychoses, des troubles conversifs. Pour les troubles conversifs, en ce qui me concerne, j'ai tendance à externaliser le suivi pour pas que le travail se fasse à l'endroit de la douleur parce que sinon il y a la limite de la douleur qui est... ça c'est ma vision des choses hein... Je pense qu'il vaut mieux externaliser le suivi même si c'est pas toujours facile mais... parce que sinon on est... sinon il y a la jouissance de la plainte qui vient tout bloquer, enfin... Les troubles conversifs on en voit régulièrement. J'ai vu un patient en fauteuil roulant quand même. Ça faisait sept ans qu'il était en fauteuil roulant, il a fait... il aurait fait un AVC mais bon on a fait relire les imageries par les neuroradiologues, il n'y avait pas d'AVC. Son examen neurologique était normal à part qu'il ne bougeait pas d'un côté, mais pas de spasticité, pas de syndrome pyramidal, des réflexes comme vous et moi. Alors il se trouve que c'était peut-être plus une simulation parce qu'il a été vu quelques semaines après ma première évaluation par la secrétaire en train de faire ses courses à Lidl... c'est embêtant... Bon et il avait un discours très... complètement mythomane ... Donc dans son cas, ce n'est pas une simple simulation pour avoir des bénéfices primaires Il s'agissait d'avantage, à mon avis, d'une pathologie de personnalité. Il a été perdu de vue, mais il a été beaucoup suivi par le psychiatre. Mais lui... c'est quand même un cas particulier. On a surtout recours au psychiatre pour nos patients qui décompensent. Parce qu'on en a qui décompensent sur la douleur chronique ou parce qu'il y avait une structure au départ qui était quand même...

R : Mais du coup ce patient là c'était plus psychiatre que psychologue ?

M3 : Lequel ?

R : Le patient en fauteuil roulant.

M3 : Pourquoi je l'ai envoyé préférentiellement chez le psychiatre ? Parce qu'il avait pleins de traitements je crois. Il avait pas mal de traitements et puis... Et puis j'avais peut-être besoin d'avoir une vision de quelqu'un... d'un médecin. Vous voyez ? Je pense que le psychiatre et le psychologue ce n'est pas pareil. Les psychologues elles ont un côté... ce que je dis... Non, mais... Je pense que c'est pas du tout la même approche. Mais dans les psychiatres vous avez de tout, dans les psychologues vous avez de tout également. Mais je pense que, ça c'est mon égo médical mais... je pense que par rapport à ce que je vous disais tout à l'heure, nous, les médecins, depuis notre tendre enfance on est en première ligne de la souffrance. Vous faites des gardes aux urgences comme externe, comme interne, bon après vous êtes interne, sénior [en spécialité], vous gérez des trucs, vous ne connaissez pas la psy mais vous connaissez l'être humain, vous êtes confronté à la subjectivité dans toute sa crise aigüe depuis votre tendre enfance, donc je pense que le médecin il a quand même quelque-chose, il a quelque-chose qui le différencie un peu des psychologues. Je pense qu'entre un interne et un étudiant en psycho, un interne de psychiatrie et un étudiant en psycho, il y a une expérience de subjectivité qui n'est pas la même. Vous n'êtes pas obligé de le répéter à tout le monde ! Et du coup je pense que... et je pense aussi que le médecin il a un certain engagement dans le soin qui n'est pas forcément celui du psychologue qui est plutôt à côté, mais c'est son rôle vous voyez il est... le

médecin il est engagé dans le soin, le soin médical, et le psychiatre aussi je pense. Le psychologue, il est un peu à côté et je pense d'ailleurs que c'est ce qui lui garantit la singularité et la spécificité de son écoute.

R : D'accord. Alors que le psychologue il explique ?

M3 : Ouais, ou alors il est... il est un peu plus à côté, vous voyez il est plus dans l'écoute du discours etc. Je ne dis pas que le psychiatre ne doit pas écouter mais le psychiatre même symboliquement il est engagé dans le soin médical parce qu'il est ... d'ailleurs c'est pour ça qu'il y a beaucoup de patients qui ne veulent pas voir le psychiatre hein.

R : Ah oui ?

M3 : Si vous rajoutez « aître » à la fin ça ne marche plus des fois, oui il y en a qui ne veulent pas.

R : Ils préfèrent voir le psychologue ?

M3 : Ça leur fait peur oui. Ouais je pense que la psychologue c'est... ils ont l'air d'être moins pathologiques quand on leur propose...

R : Le psychiatre c'est grave ?

M3 : Ouais, en général quand même. Enfin, c'est l'impression que me donnent mes patients... ouais, ouais, si. C'est souvent d'ailleurs les plus malades qui refusent. On rencontre aussi des psychoses. Par exemple, j'ai un patient que je suis depuis longtemps qu'on m'avait envoyé pour réaliser une stimulation médullaire, parce qu'il a une sciatique chronique mais alors là, voyez, on est vraiment dans l'exemple type de ce que peut être le lien entre « douleur chronique » et « psychiatrie », c'est-à-dire que c'est un patient qui a décompensé du fait de sa douleur et des phénomènes nociceptifs inhérents à la lésion nerveuse. En fait il a été opéré très tardivement, il a probablement au départ, ça c'est ma théorie et ça a été celle de certains psychiatres... Il avait une structure psychotique, sa mère avait une schizophrénie, son père était un mafieux grenoblois qui était soit en prison soit en cavale et... donc il le voyait un peu en cachette... Et quand j'ai reçu ce patient, je me suis dit c'est pas possible, enfin il est... il est... il est pas dans un registre névrotique, enfin là... et le problème c'est que probablement le retard de prise en charge de sa sciatique était lié à ça, c'est-à-dire qu'il a attendu pour se faire opérer, il a même refusé, et du coup il en a conçu une sciatique chronique avec une douleur neuropathique. La description de ses douleurs nous laisse percevoir l'horreur nociceptive qu'il ressent subjectivement. Il exprime cela grâce à un discours à connotation très psychotique, et je pense qu'il vit un enfer. Et du coup je n'ai pas posé l'indication de stimulation médullaire parce que ça me paraissait être une contre-indication formelle étant donné le ressenti artificiel de paresthésies que cela procure... enfin... il est... et là il est en train de se dégrader vraiment sur un mode psychotique. Il avait été mis sous neuroleptiques qui ont été arrêtés par un autre psychiatre et là il est plus ou moins à la rue. Moi c'est un patient que je continue à suivre mais qui est en refus de soins psychiatriques, alors... bon, c'est compliqué, ça, c'est compliqué. Bon ceci dit, là je l'ai revu il n'y a pas très longtemps. Lui ce qu'il voudrait c'est reprendre son travail mais je pense qu'il ne pourra pas... mais bon. Enfin lui, voyez, on est vraiment sur quelque-chose de complexe, il y a vraiment des phénomènes nociceptifs avec des séquelles neuropathiques et tout cela est venu décompenser une structure psychique qui était vraiment « mal structurée ». Vous voyez ? Structurée sur une psychose quoi. Une psychose qui s'est probablement démasquée par la douleur, douleur qui est probablement liée au fait qu'il a supporté plus que ne l'aurait fait un bon petit névrosé vous voyez. Comme moi, moi je pense que j'aurais été opéré 3 ans avant lui. Non mais c'est terrible pour lui, je pense que... et donc la question d'une neurostimulation ne se posait pas pour moi, ce n'est pas possible. Donc on est avec des traitements lourds, un patient qui est mal soulagé, qui n'est pas bien suivi sur le plan psy, je ne me rappelle plus s'il a repris un suivi avec son psychiatre de Saint Egrève mais en tout cas la situation est très préoccupante.

R : Et il est suivi par une psychologue ici ?

M3 : Il a l'avait vue pendant son hospitalisation. Je l'avais hospitalisé ouais. Ouais, je l'avais fait hospitaliser.

R : Parce que du coup vous avez des lits d'hospitali...

M3 : ... Vous vous êtes psychologue ou psychi...

R : Non psychiatre.

M3 : Ah bon pardon.

R : Ce n'est pas grave.

M3 : Mais... non mais surtout que... Pour moi psychologue, psychiatre, pour moi ce n'est pas la même chose. Je pense qu'il y a une différence des deux côtés, ce n'est pas pareil. Donc oui vous me disiez « est-ce qu'il a vu une psychologue ? ». Il avait vu une psychologue pendant son hospitalisation, enfin je crois... je sais plus s'il l'avait rencontrée, mais en tout cas c'est un patient dont j'ai parlé en supervision (on est supervisé) et j'en avais parlé plusieurs fois en staff donc c'est vrai que les psychologues m'ont beaucoup aidé pour ça. Parce que on a... enfin je veux dire, c'est ça aussi l'interdisciplinarité c'est qu'on ne voit pas forcément le patient mais par rapport à ce que vous en racontez il y a quand même des choses qui émergent, qui vous permettent de vous sentir moins seul et de progresser dans l'évaluation du patient.

R : Et du coup vous disiez que pour les patients, psychologues et psychiatres il y a une gradation dans la gravité. Pour vous c'est un peu la même chose ou pas ?

M3 : Ben ça dépend du mode d'exercice du psychiatre si voulez. Mais oui, enfin je pense qu'il y a quand même un recours au psychiatre quand il y a besoin d'une médicalisation, mais ça ne veut pas dire que le psychiatre ne va pas entendre la subjectivité. C'est-à-dire que des fois les psychologues ça pourrait les arranger que le psychiatre ne soit là que pour prescrire des médicaments pour garder le monopole de l'écoute analytique... euh... mais c'est normal, c'est humain. Le psychiatre, il ne travaille pas que sur le DSM vous voyez, il ne traite pas que des symptômes. Il réfléchit un peu quand même. Je pense ! Pas tous... Mais il réfléchit un peu et il se dit bon il y a peut-être une ... une psychogénèse. C'est-à-dire... oui une psychogénèse. Vous voyez ce que je veux dire ? On peut faire une petite pause, il y a mon interne qui m'appelle, ça ne vous embête pas ?
[...] Désolé de vous vous avoir arrêté.

R : C'est pas grave. Du coup vous parliez un peu de la différence psychiatre/psychologue.

M3 : Ouais, ben, oui oui, je pense que c'est, oui je pense que des fois les psychologues ça peut... Enfin du côté des psychologues je pense que elles, elles voient plus... elles sont peut-être plus là pour écouter, bon après ça dépend des orientations de la psychologue, si elle fait de la TCC c'est pas tout à fait pareil, sinon les psychologues ayant plutôt une orientation analytique elles, je pense qu'elles... dans une équipe comme ça elles voient plutôt le psychiatre comme le prescripteur, ce qui est légitime mais je pense que le psychiatre il est quand même... il est à la fois prescripteur mais il est aussi là pour... pour écouter la subjectivité, enfin c'est ce qu'on disait. Et tenir compte aussi de la... mais après ça dépend parce que si vous allez dans certaines structures très universitaires, je ne suis pas sûr que le psychiatre soit forcément dans cette orientation. Vous voyez, il va peut-être plus travailler sur ... Je ne sais pas en fait, on en entend parler parfois, c'est comme ça... la psychiatrie universitaire elle peut être vue un petit peu actuellement comme étant un peu... réduisant un peu le symptôme... à un processus neurobiologique ou à... comment dire... un trouble du comportement... et pas forcément comme quelque-chose avec une psychogénèse. Par exemple le trouble obsessionnel compulsif, vous avez la version universitaire où on va peut-être lui mettre une électrode pour stimuler les noyaux gris centraux, je crois que ça se fait ça, et vous avez le psychanalyste qui va essayer de sonder par la parole toute l'enfance du patient pour voir où se situe l'origine du problème... Moi je pense qu'il y a un peu les deux. C'est-à-dire qu'on ne peut pas faire l'impasse sur la subjectivité mais on ne pas nier non plus qu'il y a des processus neurobiologiques qui sont... Mais on peut agir aussi par la parole sur les processus neurobiologiques par l'intermédiaire de la neuroplasticité cérébrale... Donc, je crois qu'il ne faut pas être fermé mais vous avez certains psychiatres qui sont fermés des deux côtés, enfin d'un côté ou de l'autre, puis vous en avez qui sont plus... plus ouverts... enfin plus ouvert non, parce qu'ils ne sont pas fermés les autres, mais peut-être plus dans cet entre-deux vous voyez. On en revient à ça. Mais... C'est peut-être le reproche que je ferais aux psychanalystes, c'est que peut-être... c'est-à-dire que le psychanalyste il est toujours en recherche de sens. Je crois d'ailleurs que les lacaniens parlent de la jouissance du sens ? Malheureusement, je crois que parfois, les symptômes n'ont pas de sens.

R : Je ne sais pas.

M3 : J'étais allé il y a quelques années à une conférence de psychanalyse sur troubles psychosomatiques. Je n'y avais rien compris, mais personne n'y comprenait rien. Même entre eux ils ne se comprenaient pas. On avait l'impression qu'ils voulaient qu'il y ait du sens, forcément. Alors je réduis un peu les choses, c'est-à-dire moi je suis médecin somaticien mais... Je crois qu'il y a des choses qu'on ne peut pas comprendre, il n'y a pas forcément de sens aux symptômes. Ça ne veut pas dire que ce n'est pas... modulé par le psychisme etc. Mais si vous prenez par exemple une colopathie fonctionnelle, lorsqu'il y a un stress émotionnel, c'est sûr que le symptôme digestif va s'aggraver mais le symptôme n'a pas de sens psychanalytique. C'est-à-dire que ce symptôme n'implique pas de facteur symbolique ou métaphorique, enfin je ne pense pas. Bon, je réduis un peu mais parfois, je pense que si on aborde les choses uniquement du côté psychanalytique et que l'on cherche du sens de partout on peut finir par tomber dans des interprétations de choses mais qui ne tiennent pas forcément debout, c'est-à-dire je pense qu'il faut aussi accepter ce que je vous disais tout à l'heure, c'est ma pensée, d'accepter la non certitude, ce n'est pas comme ça que je l'ai dit, c'était mieux dit tout à l'heure. Enfin, mieux dit...

R : De ne pas savoir ?

M3 : De ne pas savoir, de supporter le manque à savoir. Mais ça, la psychanalyse le permet aussi, voyez c'est ça qui... Mais du coup oui, du coup, du coup, du coup, du coup, oui ! Du coup, bon on parlait de la psychiatrie universitaire ou psychiatrie plutôt orientée très analytique... euh... ouais je pense qu'il faut, enfin on ne peut pas rejeter complètement les théories universitaires et la pharmacologie, et puis la stimulation magnétique dans certains troubles psychiatriques, enfin euh... il y a... c'est à la fois de la neurobiologie et de la subjectivité donc c'est ça qui est complexe, c'est ça aussi qui est intéressant... voilà.

R : Ok.

M3 : C'était quoi votre question au départ ? Psychologue/ psychiatre c'est ça ? Oui, bon nous quand les patients nous inquiètent ils vont voir le psychiatre parce que même sur le plan médico-légal ça peut être important, enfin je veux dire... il faut que le patient soit vu par le psychiatre lorsqu'il y a des signes de gravité.

R : C'est quand même pour les patients plus graves.

M3 : Oui moi je vois les choses comme ça.

R : D'accord.

M3 : C'est-à-dire si je vois un patient qui me semble psychotique qui n'est pas traité pour ça, je vais plutôt l'envoyer chez le psychiatre pour qu'il ait aussi un diagnostic. C'est pas que le psychologue ne fera pas le diagnostic, mais... mais... voilà s'il y a des éléments du discours qui nous interpellent dans ce cas-là on commencera plutôt par le psychiatre, si on est devant un patient qui paraît mélancolique je l'envoierais plutôt voir le psychiatre, après si on est sur une plainte chronique dans un contexte qui paraît plutôt névrotique vu de notre position, sans élément de gravité, on va plutôt orienter vers la psychologue non pas parce que se sera plus facile, mais parce que c'est à mon avis plus adapté à leurs pratiques et à leurs responsabilités. Je ne pense pas qu'on puisse envoyer un patient mélancolique qui a besoin d'un traitement ou d'une hospitalisation chez la psychologue, on va l'envoyer chez le psychiatre puisque c'est... c'est au psychiatre de prendre une décision médicale. Voilà comment je vois les choses.

R : Ok. Et il n'y a que les médecins qui envoient vers le psychiatre ?

M3 : Euh, bah non les psychologues, ça arrive qu'elles demandent également, ça arrive qu'elles demandent à ce que le patient rencontre le psychiatre, non ça arrive.

R : Pareil, quand c'est trop grave ?

M3 : Oui quand elles pensent que les patients ont besoin d'un traitement, oui, en général c'est ça. Ça arrive.

R : Du coup si on devait résumer un peu le rôle du psychiatre ici ?

M3 : Alors le rôle du psychiatre c'est ... il a quand même, pour moi, la même position que les autres psychistes mais aussi des somaticiens. Je pense qu'il peut occuper la même position intersubjective que les psychologues (tout dépend de sa formation) ... et quand il y a des signes de gravité c'est à lui de voir les patients, éventuellement de discuter d'un traitement ou d'une hospitalisation en secteur spécialisé quoi. Parce qu'on a quand même des patients qui endurent des choses difficiles c'est sûr... Puis d'autres... peut-être un peu moins que ce qu'ils disent. Ça ce n'est pas bien de dire ça.

R : Très bien, merci.

M3 : De rien.

R : Est-ce que vous auriez une dernière remarque ?

M3 : Non... votre sujet c'est quoi ?

R : C'est la place du psychiatre dans la prise en charge de la douleur chronique.

M3 : Bah oui, je crois vous avoir dit à peu près... et je pense que... je pense que psychologue et psychiatre ce n'est pas pareil, vraiment ce n'est pas pareil, et que le psychiatre il est quand même dans un soin médical, ce qui ne l'affranchit pas de l'écoute subjective etc... Et après je pense qu'il y a aussi... ce que je ne vous ai pas dit, c'est je pense que... du fait de ce statut médical du psychiatre, la dimension transférentielle avec le patient n'est pas la même, enfin le transfert qui s'instaure avec le psychologue et le psychiatre, le fait qu'il soit médecin le psychiatre,

pour certains patients, on ne peut pas généraliser, mais je pense que c'est pas forcément la même chose, mais c'est... c'est ce que l'on a tendance peut-être à oublier aujourd'hui... Nous on ne veut pas rester médecin uniquement pour notre égo. Je pense que le médecin doit diriger les soins, diriger symboliquement les soins. Pourquoi ? Ce n'est pas pour l'égo du médecin. Peut-être un peu, inconsciemment, mais je ne crois pas. Je pense que c'est parce que le médecin occupe cette position d'exception dans le parcours... Et du coup il y a un transfert, que ce soit avec le psychiatre ou le somaticien, il y a un transfert qui est important avec le docteur parce qu'il est médecin donc il a une position d'exception, une position symbolique d'exception, et que... dans l'interdisciplinarité il ne faut pas dénier cela, il ne faut pas l'oublier. Je pense que c'est vraiment cela qui vient orchestrer le transfert qui s'instaure entre le médecin somaticien et le patient et que c'est cela qui vient orchestrer la prise en charge. Et je pense que si vous allez vous-même voir une psychologue en ville, le transfert il sera aussi puissant mais si vous allez voir une psychologue dans une structure interdisciplinaire de prise en charge de la douleur, le transfert avec la psychologue il va s'instaurer au travers de la prise en charge médicale quand même, c'est parce que la psychologue fait partie de l'équipe du médecin que le transfert fonctionne. Je pense. Et je pense qu'à force de placer le médecin comme un vulgaire prestataire de service et à oublier cette dimension symbolique et justement la puissance du transfert en médecine, on désorganise l'intersubjectivité de la relation de soins. Ce n'est pas vrai pour toutes les spécialités, par exemple en cardiologie, lorsque vous faites des anti arythmiques pour réduire une FA ou une tachycardie ventriculaire le transfert qu'il soit actif ou pas... voyez, ce n'est pas primordial... mais par contre dans une problématique comme la douleur chronique qui est une clinique de la plainte... il y a quelque chose qui s'instaure et qui est lié justement à cette position un peu d'exception qu'on a encore un petit peu en médecine et qui vient orchestrer le soins mais également la vie en équipe, et je pense que s'il y a beaucoup de souffrances dans les institutions c'est parce que cette position symbolique elle n'est plus forcément respectée par les administrations. Il faut qu'il y ait un chef symbolique, sinon ça ne fonctionne pas et cela génère de l'angoisse chez les patients mais également les soignants... c'est un peu ce qui est en train de se passer actuellement dans les institutions, je pense.

R : Ok.

M3 : Voilà.

R : Merci beaucoup.

Entretien M4 :

R : Et donc ma première question c'est : pouvez-vous me raconter votre première journée en service de douleur chronique ?

M4 : Alors ma journée, euh en service de douleur chronique, en tant que... Alors j'ai déjà fait un stage quand j'étais externe en douleur chronique, quand j'étais externe à [lieu] en [lieu]. On avait deux mois, on pouvait choisir voilà un stage et c'est comme ça que j'ai mis un pied dans la douleur chronique. Donc au chu de [lieu] où d'emblée voilà je trouvais ça intéressant dans cette approche globale et puis d'écoute et tout ça. Donc ça, la première expérience, donc il y a longtemps. Et puis après j'ai commencé à m'intéresser à la douleur chronique dès mon externat après ce stage, parce que j'ai déjà fait le DU douleur. Hum et puis après j'ai fait d'autre chose et je suis revenue après vers la douleur en ayant... c'est après, quand je suis revenue... j'ai refait... après je suis allée à [lieu] où j'étais [interne] puis [poste de médecin] puis j'ai retrouvé le médecin avec qui j'avais fait mon premier stage en douleur et c'est là où j'ai fait ma [formation]. Donc c'était comme ça que je suis arrivée dans la douleur. Et ma première journée vraiment en tant que médecin douleur ça a été à la [lieu], parce que je suis partie après à la réunion et y'a eu un poste qui s'est créé là-bas et une ouverture d'une structure douleur et c'est comme ça que j'ai voilà, ma première journée. Euh je sais pas comment je pourrais définir... euh non j'ai... je pense que j'ai toujours eu un peu même quand je faisais pas de la douleur quand je faisais [spécialité], dans la [spécialité] et tout ça j'ai toujours été dans cette approche un peu globale et d'écoute et c'était un peu pour moi... ça s'est fait naturellement en fait je pense pas que ça a été au départ une difficulté, voilà.

R : Ok.

M4 : Voilà dans mes souvenirs. Oui. Le travail d'équipe aussi qui m'a tout de suite plu euh... Et puis voilà.

R : Ok.

M4 : Voilà (rire).

R : Et du coup en entendant psychiatrie et douleur chronique qu'est-ce que ça...

M4 : Ah bah pour moi ça a toujours été lié.

R : Ouais.

M4 : Hum ... ouais je pensais que, ouais, j'ai jamais séparé vraiment les deux entre la souffrance physique et psychique enfin ça m'a toujours... c'est pareil, ça m'a jamais posé de soucis.

R : D'accord.

M4 : J'ai pas mal travaillé avec des psychologues quand j'étais à [lieu], puis rapidement j'ai rencontré un psychiatre qui m'a sensibilisé au stress post traumatique, j'ai fait un DU de psycho trauma à [lieu], j'ai toujours été, enfin je me suis même demandé à un moment si je voulais pas reprendre des études de psychiatrie à ce moment-là donc non ça c'est pareil ça a été, enfin pour moi, ça a toujours été une...euh... ouais quelque chose qui... que j'ai pas séparé les deux choses. Enfin voilà je sais pas pour moi y'a entre déjà j'ai pas mal travaillé entre le stress et douleurs chronique.

R : Ouais.

M4 : Stress post traumatique et douleur chronique donc... donc voilà. Après j'ai pas eu l'occasion d'avoir de psychiatre. Et de venir à [hôpital] et de travailler avec un psychiatre avant ici en fait donc.

R : Ouais.

M4 : Et je trouve ça intéressant parce qu'enfin puis qu'il y a [nom de psychiatrie] tout ça d'avoir un peu des fois des mettre d'avoir des sans classier les gens mais d'avoir des repères et puis d'avoir savoir un petit peu où on en est, je trouve c'est important je trouve ça toujours bien de travailler d'avoir l'expertise d'un psychiatre je trouve ça permet d'avancer.

R : Ouais.

M4 : Voilà.

R : Et du coup c'est quoi, enfin si y'a pas de séparation tellement entre douleur chronique et psychiatrie...

M4 : De pardon ?

R : De séparation entre la douleur chronique et la psychiatrie enfin qu'est-ce que qui change entre le médecin algologue et le psychiatre ?

M4 : Eh bien, euh comment je pourrai définir ? Je pense qu'au niveau de l'écoute, je pense que, ouais je pense que c'est presque ouais après l'écoute elle est peut-être pas pareil pour un psychiatre elle est peut-être plus repérée des signes délirants ou des signes ou des choses qui vont permettre de faire de faire un diagnostic de trouble de la personnalité.

R : Hum.

M4 : Ou des choses comme ça, je pense que c'est peut-être par rapport à ça.

R : hum parce qu'à première vue on pourrait se dire que le médecin algologue il va s'occuper du cops et le psychiatre du psychisme.

M4 : hum.

R : Et là on n'est plus trop là-dedans.

M4 : Ouais moi j'ai jamais trop été là-dedans, dans les médicaments, dans tout, ça j'ai toujours été un peu beaucoup dans de l'écoute.

R : Ouais.

M4 : Même quand je faisais... et même là maintenant parce que je suis en ville, je vois bien que ma manière de travailler... je récupère un profil de patient même en [spécialité]... pas de profil... mais je suis vraiment dans cette approche un peu globale et j'ai du mal à m'occuper que d'un symptôme sans m'occuper du reste donc euh donc ouais, non moi le psychiatre... ça va plus être... mouais... moi ça va me permettre de mettre des mots, mm pouvoir, des diagnostics, pouvoir, ouais je pense c'est plus, ouais moi je suis pas formée.

R : Ouais

M4 : Plus que ça à la psychiatrie en fait, ouais

R : Ouais d'accord

M4 : J'ai plus fait des formations, qu'est-ce que j'ai fait, j'ai fait un [formation], j'ai fait des formations de ... formation de hum j'ai fait une petite [formation], j'ai fait des choses comme ça mais pas vraiment de formations médicales, psychiatrie ou donc

R : Donc ce que le psychiatre va apporter c'est l'expertise diagnostique et donc

M4 : Ouais

R : Et ce serai quoi la différence entre la différence entre le psychiatre et le psychologue ici en douleur chronique ?

M4 : Ce serai plus je pense que le psychiatre il va plus être là pour, la même écoute tout ça mais plus pour essayer de repérer fin psychologue aussi tu vas me dire.

R : Rire

M4 : Ça va être plus pour adapter des traitements ou repérer si y'a une maladie psychiatrique sous-jacente, ouais.

R : Ouais.

M4 : Ça va être ça pour moi, ouais.

R : D'accord et du coup y'aurai pas du tout un rôle dans la compréhension ou, de ce qui se passe pour le patient ou de psychopathologie.

M4 : Si, si mais ça dépend [nom de psychiatre] étant peu là, il va être plus là pour faire des adaptations de traitement ou des diagnostics ou des choses comme ça.

R : Ouais.

M4 : Après euh je pense que le psychiatre qu'on avait avant et qui était là sur [temps de présence] il avait pas tout à fait... lui il était plus dans l'accompagnement parce qu'il pouvait. Ouais. Peut-être plus la possibilité de le faire ouais. Euh ouais non... j'ai... ouais, la différence entre les deux euh, non je pense qu'un psychiatre peut très bien faire de l'accompagnement, faire un travail de psychothérapie.

R : hmmm.

M4 : Tout dépend de sa formation de son souhait et tout ça, donc tous ne le font pas mais il y en a qui le font très bien.

R : Oui oui, mais euh, enfin c'est quoi ce qui fait qu'on va plutôt orienter un patient vers un psychologue ou plutôt vers un psychiatre ?

M4 : Euh moi je vais plus orienter vers un psychiatre quand je pense qu'il y a besoin d'un traitement ou que j'ai une difficulté par rapport à une adaptation d'un antidépresseur ou qu'il y a besoin d'antipsychotique ou que j'ai un doute sur un diagnostic.

R : Ok.

M4 : Plus d'abord, oui je vais plus orienter vers un psychiatre et quand autrement vers un psychologue oui.

R : Ok.

M4 : Oui quand il y a des idées suicidaires ou pour vraiment... ouai... faire un autre travail.

R : Ok et vous auriez un exemple.

M4 : De ?

R : De situation qu'on oriente vers le psychiatre.

M4 : euh bien ah ouais, les patients qu'on oriente le plus là sont les patients qui vont avoir des symptômes dépressifs avec l'expression d'idées suicidaires.

R : Ouai.

M4 : Ou des troubles anxieux majeurs ou euh oui un exemple concret ?

R : Oui.

M4 : Euh je sais pas ce qui me serait l'idée dans mes patients... euh ouais quand j'ai, ce que j'oriente plus c'est quand j'ai une difficulté par rapport à un traitement ou que y'a un mésusage ou une grande souffrance psychique quoi.

R : Ouais.

M4 : Ça va être plus ça exemple concret comme ça qui me vient... hum... dans les patients qu'on a là. J'en ai pas un qui me vient tout de suite mais si là j'ai un patient mais je sais même pas, qui est pas vraiment de la douleur, qui est venu ici pour une problématique douloureuse soi-disant aiguë et qu'en fait à un trouble de la personnalité à mon avis grave.

R : Ouais.

M4 : Et qui est complètement désorganisé psychiquement qui vient quand il a pas rendez-vous qui appelle 3 fois par jour et pour lequel voilà je m'en sors pas du tout et là j'ai dû faire appel assez rapidement à un psychiatre, [nom de psychiatre], qui voilà m'a permis de... qui l'a reçu et qu'a permis de mettre des mots sur la personnalité de ce patient et... et... de la pathologie de ce patient et moi ça m'a permis de peut-être savoir comment je devais... euh... je devais me comporter donc par rapport à ce patient notamment être cadrant notamment... euh... je pense que voilà ça va être pour ce type de patient où j'ai moins en difficulté dans le relationnel dans ce qui se passait

pour lui dans ce patient qui me mettait la tête à l'envers, là effectivement le psychiatre m'a aidé en me mettant des mots là-dessus et en expliquant le fonctionnement du patient et ces troubles.

R : mmm.

M4 : Ça va être ça donc oui un patient qui me vient, qui appelle tous les jours... ce type de patient.

R : Et ça le psychologue par exemple il apporterait pas la même ...

M4 : Pour celui-là non, je ne pense pas non. Je pense que ... oui là je vais plus avoir besoin du psychiatre... je sais pas, oui. Non je pense que le patient il ne peut pas accéder à un travail psychique.

R : Oui ? ok.

M4 : Ouais.

R : Et du coup le travail du psychiatre ça a été de ...

M4 : De cadrer, de faire le point entre le traitement, et voilà même si pour le moment il reste pareil hein, oui c'est plus ça.

R : Et du coup c'est plus un travail... avec le patient, ou de coordination des soins... ?

M4 : Ça a été plus de coordonner les soins et de mettre un cadre et de voilà... oui, ça a été plus ça. Après ce patient-là peut-être qu'il pourra... je pense qu'il aurait aussi intérêt à accéder à un travail en psychothérapie mais pour l'instant il n'en est pas là.

R : D'accord, et pourtant il enfin...

M4 : Alors le psychiatre je vais peut-être plus envoyer quand il y a une telle souffrance ou une telle désorganisation psychique que le patient il n'est pas ... enfin pour moi, il n'est pas encore prêt ou en capacité de faire un travail en psychothérapie par rapport à la souffrance qu'il a. Je vais plutôt faire comme ça oui. D'abord qu'il passe par le psychiatre, pour qu'on arrive à apaiser les symptômes, réguler un peu tout ça et derrière voir comment les choses avancent. Dans ces cas-là je vais plutôt faire appel au psychiatre.

R : Mais ce patient en question, il a quand même sa place en douleur chronique ?

M4 : Je ne suis plus sûr. Pour moi c'est un patient psychiatrique. C'est un peu la difficulté je trouve actuellement. Ça fait un moment que je fais de la douleur, on a beaucoup de patients qui sont vraiment... presque... qui ont, à mon avis, plus leur place en psychiatrie qu'en douleur chronique... Mais qui arrivent par le biais de la douleur mais... Alors l'intérêt du psychiatre ça peut être aussi parfois permettre aussi au patient d'accéder derrière à un suivi psychiatrique, parce qu'on les rencontre dans le cadre de la douleur et c'est parfois aussi l'occasion de...

R : Et comment ça se fait qu'ils arrivent par-là ?

M4 : Et ben ça je ne sais pas. Je sais pas, c'est parce que... parce que c'est au niveau de la société c'est peut-être plus facile de parler, encore en France, de ses douleurs physiques que de sa souffrance. Je pense qu'il y a peut-être ça. Peut-être qu'il y a un manque d'accès aux psychiatres dans certains coins. Et puis il y a beaucoup je pense de patients qui ont une appréhension d'aller voir un psychologue ou un psychiatre, et un psychiatre actuellement donc euh... Ouais, il y a peut-être de ça oui.

R : Il y a en a qui refusent par exemple ?

M4 : De voir le psychiatre ?

R : Oui.

M4 : Pas tant que ça, finalement. Et je pense pour en avoir parlé avec [nom de psychiatre] que les patients que lui il voit par le biais de la douleur ne sont pas les mêmes que ceux qu'il voit en psychiatrie.

R : ah oui ?

M4 : Il disait que c'était plus difficile parce qu'il y a beaucoup des patients qui étaient dans la réticence à prendre des traitements, à parler d'eux, à rencontrer, enfin souvent ils n'ont pas le même profil. Il disait que c'était plus

difficile en fait les premières rencontres avec ces patients-là. Je ne pourrais pas l'expliquer, enfin voilà je ne sais pas ce qu'il en dira... Parce qu'on a quand même des patients qui sont quand même en déni de leur souffrance psychique qui viennent en... qui ont souvent eu des discours avant, on leur a dit que c'était dans la tête, que c'était psychologique que voilà... du coup après on rame derrière pour arriver à remettre un peu du lien. Et c'est un peu notre rôle les premières consultations, essayer de remettre un peu du lien au milieu de tout ça, essayer de leur expliquer que l'un ne fonctionne pas sans l'autre et que c'est important de s'occuper des deux en parallèle mais je pense qu'ils ont aussi beaucoup de discours avant... plutôt tourner... de cet ordre-là. Voilà.

R : Ok... euh... bon, j'ai un peu fait le tour de mes questions... peut-être une dernière remarque ?

M4 : Non, je pense qu'on aurait besoin de plus travailler ensemble avec les psychiatres, en tout cas en douleur chronique ou même ailleurs, et de plus échanger. C'est un peu ce qui manque je trouve. Alors pas trop là parce qu'on arrive à se voir facilement mais je suis un peu en libéral et je trouve c'est très difficile d'avoir des retours de psychiatres... euh... et c'est dommage voilà. Et puis oui, en structure douleur je pense qu'on aurait besoin de bien plus de temps de psychiatre ça c'est sûr, avec de plus en plus de patient dans des problématiques d'addiction, de... beaucoup ont de gros troubles de la personnalité qui arrivent dans des structures douleur et c'est... je trouve c'est... ça manque cruellement de psychiatre.

R : C'est vrai qu'en faisant les précédents entretiens, ce que je trouve qui ressort c'est une espèce de point de liaison en douleur chronique entre les médecines somatiques et les médecines plus psychiques.

M4 : Oui, moi je n'ai pas vu ça partout, enfin, ici on a quand même très... voilà. Mais il y a des endroits où ça reste très, ou certains collègues douleur où sont encore très séparés. Peut-être moins, mais au début... enfin je sais que quand moi je travaillais à la [lieu] on avait une psychologue et mes collègues... enfin j'avais une collègue qui avait vraiment beaucoup beaucoup de mal avec cette approche-là. C'était pas simple en fait, elle était pas du tout ouverte à ça. Mais je pense que ça a quand même un peu bougé.

R : Là un peu la question c'est est-ce que la douleur chronique ça a une place particulière parmi les maladies chroniques de manière générale, par rapport à la psychiatrie.

M4 : Hum... Les maladies chroniques... ? Oui je pense que c'est assez particulier la douleur chronique, c'est un peu à part par rapport aux autres patho... enfin, ouais je sais pas... d'autres pathologies chroniques, tout ce qui est... Mais je pense qu'on est un peu à la limite hein, on est à la frontière vraiment, entre la psychiatrie... somatique et psychiatrie. Et moi je pense que dans le... pour les médecins qui font de la douleur chronique, si on ne s'intéresse pas à l'appareil psychique, je pense qu'on est vite en burn-out. Si on comprend pas ce qui se passe... parce que c'est quand même beaucoup des patients qui nous mettent en échec, qui nous poussent un peu dans nos retranchements. Si ne fait pas à un moment un travail personnel, ou si on pas une réflexion là-dessus je pense que c'est hyper difficile, à mon avis.

R : Et du coup est-ce qu'on a un peu des idées sur pourquoi c'est différent des autres maladies chroniques ?

M4 : Hum... Je pense que la part des chroniques... Mais c'est des, c'est des... plaintes... les patients douloureux chroniques sont dans des plaintes répétées... c'est des accompagnements longs qui... enfin... ouais je pense qu'on est un peu démuni, au plan médicamenteux il n'y a pas grand-chose qui marche, puis ce qui marche le mieux c'est l'accompagnement, l'écoute... et... voilà... et ça c'est pas bien reconnu parce que, voilà on a pas assez de temps pour le faire mais c'est, donc je pense que c'est ça. Et soit on est pas dans ce fonctionnement-là et on est plutôt dans des gestes invasifs et... auquel cas c'est plus facile mais je pense c'est plus facile parce qu'on évite de s'intéresser au reste, et soit on est... soit on est... oui... soit on est dans ces approches-là et je pense qu'il faut être, voilà... C'est assez lourd quand même je trouve, on est dans la chronicité, la longueur de suivi, pas grand-chose à donner ou à prouver, on a pas été formé vraiment pour ça... je pense. Et quand on commence en douleur chronique on est pas préparé forcément à ça, donc c'est ça qui est un peu difficile ouais. Donc... oui. Donc voilà.

R : Ok

M4 : Quoi dire de plus ?

R : Merci

M4 : Non mais c'est pas simple la douleur chronique. Il y a un peu autre chose aussi. Et, oui les patients sont de plus en plus lourds alors je ne sais pas si c'est pareil en psychiatrie ou pas. Là en douleur, enfin, des gens qui arrivent sui sont en grande souffrance qui arrivent par la douleur. J'en voyais pas autant avant.

R : Ah oui ?

M4 : Oui, je trouve ils arrivent vraiment... là, oui. Je rencontre des gens dans des situations... compliquées. Je pense qu'en psychiatrie les gens ils sont déjà dans cette approche d'aller voir un... je sais pas... plus apte, ou l'envie de se soigner ou ils sont déjà dans cette démarche là je pense. Peut-être que quand ils arrivent là il... il faut vraiment travailler pour qu'ils puissent accepter d'aller voir quelqu'un ou... je pense il y a de ça.

R : Alors que pourtant en psychiatrie, on a même des soins, avant, « obligatoires » et qu'il n'y a pas dans les autres spécialités.

M4 : Ouais. Et puis là je pense qu'on a pas que de la psychiatrie. On a aussi des profils de personnalité. C'est pas des gens qui ont... qui... à mon avis... qui relève de la psy...enfin, pour une partie des gens, il y en a qui ne relèvent pas de la psychiatrie, qui sont vraiment dans un entre-deux, et qui ont vraiment des troubles...du comportement, enfin si c'est de la psychiatrie aussi mais qui sont dans... enfin dans des fonctionnements compliqués. Et je ne pense pas qu'ils relèvent pour autant d'un traitement... avec un psychiatre... enfin voilà. Mais c'est plus euh... des gens qui sont hyper exigeants, hyper insistants, hyper...euh...désorganisés, hyper pleins de choses mais pour autant ils ne sont pas profondément déprimés ou il n'y a pas une psychose avérée qui nécessite... d'un suivi ou d'une prise en charge en psychiatrie. Et c'est ces patients-là qui nous mettent en difficulté je pense.

R : Et du coup ces patients là ils vont voir [nom de psychiatre] ?

M4 : Et ben pas facilement, pas facilement non.

R : Pas facilement, ils refusent ou ce n'est pas proposé ou ... ?

M4 : Si c'est proposé mais souvent ils refusent. On en a un, là qui m'a dit ce matin « voilà, je n'irai pas voir le [nom de psychiatre], je n'ai rien à lui dire ». Donc j'ai dit « ben vous irez lui dire que vous n'avez rien à lui dire ». Mais oui il y a des patients qui sont assez réticents quand même. Donc ... ça va être plus ces patients-là qui... Bon plus la quantité de patients qu'on doit voir, ça, c'est compliqué aussi... bon... voilà.

R : Merci.

Entretien M5

R : Alors, la première question c'est, est-ce que vous pouvez me raconter la première journée que vous avez passé en centre de la douleur ?

M5 : Mmh, alors c'est assez compliqué parce que le centre de la douleur où j'étais quand j'ai commencé à m'intéresser à la douleur n'était pas centre de la douleur. C'était un service, en fait, où j'étais interne, à [lieu], et c'était l'époque... donc on était en [année], donc il n'y avait pas encore de centre de la douleur, individualisé en tant que tel, et c'était un service de [spécialité] où se trouvait un des fondateurs de la société française, de la future société française de la douleur, qui ne s'appelait pas encore comme ça à l'époque. Donc c'était [nom de médecin] qui a été le [fonction] et donc le jour, la première fois, le premier jour, je suis incapable de m'en rappeler, sauf qu'au début de mon stage, sauf que j'ai été très vite confronté à une ambiance algologique dans un service de [spécialité], puisque, au milieu des [pathologies] d'un service de [spécialité] d'un CHU et bien, on avait beaucoup de patients algiques et encéphalalgiques, on avait des [douleur chronique] et ces patients partaient du service aussi de [spécialité]. Voilà, donc c'était ma première confrontation à la complexité de la douleur, euh c'était une époque où il n'y avait quasiment pas de référence, au niveau bibliographie, je me souviens qu'il y avait un livre qui racontait, qui présentait la douleur, et il n'y avait quasiment pas de références. Alors évidemment la douleur faisait partie de la médecine, mais il n'y avait pas de structuration de l'algologie à cette époque, et, par contre, voilà j'ai été confronté à ce [médecin] qui avait cette sensibilité, à la fois très médicale, très phénoménologique de la douleur, dans le domaine de la [spécialité], et puis, qui, en même temps, avait une approche très humaniste, très psy, il avait lui-même un parcours psychanalytique, donc voilà il écoutait les patients, les patientes puisque c'était des [douleur chronique], voilà c'était un peu ça, mes premières confrontations au monde de la douleur, Et puis ensuite, et bien, quand j'ai fini mon internat, c'est ici que s'est créé petit à petit un service qui allait devenir ensuite, ultérieurement, service douleur, voilà. Mais je n'ai pas été, j'allais dire, comme la plupart des étudiants, qui font la capacité un beau jour, qui font les cours, et qui commencent leur stage. Donc, et comme j'ai fait partie de ceux qui ont mis en place, ou contribué à mettre en place l'enseignement de la capacité sur Rhône Alpes et bien voilà j'étais à la fois dedans dehors, dans cette position en tant que médecin, quoi, au niveau et institutionnel et puis enseignant et puis chercheur puisque, parallèlement c'était également dans les [années], en matière de douleur, on montait la section [...] qui s'occupait de la [douleur chronique], qui est une émanation de la [organisation]. Donc, voilà, difficile de répondre à cette question, du fait de mon profil, et de l'historique de mon profil.

R : La deuxième question, c'est à quoi vous pensez quand on parle de psychiatrie et de douleur chronique ?

M5 : Alors bon là aussi, bon, on ne pense jamais qu'à partir de soi, hein, bien sûr, les choses. Mais ce qui m'a... Ce à quoi ça m'a fait penser tout de suite comme association d'idée c'est un coup de fil à [famille] qui étaient des analystes [lieu], on était dans les [années]. J'étais là depuis 5-6 ans, donc j'avais déjà un peu cette fibre-là, la capacité n'était pas encore créée, et le service était en train de se structurer, moi-même je commençais ma première tranche de psychanalyse et 2 ans après j'ai commencé à faire mon cursus [formation]. Et dans cette période-là cette espèce d'amalgame, donc l'image qui me venait c'était celle de l'appel à [nom de psychiatre] sur les conseils des [famille]. [Nom de psychiatre] était psychiatre donc temps-plein à [lieu] et donc il est venu dans notre service quelques demi-journées, puis un peu plus souvent, il est resté 20 ans. Il est resté 20 ans, de [années], donc il a... Alors ma demande elle était, a posteriori assez élaborée, mais sur le moment c'était de me dire on ne s'en sortira pas si on n'a pas un psychiste. Je n'étais pas encore trop dans la distinction psychiatre psychologue, je commençais juste [formation], on avait un psychiatre par ailleurs qui venait aussi, qui était [nom de psychiatre], qui intervenait dans le service mais de façon très psychiatrique. C'est-à-dire il venait, il voyait 5 patients, il posait un diagnostic, il mettait un traitement de façon très médical, donc classer des patients, c'est une dépression de tel type, c'est un borderline, c'est un psychotique en train de délirer. Voilà il posait son diagnostic psychopathologique et puis, il s'en allait, voilà. Et à côté il y avait cet autre psychiatre qui, lui, avait tout un parcours psychanalytique, qui a fait son cursus à l'IPSO à Paris, donc qui, lui, était beaucoup moins dans la nosographie, dans la classification des patients, qui, revoyait les patients à distance, qui, voilà, alors que son collègue qui était aussi vacataire à l'époque, était beaucoup plus...

R : Il ne faisait pas de suivi ?

M5 : Il ne faisait pas du tout de suivi, il était en libéral. Et puis ce psychiatre, [nom de psychiatre] ... Donc l'autre psychiatre a arrêté à un moment son activité, et puis il restait [nom de psychiatre] qui est resté mi-temps jusqu'à [année]. Et puis voilà, ça c'était les psychiatres en sachant que ça s'est aussi mêlé puisque 10 ans après, y a un psychanalyste qui est venu, un psychologue clinicien psychanalyste, [nom de psychologue] qui est venu dans le service.

Alors à quoi ça me fait penser alors, à des tas de choses évidemment, à déjà les diversités de pratiques, hein, je viens d'en évoquer une. Si on parle des psychiatres, des référentiels très variables qu'ils ont pu avoir, certains étant dans une approche très psychiatrique médicale et d'autres étant beaucoup plus dans une approche intermédiaire, psychodynamique tout en prescrivant des traitements, à ces patients, des traitements antidépresseurs, neuroleptiques, voilà donc y avait ça. Donc, moi ce que ça m'a... Alors en même temps c'était compliqué parce que, enfin compliqué et passionnant, parce qu'en même temps j'étais en analyse, j'apprenais la théorie [formation],

puisque'entre, en gros, entre [année] j'ai fait ma maîtrise, j'ai été jusqu'à la [formation]. Puis ensuite à partir de [année], j'ai continué avec le [formation] donc [formation], puis la [formation] avec [nom de professeur] ça, ça a duré de [formation] jusqu'à ce que [fin de formation]. Donc, et finalement, alors on en parle souvent de ça ici, bon à quoi sert le psychiatre, hein, à quoi il sert ? Alors on entend des internes quelques fois dire « ah je suis content [nom de psychiatre] est là aujourd'hui, ça nous rassure ». Voilà comme si, le fait que [nom de psychiatre] -ce qu'il fait très bien d'ailleurs- pose un diagnostic, fasse un compte rendu, ça rentre dans cette logique médicale. Et puis à d'autres moments, on demande un peu, sans trop savoir finalement pourquoi, oui bah, on a besoin d'un avis psy. Donc ça c'est... Mais en tout cas moi, me concernant, plus j'avance et plus j'ai avancé, donc, moins cette place a été claire.

R : La place du psychiatre ?

M5 : Oui elle utile, elle est variable. On voit que... C'est quand même très intéressant, ça renvoie quand même à l'intersubjectivité, la question de l'intersubjectivité dans la douleur, c'est que... j'allais dire, ça m'a permis de voir à quel point aussi ces psychiatres, qui n'étaient pas des médecins de la douleur, qui n'ont pas passé, de formation spécifique de la douleur, ont pu évoluer, hein. C'était le cas de [nom de psychiatre] que j'ai vu évoluer lui-même au contact de ces patients, dans cette intersubjectivité avec ces patients douloureux, et puis [nom de psychiatre] c'est la même chose. Donc on voit qu'il y a quelque chose qui se fait un peu chemin faisant dans la manière de voir ces patients, de les classer à certains moments sur le plan psychopatho, de ne pas les classer à d'autres, de les classer à certains moments de leur évolution et puis pas à d'autre. Euh voilà. Et tout ça étant, donc avec cette pratique de terrain de [spécialité], algologue, faisant ses [formations] et en contact avec des psychiatres de formations différentes. Voilà donc tu vois, c'était compliqué, hein, enfin c'était à la fois compliqué et passionnant. Et puis, et c'est très difficile de ne pas mélanger, effectivement, le fait de côtoyer ces personnes, d'être renvoyé sans arrêt à ces théories, et puis à son propre travail, j'allais dire de clinicien, que moi j'aborde, voilà, dans une espèce d'aller-retour, j'allais dire, entre une approche médicale et une approche très psy. C'est ce que je ne cesse de dire, là bon on était à un coloc vendredi samedi sur la [thème], c'est ce que je rappelais en introduction, c'est qu'on peut avoir pour la douleur, une exigence, une approche phénoménologique, hein, où il faut décomposer la douleur en de multiples classifications, causaliste, temporelle, neurophysiologique, hein, et c'est nécessaire, et ça donne lieu à des taxonomies, à des classifications très variables ; et puis d'un autre côté c'est l'approche d'un sujet dans toute son intersubjectivité sociale avec toute une histoire, voilà et on est en permanence à aller d'un bord sur l'autre, quoi, hein, un peu comme ces surfeurs, hein, qui passent d'un côté à l'autre de leur tunnel, ou de leur demi-tunnel, voilà c'est un peu, j'allais dire, le problème. Alors l'autre aspect, que je pense, ce n'est peut-être pas pour reprendre ta première question, c'est pas la première fois que j'ai été dans un service douleur, mais c'étaient mes premières confrontations, ou les premiers temps de confrontation à des psy au quotidien, enfin oui au quotidien en tous cas une ou plusieurs fois par semaine sur ce qu'ils faisaient, quoi. Et l'autre aspect alors qui est apparu très rapidement c'est la nécessité de s'occuper des soignants. Puisque, par rapport à ces patients qui nous amènent un symptôme somatique, la douleur, ici douleur de [spécialité] classée en différente catégorie nosographique [spécialité] (des lombalgies, des fibromyalgies, des cervicalgies, etc...). Voilà, ces patients étaient, pour l'équipe, ils étaient mal, et donc il y a eu une demande et des soignants et des médecins qui étaient là qu'il y ait des psychistes. Et très rapidement, [nom de psychiatre] et puis [nom de psychologue], notre psychologue, ont dit mais c'est important qu'on puisse avoir un espace pour réfléchir à cette dimension de... de qu'est-ce que ces patients nous font vivre et donc, et ils ont mis en place, on a mis en place ensemble, de façon très consensuelle avec toute l'équipe, la surveillante de l'époque, ces groupes d'analyse de pratique qui ont eu lieu deux fois par mois et qui ne se sont jamais arrêtés depuis 30 ans.

R : Avec tous les soignants ?

M5 : Alors, avec... C'est basé sur le volontariat, et donc ne viennent que ceux qui veulent, il n'y a pas de... Bon on se rend compte que ceux qui sont sur les lieux du travail viennent régulièrement, qu'il y a une grande régularité mais qu'il n'y a pas de forçage et que cette dimension de liberté... ce n'est pas institutionnalisée comme une formation, bon ils récupèrent leurs heures, mais bon voilà, quoi. Et on se rend compte que c'est un groupe qui tient, quoi. Bon maintenant ce ne sont plus les mêmes ce sont les psychologues, c'est un bricolage, on n'a pas de supervision externe et c'est les psychologues même du service qui s'occupent, et pas le psychiatre, et pas [nom de psychiatre], parce que, voilà, parce que les évolutions dans le service se sont faites comme ça, on est dans... Voilà, si tu veux c'est, à toutes ces choses sur lesquelles je peux... j'associe sans trop structurer ma pensée, c'est-à-dire que, y a des choses extrêmement institutionnelles, un cadre de soins qui était défini, des patients, qui sont des patients qui ont une souffrance, enfin des symptômes, - y a eu des mémoires qui ont été faits c'est 7 ans en moyenne de douleur chronique, hein, quand on commence à les prendre en charge-, donc on leur offre un cadre, on les voit en consultation, on les voit en hospitalisation, à cette occasion-là, ils voient psychiatre ou psychologue ou les deux, là encore ce n'est pas toujours clair, de qui décide de quoi ?, à quel moment ? C'est en fonction de tas de choses.

R : Justement la question suivante, là vous l'amenez, c'est quelle différence vous faites entre psychologue et psychiatre ?

M5 : Alors pour ce qui me concerne, je parle en mon nom là, parce que, en même temps, il y a en mon nom puis en tant que chef de service pour organiser les soins, donc ce n'est pas toujours évident.

Mais, pour moi je dirais que c'est quand je sens que des pathologies, enfin, des psychopathologies sont en train de se décompenser, et que, je m'appuie sur l'avis du psychiatre, qui lui-même quelques fois, bien embêté vient me trouver en me disant, bin écoute je ne sais pas trop où on en est avec ce patient, je le verrais plutôt comme ça...

Voilà c'est plus ça, un appui théorico clinique, plus que de...bon voilà avec ma position de [formation]. Bon les diagnostics j'arrive à les poser, mais on se rend compte que poser un diagnostic psychopatho ne suffit pas. Bon une fois qu'on l'a posé on n'est pas tellement plus avancés. Alors, dans certains cas très caricaturaux bin... On est en plus avec un médecin psychiatre qui n'est là qu'une demi-journée par semaine, et qui n'est pas tout le temps, là toutes les semaines non plus, donc c'est, j'allais dire, c'est une excellente opportunité d'étayage au plan du soin pour affiner un traitement, pour ... ou alors quand on est, enfin moi, quand je suis en, je ne sais pas, dans des dépressions résistantes par exemple, où j'ai besoin beaucoup plus de l'expertise médicamenteuse, pharmacologique du psychiatre, voilà, c'est plus pour moi...

R : Au niveau thérapeutique...

M5 : Au niveau thérapeutique pour associer des antidépresseurs, ou faire des changements d'antidépresseur, quand on en est à des posologies maxi de plusieurs classes qui n'ont pas marché. Donc c'est, c'est un peu là que j'ai besoin, enfin que moi, j'y trouve de l'utilité. Mais pour chacun de mes collègues c'est différent. Avec toujours cette demande qui m'est adressée, alors là en tant que chef de service : « mais on n'a pas assez de temps de psychiatre ». Comme si l'amélioration des soins ne pouvait passer que par un diagnostic psychopathologique pour tous les patients, dans une espèce d'idéalisation du soin, alors que bon, on en est très loin, ce n'est pas ça. Voilà, donc, voilà en gros ce que je peux dire sur cette question de la présence du psychiatre, qui en même temps fait aussi un lien, même s'il n'y a pas d'analyse de pratique, va voir des infirmières ou peut les voir. Notre ancien psychiatre voyait quand il posait, quand il mettait en place un traitement, voyait systématiquement les patients avec infirmière, pour expliquer le traitement, pour...euh. Et quand il suivait le traitement, quand il revenait quelques jours après pour le suivi du traitement, reprenait avec lui l'infirmière pour aller voir le patient. Donc il y avait cette question du lien aussi. Donc voilà, il y avait cet aspect-là.

R : Et par rapport à un psychologue dans le service.

M5 : Pour moi effectivement c'est plus la question pharmacologique qui est utile. Après, là encore il n'y a pas deux psychologues qui travaillent de la même manière. Bon même si on a trois psychologues cliniciens, qui sont plutôt d'approche psychodynamicienne, mais ils n'ont pas eu les mêmes lieux de formation. C'est ce qui en fait la richesse et l'intérêt d'ailleurs. Mais ils font tous les trois des entretiens cliniques, individuels, d'une heure. Ils gèrent ces groupes d'analyse de pratique, mais ce n'est jamais ça parce que même pour, euh, par rapport... comme on accueille pas mal de stagiaires de [lieu] en psycho, peut y avoir même des petites disparités de conception du suivi d'un étudiant en psychologie. Et puis les psychologues, euh, bon... Moi ça fait... Enfin, le fait de faire appel à un psychologue pour les patients hospitalisés, c'est quand même quelque chose qui, au fil des années, s'est... s'est pas imposé, mais un peu. C'est essentiel pour des patients, dans un cadre donné, abordés de façon médicale, recevant avant tout des soins physiques, qu'ils puissent avoir une possibilité de s'ouvrir à leur vie psychique. Et la majorité c'est la première fois de leur vie qu'ils rencontrent un psychologue. Donc on n'est pas du tout dans la même dynamique, que quand, moi j'adresse, un ou une patiente à [nom de psychiatre], en disant « bah voilà, là, il y a un problème, je ne sais pas si, s'il n'est pas en train d'halluciner, est-ce que tu penses que... J'hésite à lui mettre des neuroleptiques, lesquels on met ? » Je ne parle même pas des rares situations d'urgence où le psychiatre, là, la question ne se pose pas. Bon on a deux ou trois hospitalisations par an sous contrainte, on les fait le plus souvent, nous, seuls parce qu'il n'est pas là. Mais quand il est là on profite de son expertise et de son habitude, et de son lien qu'il a aussi avec l'HP, c'est aussi un autre aspect d'utilité du psychiatre, mais pour des patients à hospitaliser. Donc voilà, j'allais dire le psychologue, quasiment toujours pour les patients. Dans ce type de prise en charge de cadre hospitalier, est entendu que le patient peut ensuite être revu par le psychologue en ambulatoire, c'est aussi une possibilité, une ouverture, et on le sait, ça que... Alors après il y a des problèmes d'effectifs, on ne peut pas revoir tout le monde et il n'est pas possible de mener une psychothérapie. Mais on se rend compte que certains patients sont demandeurs à la fin du séjour, pour dire : « ah bah tiens je reverrais bien un psychologue ». On leur propose, donc ils le voient pour quelques entretiens, qui, quelques fois suffisent en eux-mêmes et puis quelques fois, permettent à ce moment-là, le démarrage d'une psychothérapie, avec un adressage soit en CMP soit en libéral quoi, voilà. Mais, donc, cette question que tu poses d'entre psychiatre, psychologue, tu poses la question de la place du psychiste dans une structure douleur, et dans beaucoup d'endroits, le psy au sens large, complètement instrumentalisé, c'est-à-dire qu'il est pris dans le ... avec très peu de différences entre psychiatre et psychologue, ce qui compte c'est d'avoir un diagnostic psychopatho point barre et de le mettre dans le compte rendu d'évaluation. Et puis, et puis, ce qu'on fait après, on s'en fiche un peu. Alors que, ici, c'est un peu un autre aspect, c'est de pouvoir, et je le répète, dans un même cadre temporel, géographique humain, de permettre cette double approche. Quand je vois des patients qui ne peuvent pas pour des raisons ou d'autres, venir autrement qu'en ambulatoire, on se rend compte que les patients ne vont jamais voir le psychiatre ou le psychologue.

R : A l'extérieur ?

M5 : On les adresse, bon, on est dans ces clivages-là, ceux que tu connais : « j'ai mal dans ma jambe j'ai mal dans mon dos je ne suis pas malade ailleurs ». Alors que, quand on leur présente, on leur dit : « ici ça fait partie des soins vous allez rencontrer un psychologue ». Quand il y a un refus catégorique, bien sûr on le respecte. Souvent on leur dit : « bah écoutez, vous allez lui dire que vous n'avez pas envie, et puis comme ça il n'y a aucun problème ». Et très souvent on se rend compte que ces patients restent une heure ou plus d'une heure et que c'est le psychologue ou le psychiatre qui leur dit bon bin maintenant on va s'arrêter parce que... voilà c'est toujours le paradoxe de ces patients-là. Parce que bon, il y a la peur pour ces patients de ne pas être crus, au-delà de la peur d'être pris pour un fou, c'est la peur de ne pas être crus et de dire « bin voyez, vous ne croyez pas à ma douleur, vous pensez que c'est dans ma tête ». Enfin, c'est le discours qu'on entend tellement souvent. Alors que quand on le dit, qu'on met ça sur le même pied d'égalité que la séance de kiné, que la rencontre avec la diététicienne ou avec l'assistante sociale, et bien à ce moment-là, le plus souvent, les patients sont plutôt surpris. Alors soit ça ne leur fait pas grand-chose, « ah bah oui je l'ai vu on a discuté » et puis d'autres « j'ai réfléchi, ça m'a fait faire ci, ça m'a fait faire ça ». Voilà y a quelque chose qui s'est embranché, qui souvent d'ailleurs est repris des mois après. Les patients sortent, ne vont pas donner suite à quoi que ce soit, et puis reprennent à l'occasion de la consultation de suivi médical, le temps, des éléments du temps qui s'est passé avec le psychiatre ou le psychologue et en disant quelques fois, le psychiatre pour le psychologue et le psychologue pour le psychiatre. Pour eux, ils n'ont pas fait, a posteriori, ils n'ont pas compris ou vu que c'était un médecin ou pas un médecin, c'est du pareil au même. Donc voilà on est dans tous ces enjeux-là qui ne sont pas simples, pour les, justement les débrouiller et les trier les uns par rapport aux autres, quoi.

R : Et donc je vais dire une dernière question, vous avez partiellement répondu, mais dans quels cas vous avez recours au psychiatre, qu'est-ce que vous en attendez et qu'est-ce qu'il va vous apporter dans les faits ?

M5 : Oui et bien je l'ai dit, c'est effectivement de, j'allais dire, les situations limites que moi je n'arrive plus à gérer surtout sur un plan pharmacologique. Enfin pour ce qui me concerne.

R : Et est-ce que vous pouvez me donner un exemple de patient que vous avez adressé au psychiatre ?

M5 : Alors oui un exemple, voilà c'est une patiente qui se trouve actuellement dans, on va dire une dépression, ça fait dépressif, et qui est sous IRS, que son médecin a mis sous Miansérine, et qui est à 60 mg de Miansérine, qui ne dort toujours pas. Voilà donc, et là, alors je vois effectivement au plan psychopathologique, je n'ai pas de gros problème. Chez cette patiente, il y a un problème d'atteinte narcissique identitaire, il y a une histoire abandonnique. Bon ça fait sens à la fois au plan de la catégorisation psychopathologique, ça fait sens, au sens de son histoire que je suis depuis maintenant plus de 2 ans, mais cette patiente commence à évoquer des velléités suicidaires. Voilà donc il y a une dangerosité, et une sensation que je suis, voilà j'ai conscience de mes limites dans, est-ce que c'est dans une réponse pharmacologique différente, est-ce que c'est une institutionnalisation de la patiente. Voilà je reviens à la question du co-étayage avec le psychiatre pour un cas comme ça. Voilà, je pense à un autre patient qui est suivi depuis très longtemps, qui était suivi par, à l'époque par le psychiatre pendant des années, par le précédent, qui a un état polyalgique, qui est intouchable, qui a eu un moment un diagnostic de polyarthrite puis qui a été enlevé, qui a été mis sous morphine par d'autres centres de la douleur. Un type qui est hypertendu avec toutes les classes d'antihypertenseur, qui est en grand danger sur le plan cardio-vasculaire, qui n'a pas la soixantaine, et l'autre jour, bah il était à 150mg de Sertraline, et son médecin, il était même monté à 200mg de Sertraline, donc je me disais oula, il était à je ne sais plus quelle dose de Tiapride et dans un état à dire « je suis tendu, je suis tendu, je suis tendu ». Bon là ce sont des cas, ce sont des cas limites, ces patients sont souvent dans des cas limites. Et là on est quelques fois dans des cas limites, y compris sur le plan de la ressource thérapeutique pharmacologique, et donc c'est prévu que, justement il rentre pour qu'Emmanuel le voit par exemple. Voilà ce sont ces cas-là, voilà.

R : Merci beaucoup, est-ce que vous avez une dernière remarque ?

M5 : Non, non, écoutez, moi ce que je peux dire, c'est que, en tous cas, il n'y a pas de... Alors ça a été montré dans la littérature, c'est une londonienne, une psychologue londonienne qui a montré dans les années 2000, qu'il n'y a pas de profil psychopathologique particulier dans la douleur chronique, qu'on voit de tout, tous les diagnostics psychopathologiques, et que ce n'est pas du côté, j'allais dire de, parce que c'est quand même souvent l'illusion, quand on fait les cours, aux médecins qui font la capa, quand on discute aussi avec les collègues algologues, il y a eu une quand même, il n'y a pas très longtemps, qui n'est pas restée très longtemps dans notre service, qui disait : « moi j'ai besoin d'un psychiatre pour qu'il me classe les patients ». Et donc il y a cette illusion un peu comme ils auraient besoin d'un bon radiologue, qui leur fasse des bons scanners du rachis de leur patient. Ils voient le psychiatre comme le radiologue de l'âme qui poserait des diagnostics et avec une espèce de corrélation anatomoclinique, ou psychiatrico-clinique et voilà, ça, pour moi, c'est une fausse route. Le psychiatre, j'allais dire que, les psychiatres, et peut-être que d'ailleurs ça a été ce qu'il s'est passé avec le premier psychiatre, psychiatres qui ne font que ça avec les patients douloureux, très vite, arrivent à leur limite, s'ennuient et s'en vont, parce que c'est, parce qu'à mon avis, le problème n'est pas là. Il peut être là dans les situations décompensées. Mais comme

on a toutes les structures de personnalité, c'est beaucoup plus intéressant de travailler, j'allais dire, sur, si on peut dire les choses comme ça, même si je ne suis pas très structuraliste, c'est de travailler sur cette dimension-là de structure de personnalité, et les modalités dont ces personnes peuvent rentrer en intersubjectivité avec leur entourage, comment elle transfère leur difficulté intersubjective sur le cadre du service, comment le transfert se fait. C'est passionnant de voir ces patients, qui, le plus souvent, au début de leur prise en charge font du transfert sur le cadre, c'est-à-dire, qu'ils vont transférer une partie chez le psychologue une partie chez l'interne, une partie chez l'ASH, et que les groupes d'analyse de pratique et les RCP qu'on se fait, permettent de rassembler les choses. Et puis petit à petit on voit émerger un transfert qui va se poser, se diriger vers tel ou tel thérapeute ça peut être l'infirmière douleur, ça peut être le médecin, ça peut être un autre encore, ... Voyez, et donc c'est plutôt là que je trouve qu'un psychiatre, alors un psychiatre à condition qu'il soit intéressé par l'approche psychodynamicienne, ou un psychologue aussi, parce que si on avait un psychologue cognitiviste, il ne fera pas ça, il n'ira pas dans cette direction-là. Et donc Tamar Pincus, cette londonienne, avait montré ça, déjà elle avait dit : « vous pouvez chercher, tout ce que vous allez trouver c'est distress ». C'était le seul terme qu'elle arrivait à retrouver en transversal dans toutes ces échelles qu'elle avait fait passer, etc... C'étaient des patients qui avaient une espèce de détresse psychique qu'il est très difficile de caractériser. Même si on y a mis une étiquette, vu qu'il y a une hétérochronie du psychisme. On se rend compte qu'un an après, on les voyait borderline, ils sont beaucoup plus névrosés que borderlines, ou certains sont beaucoup plus psychotiques que névrosés et que finalement, ce n'était pas le fond du problème. Par contre, d'avoir pu établir une relation intersubjective avec toute cette dimension du transfert qui n'est pas simple, c'est ça qui les soigne, et d'aider à prendre conscience à une équipe que, le patient, tout ce qu'il fait, tout ce qui se passe, dans ses agirs, c'est qu'il met à l'épreuve le cadre dans ses modalités transférentielles, et que si ce n'est pas pris au deuxième degré, bin, ça, ça clash, ça explose. Voilà un peu ces remarques générales, voilà ce que je peux en dire aujourd'hui, mais ça pourrait être redéployé.

R : Effectivement ce n'est qu'un entretien court, merci beaucoup.

Entretien M6

R : La première question c'est est-ce que vous pouvez me raconter la première journée que vous avez passé en centre de la douleur ?

M6 : Ah, c'est marrant ça. Et bin oui, alors moi je me rappelle plutôt le premier jour où j'ai mis les pieds ici dans un centre de la douleur, mais c'était pas ma première journée en tant que praticien en centre, j'étais là pour observer. Je suis arrivé un peu sur le tard, le matin. Il y avait la visite, que j'ai, j'ai joint la visite. Parce qu'on est un service un peu particulier où on a des lits d'hospitalisation, j'ai dû rejoindre [nom de médecin] pour la visite. On a dû faire un ou deux patients parce que c'était la fin de matinée, et on a attendu que [nom de médecin] finisse sa visite aussi de son côté puis on est allés manger ensemble pour discuter un peu du service du coup et des, des besoins, et d'un peu comment ça se passait dans le service, découvrir un peu tout ça, avec la cadre de santé [nom]. A la suite de ça j'ai réintégré le service avec eux l'après-midi et j'ai suivi je pense que c'était [nom de médecin] en consultation. Voir un petit peu comment ça se passait avec les patients, je ne me rappelle absolument pas quel patient on avait vu à ce moment, à part ça...

R : Quelles étaient les premières impressions ?

M6 : Alors j'étais jeune, enfin j'étais [spécialité]. Pour moi c'était un service comme un autre, en arrivant, avec des patients comme les autres, hospitalisés, qui était bien sûr là pour une pathologie douloureuse, mais comme le service a quand même une identification du patient plutôt douleur de l'appareil locomoteur, ça ressemblait énormément à ce que j'avais vu en [service], sans le côté inflammatoire qu'on pourrait avoir dans certains cas quoi, sinon...

R : Ok, alors la deuxième question c'est quand je vous dis psychiatrie et douleur chronique, à quoi ça vous fait penser ?

M6 : Aux comorbidités, souvent associées aux douleurs chroniques. En ce moment je suis en formation de la capacité douleur, donc on nous en parle beaucoup, notamment les troubles de la personnalité. Parfois les syndromes dépressifs, mais beaucoup de... Les pys de [lieux], nous parlent beaucoup de... Ah tiens j'ai mangé le mot... Des troubles anxieux, des troubles obsessionnels aussi. Qui sont quand même plutôt pas mal associés, c'est vrai que quand tu fais attention, on en voit pas mal, et après très rarement, vraiment très très rarement, les douleurs psychogènes et, les douleurs réellement d'origine psychiatriques, c'est rarissime, je pense en avoir vu une, une fois, une patiente du [nom de médecin].

R : D'accord. Et quelles différences vous feriez entre psychologue et psychiatre ?

M6 : Ah c'est quand même, ils ont quand même des rôles très différents, et très marqués, en tous cas chez nous, donc euh, les psychologues... Bon ils ont déjà des points communs. Ils s'occupent déjà du bien-être émotionnel, intellectuel et psychique du patient. Je ne sais pas si on peut les distinguer mais moi j'aime bien. Donc c'est assez intéressant. Après les psychologues, ils sont, ils vont avoir plus comme outil l'entretien, alors que les psychiatres se limitent pas à l'entretien, ils axent peut-être même un peu moins les choses sur l'entretien, et se servent plutôt de l'entretien pour arriver à aider les patients aussi, à la fois, voilà psychiquement comme les psychos mais aussi chimiquement. Ça leur permet aussi d'aiguiller le patient vers des problématiques propres et puis des thérapeutiques propres qui sont psychiques aussi, donc ça peut-être vers un psycho mais ça peut être vers une infirmière, on en parlait tout à l'heure, une infirmière de CMP ou de choses comme ça, en tout cas une infirmière ressource douleur en centre de la douleur, ça dépend où on est.

R : Ok donc la différence psycho et psychiatre, pour vous c'est plus, sur le côté, euh pas thérapeutique, du coup le côté chimique en plus de...

M6 : Y a le côté chimique qui s'ajoute et puis y a peut-être un côté un peu plus classification, catégorisation et aide à la décision pour nous, que les psychiatres apportent, que les psychologues nous apportent différemment. Ils nous aident dans nos décisions, mais plutôt à contextualiser la douleur, alors que le psychiatre va plutôt nous aider en disant, sans... enfin je sais bien qu'on ne pose pas de diagnostic psychiatrique en peu de temps, ... En disant bon un tel, il part plus dans ce type de trouble là, donc du coup il va plutôt falloir, l'aider différemment, quoi. Ça dépend des gens. Ils servent aussi à repérer les patients qui auraient le plus besoin d'un suivi psychiatrique, ça c'est pas mal aussi.

R : Ok, donc selon vous quel est le rôle du psychiatre dans la prise en charge des patients douloureux chronique ?

M6 : Selon moi, dans notre centre ? ou selon moi en règle générale ?

R : Bin vous pouvez commencer par en règle générale et puis dans votre centre.

M6 : Je pense que les psychiatres ils devraient faire comme les autres médecins, mais faut voir, dans les centres de la douleur et prendre en charge totalement les patients de A à Z. Après je pense qu'on ne peut pas bosser, seul dans notre coin, en centre de la douleur, et c'est encore plus vrai pour un psychiatre, mais voilà, ce serait bien qu'il puisse faire du suivi, en commun avec le médecin, parfois juste en commun avec l'infirmière ressource douleur ou avec le psycho, en tout cas avec un des différents intervenants. Ce serait vraiment pas mal. Je pense qu'ils auraient un beau rôle à jouer. Et en même temps ils font un peu peur au patient. Parce que, on est dans une aire où on commence à leur dire que tout n'est pas dans leur tête et en même temps on les envoie chez le psychiatre, alors ça leur fait bizarre.

Bon voilà pas sûr d'avoir répondu à la première question.

Et dans notre centre à nous, comme on a, on fait partie des structures douleur à avoir la chance d'avoir un psychiatre, mais il n'est là qu'une demi-journée par semaine, on l'utilise, même si c'est un vilain mot, plutôt le psychiatre différemment. On l'utilise principalement pour avoir des avis concernant des patients hospitalisés et concernant aussi pour des ajustements de thérapeutiques médicamenteuses. On l'utilise comme un psychiatre, psychiatre, et on essaie de combler le joint relationnel, nous. Et [Nom de psychiatre] fait aussi un peu de suivi de certains patients en externe. C'est quand même assez rare, parce qu'il n'a pas un planning extensible le pauvre. Voilà donc chez nous ça se passe un peu différemment, mais dans l'idéal, ce serait vraiment génial d'avoir un psychiatre au moins à mi-temps sur une structure voire plus, pour pouvoir développer tout ça.

R : Vous pensez que les patients accepteraient d'être suivi uniquement et directement par le psychiatre ?

M6 : Faudrait voir je pense, ça dépend, Alors faudrait qu'on discute avec les psychiatres c'est peut-être une question qui me dépasse, il faudrait aussi que le psychiatre accepte de se livrer soit au jeu de l'examen somatique, et je ne suis pas sûr qu'il le fasse encore beaucoup quand ils sont thésés les psychiatres depuis un long moment... Pour au moins s'assurer du bien-être somatique du patient avant d'attaquer. Et on voit aussi dans les structures psychiatriques où il y a quand même souvent maintenant des somaticiens dans le service pour s'occuper du corps parce que c'est quelque chose que les psychiatres ont lâché depuis un moment. Mais bon, du temps où il y avait des neuropsychiatres, c'était quoi les années 80 ?

R : Je ne sais pas trop...

M6 : On les examinait quand même les patients. Ça reste à définir, le rôle du psychiatre dans notre société. Mais oui, oui en soit, oui, je pense qu'ils pourraient prendre en charge les patients d'emblée et en cas de doute somatique ou d'histoire comme ça, parce qu'il y a toujours un point d'appel somatique en centre de la douleur, nous les référer, éventuellement on passe, on fait un examen une vingtaine de minutes, juste pour la mécanique, et quand la révision est bonne, ils continuent de croiser le psychiatre, parce qu'ils sont, en tous cas les psychiatres qui font la capacité douleur, qui s'intéressent à la douleur sont capables de gérer une douleur au quotidien. Je pense que l'abord serait différent, et assez intéressant en plus, bon ce n'est pas encore, euh... Y en a pas beaucoup qui font de la douleur, douleur...

R : Qui font la capacité ?

M6 : Ouai et qui sont, qui ont une consultation dans les centres douleur, à prendre les patients d'emblée, quoi. Je crois qu'il y en a un à Clermont.

R : D'accord, et dans quelles situations avez-vous recours à un avis psychiatrique ?

M6 : Plutôt pour nous aiguiller dans le service, soit parce que toujours pareil, on a un doute sur une thérapeutique ou un patient résistant à un traitement, soit parce qu'on a besoin de son avis sur un éventuel trouble de la personnalité ou en tout cas des éléments de personnalité pathologique. Et puis aussi des fois, quand on a des patients extrêmement complexes et qu'on est dans une situation bien pénible, on est bien content de partager ça aussi avec le psychiatre et on se dit qu'avec toutes nos petites mains on va pouvoir aider les patients, des fois ça marche en plus, ça tombe bien. -Rires- C'est plutôt dans ces moments-là, je pense.

R : Du coup dans les situations complexes, il apporte euh...

M6 : Il apporte un regard psychiatrique.

R ; Il apporte quelque chose en plus pour les patients ? ou aussi pour les soignants ?

M6 : Ah oui clairement, il apporte aussi quelque chose pour les soignants. Soit pour nous tranquilliser, nous rassurer, ça aide aussi. Le fait d'avoir quelqu'un qui connaît bien les molécules qu'on utilise qui a mis la main dedans, qui a dit ok, c'est pas trop mal, ça passe. Même pour l'évaluation du risque suicidaire, on en parlait l'autre jour avec [nom de psychiatre], en réunion, c'est toujours intéressant d'avoir le psychiatre dans ses situations-là.

R : Est-ce que vous avez un exemple là en tête pour lequel vous avez demandé un avis.

M6 : Oui, je vais essayer de trouver le dernier, je crois que, oui. C'était une dame qui voulait se pendre chez elle, qui avait une corde, qui m'avait beaucoup inquiété, que j'ai voulu sécuriser en la prenant en charge en hospitalisation, sachant qu'elle a - c'est quoi comme type ?- elle doit avoir des éléments de personnalité, un peu hystérique, cette dame, mais pas que, de mémoire elle doit avoir aussi des éléments un peu borderline, mais voilà on les met pas trop dans des cases ici donc euh, l'un ou l'autre. Ça pose quand même question au niveau du risque suicidaire ça change un peu la donne, mais voilà, globalement, c'était une dame qui avait quand même des antécédents assez lourds en plus de ça, donc j'étais pas tranquille, tranquille vis-à-vis de cette idéation qu'elle avait. Je propose une hospitalisation et le temps de l'hospit' elle était ok, j'ai préféré demander un avis à [nom de psychiatre] pendant l'hospitalisation, il l'a vue. Qu'est-ce qu'il en a dit ? Bon elle était beaucoup mieux l'effet hospitalisation déjà ça aide beaucoup, le fait d'être prise en charge ça aide. Je pense qu'on a réadapté le traitement ensemble et qu'il a dû réadapter le traitement. Il n'y a pas eu de suite à donner en psychiatrie. La patiente était rassurée et nous aussi, il y avait beaucoup moins de velléités suicidaires déjà dans le service, ça avait calmé le jeu. Ça devait être la dernière.

R : Et en règle générale, qu'est-ce que vous attendez du psychiatre et puis qu'est-ce qu'il vous apporte dans les faits ?

M6 : Mm, difficile ça. Surtout des avis et de partager à la fois un savoir pour aider nos patients, et en même temps, parfois, même si c'est extrêmement rare, on aimerait bien, mais je sais que ce n'est pas toujours possible, pour certains patients psychiatriques, qui ont une dangerosité suicidaire importante, ou ce genre de chose, ou des patients schizophrènes en train de décompenser des choses comme ça, pouvoir échanger avec les psychiatres, et les muter. Dans les faits, ça ne se fait pas, du fait de la sectorisation et puis du fait, c'est pas qu'on sélectionne les patients, mais c'est que s'ils sont très inquiétants d'un point de vue sur le plan psychiatrique leur place n'est pas dans le service on essaie de ne pas les prendre dans le service et de plutôt les référer directement en psychiatrie ou aux urgences pour qu'ils soient vu par des psychiatres rapidement. Je me suis égaré là aussi.

R : Du coup ce que vous attendez du psychiatre c'est d'abord un avis sur une hospitalisation ou une indication d'hospitalisation ?

M6 : Oui et non. Parce qu'encore une fois, le problème de la sectorisation fait que même si on a un confrère qui dit qu'il y a une indication d'hospitalisation, si c'est pas du secteur dont il dépend faut revoir ça avec le psychiatre de sectorisation. Donc ça c'est toujours le même problème au niveau de la psychiatrie actuellement donc en soit non, moi je n'attends pas ça du psychiatre. Je serais content qu'on puisse agir comme ça, faire comme ça, je pense que dans une situation d'urgence on peut se reposer sur le psychiatre dans ces cas-là mais on a comme je vous le disais rarement des situations d'urgence à ce niveau-là, du coup, non.

R : Qu'est-ce que vous attendez d'autres du psychiatre ici ?

M6 : Des conseils, parfois du suivi pour certains patients, et voilà d'améliorer le bien-être psychique de nos patients quand c'est possible.

R : Et des conseils sur quoi ?

M6 : Pareil, médicamenteux. On en parlait tout à l'heure, là ça me vient à l'esprit des conseils sur les conduites à tenir, et des échanges aussi vis-à-vis de la façon de gérer certains -c'est peut-être plus les psychos, mais le psychiatre aussi, surtout quand on a une bonne confiance qui est installée avec le psychiatre, de gérer ce qu'on entend et ce qu'on vit parfois en consultation douleur, c'est parfois important d'en discuter avec quelqu'un et avec tous nos collègues y compris avec le psychiatre, parce qu'il fait partie de l'équipe, donc c'est pas mal aussi. Et puis il sait gérer les situations un peu douloureuses pour le patient qui peuvent parfois nous affecter. Donc c'est toujours sympa de lui demander un peu comment il gère les choses. Donc des conseils pour nous, des conseils pour les patients.

R : Quand vous êtes en difficulté d'un point de vue émotionnel, du coup, avec les patients, si j'ai bien compris ?

M6 : Oui, et même d'un point de vue rationnel aussi avec les patients quand il y a de l'émotionnel qui intervient.

R : Et par rapport à... Quand est-ce que vous orientez plus vers le psychiatre ou plus vers le psychologue ?

M6 : Ah bah quand ils sont là, on a un psycho qui est là, à peu près, on a un psycho le lundi le mercredi, le jeudi, peut-être le mardi mais on ne doit pas en avoir le vendredi ; et on a le psychiatre le lundi aprèm. Donc c'est le premier qui tombe sur moi, qui n'a pas de bol. Pour mon adaptation aux choses qui m'affectent particulièrement,

des choses comme ça. C'est pas, bizarrement, c'est pas le psychiatre ou le psychologue que je viens chercher, c'est juste le collègue donc ça peut aussi être une aide-soignante, un infirmier, un collègue médecin de la douleur. J'en ai rien à foutre, le premier que je vois. Bon je ne dirai pas le premier que je vois, je fais quand même attention à qui je m'adresse, mais le premier sur qui je tombe en qui, avec qui j'ai une bonne relation, c'est pour lui. Mais c'est donnant, donnant.

R : Et pour les patients, y a quand même une différence entre le fait d'avoir un avis psychiatrique ou de faire une consultation psychologique ?

M6 : Oui, alors je ne suis pas sûr qu'ils se rendent compte de tout. Ça dépend du patient, toujours pareil, il y a des patients qui confondent psychologue et psychiatre assez facilement. Après ils se rendent compte qu'il ne se passe pas la même chose que... On n'a pas... Alors bon les psychos si, enfin, ils prennent aussi en consultation. Mais les attitudes ne sont pas les mêmes. [Nom de psychiatre] est aussi à l'ordinateur enfin il fait comme les médecins de la douleur, alors que les psychologues – enfin de ce que j'ai vu- alors que les psychologues, n'ont pas cette façon de travailler là, ils ont leur calepin, ils s'assoient et ils discutent. Donc je pense que pour les patients qui ne sont pas trop perdus il y a quand même une nette différence entre leur prise en charge.

R : Pour les patients qui ne sont pas trop perdus ce serait plutôt une prise en charge psycho que vous orientez ?

M6 : Non pas nécessairement, ça dépend de ce dont on a besoin, de ce dont on pense que le patient a besoin, il arrive aussi que les psychos demandent à ce que le psychiatre voit le patient. Et normalement tous nos patients sont vus par des psychologues, donc c'est rare que le psychiatre nous dise : eh il faudrait qu'il voit le psycho, la plupart du temps ils ont déjà vu le psycho plusieurs fois avant de voir le psychiatre. Du fait des effectifs.

R : C'est juste du fait des effectifs du coup ?

M6 : Pas nécessairement, je ne suis pas sûr que tous les patients aient besoin de voir le psychiatre, quand ils ont un certain suivi. Ça dépend de comment on voit le rôle du psychiatre, ça renvoie aux premières questions. Soit le psychiatre il fait partie intégrante de l'équipe douleur, et c'est un médecin de la douleur comme un autre avec cette sur spécialisation psychiatrique, comme moi je pourrais avoir cette surspécialisation [spécialité]. Ou alors c'est un psychiatre qui est là pour les avis psychiatriques, dans ce cas-là effectivement on lui réfère que les patients que nous on dépiste, et que nous, on pense être digne de son intérêt, qui pourraient en tout cas bénéficier de ses compétences, le plus. Mais dans l'idéal, on a, je pense, 70 à 90% des patients hospitalisés, en tout cas parmi les miens, ça ne me déplairait pas d'avoir l'avis du psychiatre, même si la plupart du temps ça risque d'être un peu monotone pour le psychiatre. Parce que souvent quand on lui réfère pas c'est souvent des patients, qui sont effectivement vus par le psycho, qui ont des dépressions, qui ont des troubles obsessionnels, des choses comme ça mais pas, qui ne vont pas cette fois-ci nécessiter de grosses adaptations, des questionnements au niveau hospitalisation, des choses comme ça.

R : D'accord, donc tous les patients qui nécessitent le psychiatre, ne le voit pas forcément ?

M6 : Ah non, ici non.

R : Et c'est quoi les freins à voir le psychiatre ?

M6 : Le temps de psychiatre, voilà. Et quelques patients qui ne veulent surtout pas voir le psychiatre, on a eu un exemple aujourd'hui, et on fait avec, souvent le psychiatre fait comme les psychos, quand c'est comme ça, il passe la tête, il fait coucou, c'est moi le psychiatre, on avait un rendez-vous, on fait quoi ? Et puis voilà on voit ce qu'il se passe.

Mais oui dans l'ensemble on aimerait bien avoir beaucoup plus de temps de psychiatre dans l'idéal. Et avoir un psychiatre qui fasse partie de l'équipe au quotidien, pas juste partie de l'équipe quand il le peut. Mais avoir un psychiatre à quasi-temps plein ce serait génial, ou au moins un mi-temps. Ça dépend un peu comment on fait les choses, si on veut qu'il ait une consult', si on veut qu'il fasse le tour hospitalier avec nous, et puis ça dépend aussi de ce que veut le psychiatre quand un jour on verra un psychiatre motivé par ça.

R : Ok, et bien merci beaucoup, est-ce que vous avez une dernière remarque sur psychiatrie et douleur chronique ?

M6 : Psychiatrie et douleur chronique... Non, je me demande si c'est envisageable pour un psychiatre, quelqu'un qui a fait, qui doit forcément au moins être un minimum passionné par la maladie mentale, pour faire son métier là-dessus, d'envisager ce type de chose là, c'est-à-dire d'envisager de faire 80% de son activité, ou même 50% de son activité avec des douloureux chroniques, des gens qui viennent avec un adressage d'une plainte somatique et qui finalement trouveraient un psychiatre. Je ne sais pas si c'est recevable pour un psychiatre. Donc ça m'intéresserait de savoir à l'occasion, si on en voit quelques-uns on leur demandera. Voilà ce sera ça, ma dernière remarque.

R : Et bien merci beaucoup, je ne vais pas vous prendre plus de temps, je vois que vous êtes déjà en retard.

Entretien M7

R : Alors la première question, c'est : Est-ce que vous pouvez me raconter la première journée que vous avez passé en centre de la douleur ?

M7 : Ola, Ça fait loin, oui je me souviens que nous avons commencé par la visite, on a vu plusieurs patients, mais je ne pourrais pas trop vous donner plus de détails, c'était un premier contact...

R : Quelles impressions ?

M7 : Ce que je me souviens, l'équipe qui était à l'écoute du patient, et le patient qui était plutôt content de ce qui s'était passé pendant la visite, d'être écouté et de discuter avec tout le monde.

R : Ok, quand je vous dis psychiatrie et douleur chronique, à quoi ça vous fait penser ?

M7 : A la dépression liée à la douleur chronique et la perte d'autonomie du patient due à la douleur chronique, plutôt ça. La dépression reconnue ou pas reconnue par le patient et à plusieurs stades. Parce que ce sont des patients un petit peu touchés, des patients qui sont forcément bien pris par cette maladie, et bien sûr à côté de ça ils ont d'autres pathologies intriquées, mais c'est plutôt ça.

R : Est-ce qu'il y a d'autres choses ?

M7 : Pas forcément, c'est quelque chose qui me vient maintenant.

R : Euh comment ? Quelle différence vous faites entre psychologue et psychiatre ?

M7 : Sauf l'idée du traitement ou pas traitement. Euh... Pour moi ou le patient ?

R : Alors pour vous.

M7 : Euh, je préfère associer un petit peu les deux si je trouve que c'est une forme avancée ou qui a besoin d'un traitement. Mais sinon je préfère plutôt avoir un premier contact pour le patient avec une psychologue pour arriver à comprendre qu'il a besoin d'un suivi du côté psychologique ou psychiatrique. Et ensuite aller plus loin, rencontrer un psychiatre pour établir un traitement.

R : Ça vous semble plus simple de...

M7 : ...C'est plus simple pour le patient d'accepter en fait. Ça l'aide, ça le prépare pour voir le psychiatre. Parce que si on dit psychiatre c'est tout de suite « ah mais je ne suis pas malade ». Donc ça l'aide un petit peu à réfléchir sur ses symptômes, sa pathologie, et mieux comprendre avant une première rencontre. Parfois ils sont des patients qui acceptent tout de suite, donc c'est facile mais pas tout le temps. Après c'est vrai qu'ils ont... la plupart des patients avec des douleurs chroniques ils ont besoin de les deux : le traitement et la psychothérapie associés. Donc ça dépend aussi du psychiatre, comment il va apporter le problème pour avoir une bonne collision, une bonne relation avec le patient. Parce que la plupart ils refusent le traitement tout de suite.

R : Donc c'est plutôt le psychologue en premier pour...

M7 : En lien peut-être...

R : Pour avoir quand même l'avis psychiatrique au final.

M7 : Oui, sauf si ce n'est pas une urgence, un patient qui est déjà... qui accepte déjà ceci, qui a déjà un traitement.

R : D'accord. Selon vous, quel est le rôle du psychiatre dans la prise en charge des patients douloureux chroniques ?

M7 : Il a un rôle important, parce que ça nous aide à nous aussi. Ça nous aide s'il arrive à rétablir, un petit peu, le moral du patient, c'est plus facile à traiter ses douleurs aussi. Les douleurs sont souvent liées clinique et psychique, physique et psychique. Donc la plupart des patients, on a du mal à traiter, comme ça, que le physique, donc on a besoin d'un psychiatre, plus que dans d'autres services, ça c'est clair.

R : Donc c'est plutôt la réponse thérapeutique ce qui vous, ... Enfin et puis la classification, en tout cas de ce que vous me dites, c'est classifier et puis...

M7 : La réponse thérapeutique, mais l'adhésion aux traitements ultérieurs aussi.

R : D'accord, et dans quelles situations avez-vous recours à un avis psychiatrique ? et est-ce que vous pouvez me donner un exemple ?

M7 : Par exemple, chez les patients, comme je vous ai dit, plutôt des dames, quand je les ai trouvées très dépressives, tristes, anhédoniques, qui n'arrivaient pas à avancer avec la prise en charge mis en place en externe, tout ce qui est kiné et d'autres traitements pour ces douleurs, qui ont beaucoup de troubles du sommeil, chose pour laquelle on a commencé à introduire des antidépresseurs à dose sédatrice plutôt, miansérine, mirta, qui ont une moindre amélioration et qui ont besoin d'une augmentation ou peut-être d'un autre ajout d'un autre traitement, donc pour eux je leur ai conseillés plutôt de voir un psychiatre.

R : D'accord, vous avez un exemple, qui vous vient en tête, là, d'un patient ?

M7 : Oui j'ai une dame que j'essaie de convaincre. Bon j'ai plusieurs... Mais c'est un qui n'arrive pas encore à accepter l'idée, comme je vous ai dit, donc elle poursuit, les petites doses, et on s'était vu deux fois, et elle a pas appelé pour prendre le rendez-vous en externe, sachant qu'en hospit' on a pas suffisamment de temps pour le psychiatre, donc je lui ai donné déjà deux noms de psychiatre, dans sa ville et elle a pas toujours appelé. Et elle est triste, elle pleure, elle dort pas. Donc c'est pour ça que, mais ils sont plusieurs...

R : Et elle par exemple elle a vu un psychologue ?

M7 : A un moment donné elle a vu une psychologue de centre de douleur de sa ville. Mais elle prend pas les rendez-vous régulièrement. C'est un petit peu compliqué, les relations, d'établir une bonne relation. On se voit régulièrement mais...

R : Et qu'est-ce que vous attendez de la prise en charge psychiatrique, et qu'est-ce qu'il vous apporte dans les faits ?

M7 : J'attends que les traitements qui ont été mis en place et que ça joue aussi sur le moral, et souvent sur le repos du patient, sur le sommeil, et ça joue sur les douleurs. Et d'un autre côté... Par exemple, pour donner un autre exemple d'une dame que j'ai vue, qui était allé au psychiatre, elle était déjà suivie mais elle a changé de psychiatre. Elle était sur un traitement boostant, avec troubles du sommeil et douleurs chroniques, et la semaine dernière comme on s'était revues, bon j'avais une petite lettre du nouveau psychiatre qu'elle a pris, où je l'ai écrit un petit peu de ses troubles. Et je me suis posé la question sur le changement de traitement. Il a changé il l'avait mis sous traitement sédatif, et la semaine dernière, la patiente est passée nous voir pour nous dire que depuis 4 ans, c'est la première fois, qu'elle va mieux, qu'elle n'a pas de douleur, donc elle a une bonne amélioration due à une adaptation correcte du traitement. Donc pour nous, ça joue beaucoup.

R : Des traitements antidépresseurs ?

M7 : Oui c'est ça.

R : Ok, je n'avais pas beaucoup d'autres questions mais je ne sais pas si vous avez une dernière remarque, sur la psychiatrie et la douleur chronique ?

M7 : On a besoin de beaucoup de psychiatres partout, dans le centre, et dans les petites villes aussi. Après c'est vrai que bon, ça dépend un petit peu des patients sont plus difficiles peut-être. Les douloureux chroniques sont plus difficiles que d'autres, mais on peut arriver à établir des bonnes relations avec le patient, pour les aider un petit peu à être plus adhérent au traitement.

R : D'accord, bon ce sera tout, du coup, merci beaucoup.

Entretien M8

R : Alors la première question c'est est-ce que vous pouvez me raconter votre première journée en centre de la douleur ?

M8 : C'est vieux, ça fait [nombre d'années] que je suis en centre de la douleur, non, je ne me rappelle pas de la première journée, honnêtement...

R : Qu'est-ce qui a pu vous marquer ?

M8 : J'essaie de me resituer parce qu'en plus c'était pas les mêmes patients, ce n'étaient pas les mêmes conditions.

R : Dans quel sens c'était pas les mêmes patients ?

M8 : C'étaient des patients beaucoup moins lourds. C'était y a [nombre d'années] là je parle. Et c'étaient des patients qui venaient pour un problème de douleur assez isolé. Alors que, là on a plutôt des malades complexes avec des prises en charges psychosociales, on va dire. Ce n'est plus tout à fait les mêmes pathologies. C'est plus les mêmes pathologies... Moi j'avais été, je m'en rappelle quand même de certaines choses, je me rappelle que j'avais beaucoup apprécié le fait, à l'époque, - j'adore je parle comme une vieille -, à l'époque toutes les consultations que je faisais c'était le lundi, c'était un binôme, on était médecin psychologue. Et ça ça avait été quelque chose que j'avais trouvé extrêmement riche, et l'autre chose qui m'avait surprise dans ma première journée, c'était le peu de patients qu'on voyait. Moi qui venais de la [spécialités], là on passait une heure par patient, donc c'était un peu différent. C'est ce dont je me souviens mais je vous dis ça a plus de [nombre d'années], hein, je crois que c'était en [année], hein ma première journée douleur, donc un peu loin.

R : D'accord, ma deuxième question c'est à quoi vous pensez quand vous entendez psychiatrie et douleur chronique ?

M8 : C'est un lien qui est évident, en fait, c'est un lien qui est complètement évident. C'est un lien qui était plus évident au début parce que pour ouvrir une structure douleur chronique, on était obligé d'avoir des psychiatres avec nous. Et c'était une vraie collaboration, et c'était vraiment une prise en charge psyché et soma qui était réelle avec un double regard. Alors qu'à l'heure actuelle, on a des psychiatres dans les centres de la douleur, mais c'est un affichage, c'est un affichage. Nous, là on a des internes de psychiatrie, mais le seul psychiatre qu'on ait, il est là une vacation hebdomadaire, pour un peu plus de 4 équivalents temps pleins de médecins somaticiens. Donc là on est passé dans un affichage, alors que y a [nombre d'années], c'était une volonté réelle, de travailler ensemble, sur le lien, psyché-soma, et qui était vraiment extrêmement important, et qui s'est un peu... diminué on va dire au cours du temps.

R : Et du coup vous dites que ça a un lien important psyché-soma ?

M8 : Mais oui, alors je mets de côté la douleur cancéreuse, qui est une douleur qui est très très à part, mais la douleur chronique le lien il est évident tout le temps. Il est évident tout le temps, moi ce qui m'intéresse beaucoup -et y a peu de personne qui ont travaillé dessus-, c'est pourquoi, chez nos patients, la souffrance s'exprime par le corps, en fait ? Elle est là la vraie question, pourquoi ils passent par le corps pour donner leur souffrance, pour exprimer leur souffrance ? et pourquoi on est obligé de garder un lien avec les somaticiens pour permettre le travail du psychiatre en fait. On est dans pas mal de situations, on est juste là pour donner du temps au psychiatre. Il faut le savoir, il faut l'accepter et il faut jouer le jeu. Je parle pas de toutes les situations, mais je pense vraiment beaucoup de situations de douleur chronique c'est ça, clairement. Je mets de côté la douleur cancéreuse hein on est clair, mais le reste oui. J'ai un recrutement qui est un peu biaisé, car je vois soit des patients qui ont des cancers, soit de la fibromyalgie donc le lien il est un peu évident quand même hein, voilà.

R : Et du coup selon vous, quel... oui déjà une petite question, quelle différence faites-vous entre psychologue et psychiatre ?

M8 : Dans notre prise en charge ou dans notre, euh ?

R : Alors d'abord en règle générale, et puis notamment ici...

M8 : Alors moi dans mon exercice quotidien, c'est deux rôles qui sont totalement différents, le psychiatre j'ai besoin d'un... quand j'ai un doute sur certaine pathologie psychiatrique où j'ai besoin d'un diagnostic fait par le psychiatre, et j'ai besoin que le psychiatre m'aide au niveau prise en charge médicamenteuse. Donc c'est un rôle d'expertise, de diagnostic, et d'aide au traitement. Alors pour moi la psychologue, c'est une prise en charge sur la durée, plus sur des thérapies, nous on a plutôt des thérapies courtes, ou des thérapies de soutien mais dans tous les cas, j'ai pas besoin du psychologue pour... j'ai pas besoin d'un diagnostic, j'ai pas besoin de ça, ça m'intéresse

pas. C'est pas la partie que je souhaite développer avec eux en tous les cas. Donc c'est deux prises en charges qui sont complètement différentes à mon avis. Et c'est des prises en charges, si on avait les moyens, qui devraient être pré-coordonnées, en fait. L'idéal serait un somaticien, un psychiatre et un psychologue. Les trois, ce n'est pas la même chose. Ce n'est pas la même chose et puis les patients sont quand même très très demandeurs d'approches psychocorporelles à l'heure actuelle, et c'est quand même le plus souvent des psychologues qui les font, et puis ça fait moins peur aussi au patient.

R : Le psychologue ?

M8 : Bah oui ça fait nettement moins peur que le psychiatre, très très clairement.

R : Et selon vous, quel est le rôle des psychiatres, dans la prise en charge des patients douloureux chroniques ? Ça va rejoindre un petit peu ce qu'on a dit.

M8 : Dans l'idéal, hein, pas dans la vraie vie. Dans l'idéal, je pense qu'une prise en charge conjointe serait intéressante. Bien conjointe, pas quand nous on y arrive pas, on envoie chez le psy, c'est pas la voie de garage quand on s'en sort pas, on va envoyer chez le psy parce que ça doit être dans la tête. Mais je pense que si on avait plus de psychiatres impliqués, et ça s'est très bien passé le semestre dernier avec [nom d'interne] hein il faut être très clair, le cheminement avec un somaticien et un psychiatre, permet d'aller plus loin et plus vite dans la prise en charge, enfin plus profondément en tous les cas, mais faut pas non plus qu'on soit juste des personnes de passage, on n'est pas là juste pour passer vers le psychiatre, on est là pour la prise en charge ensemble. Mais ça c'est un peu l'idéal. D'abord il y a peu de psychiatres qui s'intéressent à la douleur, et puis il y a peu de psychiatres tout court du coup ils sont mis ailleurs que dans les centres de la douleur chronique, très clairement, très très clairement. Et en ville moi j'ai essayé de développer des liens avec des psychiatres libéraux, et en fait certains jouent vraiment le jeu, et les trois quarts disent que c'est des patients qui sont peu observant, qui viennent, qui ratent des rendez-vous, donc voilà, donc c'est des patients qu'ils perdent et qui arrêtent. Et puis l'autre chose je pense pas que la consultation avec le psychiatre ou avec le psychologue doive être prescrite je pense, c'est-à-dire qu'il faut que ce soit un choix réfléchi et une prise en charge partagée avec le patient. Ça ne sert à rien sans ça, si on envoie chez le psy pour l'envoyer chez le psy, ça ne marchera pas, ça ne sera pas efficace.

R : Ça effectivement, il faut peut-être essayer d'amener le patient à ...

M8 : Faut vraiment que ce soit une décision médicale partagée, et que le patient comprenne ce pourquoi on demande cet avis en plus et pourquoi on veut un accompagnement, mais pas pour euh, pas pour botter en touche en tous les cas.

R : Et du coup, pour vous, faudrait vraiment cet accompagnement psychiatrique ?

M8 : En tous les cas il faut une prise en charge de la souffrance, il faut une prise en charge de la gestion des émotions, qui est quand même très perturbée chez nos patients. Et il faut, enfin, la douleur de toutes façons elle va être là, la douleur elle va rester, nos patients, ils restent douloureux, mais de leur apprendre à mieux gérer les émotions, à mieux gérer la nociception, je pense que vraiment ce serait, une plus-value, en tous les cas.

R : Dans quelle situation avez-vous recours à un avis psychiatrique et avez-vous un exemple ?

M8 : Alors moi j'aurais les moyens, je pense que 90% de mes patients, je les réfèrerais à un psychiatre. Il y a plusieurs situations. La première situation, c'est que dans les patients douloureux chroniques il y a une sur-représentation de traumatismes de l'enfance, avec, sans être cliché il y a quand même un pourcentage non négligeable, de violences dans l'enfance, d'abus sexuels. Et c'est le moment où le, enfin à mon avis, c'est quand les patients viennent en centre de la douleur, c'est le moment d'aller aborder tout ça, et on ne peut pas juste l'aborder, moi en tant que somaticien, ça ne suffit pas. Donc y a toute cette partie-là de travailler sur l'enfance, c'est ce qu'essaie de faire [nom d'interne] sur la thérapie des schémas. Ça c'est une première chose dans l'histoire de vie du patient. D'autre part, nous on a quand même, on a une comorbidité qui est importante de dépression, de troubles anxieux, de troubles de l'humeur de façon générale, donc là y a une prise en charge aussi qui aurait intérêt à être coordonnée. Donc sur l'enfance, sur les comorbidités, y a une, entre autres chez les fibromyalgiques, il y a une majoration, très très nette du risque de suicide, et des qui réussissent en plus. Donc dans la prise en charge globale, et puis je pense aussi, que quel que soit le psychisme ou les constructions des patients, quand on est douloureux pendant dix ans, il y a une atteinte sur le moral. Donc ça, et puis, on utilise énormément de médicaments psychotropes en médecine de la douleur, peut-être pas toujours à bon escient. Et je trouve que le regard du psychiatre qui connaît la pharmacologie, ce qui n'est pas le cas de tout le monde, peut vraiment être une aide. Je vous dis, chez les patients fibromyalgiques, ils ont quand même pour une grosse partie, des parcours de vie, très très chaotiques et c'est le moment de les aider un peu.

R : Et du coup, est-ce que vous avez un exemple d'un patient, qui vous revient en tête, que vous avez envoyé chez un psychiatre ?

M8 : Alors je vous dis, je les envoie beaucoup. Alors les derniers que j'ai adressés c'étaient des épisodes, des crises suicidaires. Donc faut être clair que là, je les ai envoyés aux urgences. Les deux ont été hospitalisés d'ailleurs, ils sont restés un long moment. Et puis les autres c'est essentiellement, des... Une autre personne à qui j'ai demandé un avis psychiatrique parce qu'elle avait là, justement une douleur cancéreuse mais avec un syndrome dépressif avec une perte d'espoir et puis besoin d'un soutien donc là aussi. Et puis nous, en interne, on a peu de... les psychiatres ne font pas de thérapies, enfin on n'a pas de prise en charge en groupe donc ça, ça manque aussi. Et puis il y a un autre psychiatre à qui j'adresse des patients, un psychiatre de ville, parce que lui il a mis en place des groupes de méditations et ça je trouve ça intéressant aussi. Donc je lui envoie des patients pour de la méditation.

R : de faire des prises en charges en groupe aussi ?

M8 : Ce serait super intéressant ça. Moi je pense que des prises en charge de groupe serait super intéressants. Alors là, avant il y avait des groupes qui étaient très très bien gérés par une psychologue, puis elle est partie, essentiellement basés sur le CBSM, c'était vraiment intéressant. On a un psychiatre qui a fait sa thèse sur l'intérêt du CBSM chez les patients présentant un cancer, donc elle, elle a géré des groupes. Là on a une psychologue qui remet en place des groupes et je pense que vraiment la dynamique du groupe serait intéressante chez nos patients qui, quand même, souffrent d'isolement, et qui sont précaires au niveau de leur relation.

R : Et, ça rejoint un petit peu ça, hein, mais qu'attendez-vous du psychiatre ici, celui qui est ici, par exemple, et puis les psychiatres en ville.

M8 : Alors, le psychiatre qui est ici, c'est un peu particulier, je ne parle pas de l'interne qui est en formation, il a une vacation hebdomadaire donc en fait il vient au staff. Donc je ne peux pas attendre grand-chose du fait de l'absence de temps, tout simplement. Je pense vraiment que dans une vie plus riche en psychiatres, on aurait vraiment besoin de travailler ensemble, sur aussi les troubles de la personnalité, sur le fait que, à quel moment, aussi, à quel moment - c'est des patients qui nous mettent en échec tout le temps, enfin qui nous mettent souvent en échec- et à quel moment il faut dire stop. Et puis on a besoin aussi du psychiatre, dans un autre domaine, on fait de la neuromodulation, où on fait des, où on implante des neurostimulateurs, et là il faut qu'il y ait une autorisation du psychiatre, on a besoin que le psychiatre valide l'indication, en tous les cas ne l'exclue pas. Donc ça c'est une première chose, et puis quand est-ce que j'aurais besoin du psychiatre ? Et puis j'aurais, j'aimerais qu'il y ait un vrai travail de fait avec les syndromes dépressifs, avec les troubles anxieux généralisés, avec les personnalités borderline, mais ça c'est pas en ayant une vacation hebdomadaire qu'il peut le faire, donc je ne peux pas attendre grand-chose parce qu'il n'est pas là en fait, parce qu'il n'est pas là.

R : Et du coup vous fonctionnez avec des psychiatres en libéral ?

M8 : Oui je fonctionne avec les psychiatres libéraux, essentiellement pour les syndromes dépressifs, quand j'ai un doute diagnostique aussi. Il y a quand même certains états psychotiques qui ne sont pas si simple que ça pour nous à diagnostiquer, et puis pour les suivis. Je travaille donc avec quelques psychiatres libéraux avec qui ça se passe bien.

R : Qu'est-ce que ça apporterait qu'ils travaillent ici ?

M8 : Une unité de lieu déjà dans la prise en charge, des échanges informels. Je pense que des échanges informels nous permettraient tous de progresser. Et puis, il y aurait une autre mission du psychiatre, mais ça ne devrait pas être le même à mon avis, on a quand même des situations très compliquées en permanence, on se reçoit quand même la souffrance des gens en permanence tout le temps et je pense qu'une supervision nous ferait du bien. Mais alors là, ça n'a même jamais été évoqué en centre de la douleur. Moi je travaillais à [lieu] en [spécialité], on avait une supervision, où on pouvait parler des situations qui nous avaient marquées ou des situations qui nous avaient mis en échec. Mais ici, c'est... on en parle pas, ce serait fondamental pour le bien-être des équipes et puis pour notre survie psychique parce que c'est lourd, hein, quand même. Donc je trouve que ça ce serait une autre partie, un autre pan. Je ne suis pas persuadée que faudrait que ce soit le même, je pense même qu'il ne faudrait pas que ce soit le même. Mais un temps de psychiatre pour la supervision des équipes, ce serait bien ça.

R : Donc il faudrait deux psychiatres ?

M8 : Il faudrait un psychiatre qui s'occupe de nos patients, puis un psychiatre qui s'occupe de l'équipe, ça permettrait d'avoir un peu moins de souffrance au travail, très clairement. Et puis moins de, c'est quand même pas des patients qui sont très valorisant pour l'égo hein, les patients douloureux chroniques, donc je pense que ça générerait plus les frustrations. Et puis ça éviterait peut-être, là si le psychiatre était plus présent au quotidien, je parle

pas celui de la supervision, l'autre, ça permettrait aussi peut-être, à mon avis de dire stop et de ne pas aller dans une escalade qui me semble déraisonnable certaines fois.

R : Dans quelles ... ?

M8 : Bien par exemple, typiquement sur un dos multi opéré, à mon avis, des approches psychocorporelles des fois peuvent suffire plutôt que d'aller mettre un neurostimulateur implanté. Sur une névralgie pudendale, c'est pas la peine d'aller faire 250 infiltrations alors que le problème c'est de la violence dans l'enfance, enfin. Je trouve que l'absence de psychiatre, nous fait répondre, nous fait donner des réponses qui sont interventionnelles ou médicamenteuses, pour faire quelque chose et c'est pas toujours utile.

R : Ok, et la dernière chose c'est est-ce que vous avez des remarques, est-ce que vous avez des remarques, voilà, sur la place de la psychiatrie en centre de la douleur ?

M8 : C'est devenu complètement le parent pauvre alors que ce n'était pas le cas avant. Enfin en tous les cas ici. On a de la chance d'avoir des internes de psychiatrie.

R : Parce qu'avant il y avait un psychiatre sur place ?

M8 : Il y avait plus de temps que ça, très très clairement. Quand moi j'ai commencé... Au tout début, après on a eu [nom de psychiatre], après on a eu [nom de psychiatre], enfin on a eu des personnes qui étaient plus présentes, qui étaient hospitalières aussi, donc qui étaient plus facilement joignables aussi. Et puis il y a aussi le fait qu'on fait quand même, pas mal d'avis interne et on intervient, en fait on est appelé sur les mêmes patients que la psychiatrie de liaison, et ce serait intéressant de pouvoir faire du lien aussi. Donc il y a une vraie place pour le psychiatre. Et il y a une vraie place pour un interne de psychiatrie mais je pense que les conditions ne sont pas les bonnes. Si on veut qu'un interne de psychiatrie fasse de la psychiatrie, il faut qu'il ait un senior avec lui. Et pas, on ne peut pas laisser porter la responsabilité de certaines choses à un interne qui n'est pas seniorisé. Donc là je suis un peu virulente là-dessus mais je pense que c'est une erreur de notre part. Ça dépend d'où en est l'interne dans son cursus, mais il faut qu'il soit seniorisé.

Entretien PS1

- R : Ma première question c'est : est-ce que vous pouvez me raconter votre première journée en service de douleur chronique ?

- PS1 : Alors ma première journée c'était... que je ne dise pas de bêtise... il y a 7 ans, 8 ans je crois. Mais bon. Euh... Alors à l'origine je suis psychiatre donc, et je travaillais juste avant dans un service fermé qui avait vocation à devenir une UMD. J'ai une formation de criminologie, où je m'occupais essentiellement de personnes héboïdophrènes, psychopathes divers et variés etc... C'était donc très différent. Évidemment, au minimum j'étais... enfin... surpris non mais soudainement ça devenait calme et il fallait que ça se pense un peu sur la durée, voilà, une sorte de contraste assez massif entre mon ancienne carrière et la nouvelle.

- R : Oui.

- PS1 : Je voyais des gens dont j'avais un peu de mal à apprécier la plainte d'emblée, une espèce de confusion entre la plainte somatique et puis, au minimum la comorbidité psychiatrique classique et fréquente dans un parcours douloureux chronique c'est à dire qu'au bout d'un certain temps on finit par déprimer

- R : Ouais

- PS1 : Donc quand même, euh, là pour le coup les visions concrètes de ce que pouvait être une dépression secondaire à une succession d'évènements qui petit à petit faisaient que ces gens-là perdaient des choses jusqu'à se sentir complètement démunis et jusqu'à, bin, finalement déprimer. C'est aussi la première fois que j'entendais des gens qui facilement allaient vers une pensée un peu catastrophiste, pessimiste, euh où le l'élan vital existait un peu sur le bout des doigts mais par contre des gens qui devenaient pour ainsi dire incapables de se projeter dans un avenir à court ou moyen terme. Sachant que quand je suis arrivé ici, les patients que j'ai reçus, c'étaient des gens qui avaient quand même déjà en moyenne deux ans de galère derrière eux.

- R : Ouais

- PS1 : Donc des gens qui étaient déjà vraiment vraiment abimés. Voilà donc euh c'était, je dirai tout de suite une expérience originale en ce sens que je devais prendre en compte tout de suite l'aspect somatique autant que psychique mais le mode d'entrée était celui du corps quand même.

- R : Ouais.

- PS1 : C'est la plainte du corps qui faisait que le patient venait ici et euh... le psy ne venait pas vraiment, ne coulait pas de source.

- R : Mmm

- PS1 : C'était pas une évidence, à la limite il y avait presque le côté caricatural de la consultation c'est-à-dire « je déprime mais vous imaginez bien pourquoi », sur le papier, voilà l'élaboration d'un diagnostic quel qu'il soit pouvait pratiquement se résumer en 35, 36, 38 secondes. Pas beaucoup plus. C'est-à-dire que oui effectivement, ça, plus ça, plus ça, il ne vous manque que le moteur d'avion qui vous tombe dessus « si docteur c'est déjà arrivé aussi ». D'accord, bon sous-entendu il n'y a pas besoin de faire d'autres études pour comprendre que ça va mal moralement.

- R : C'est sûr oui.

- PS1 : Bon, au fil du temps les choses se sont quand même un peu affinées, sous-entendu voilà le mode d'entrée souvent quand même c'est l'approche, c'est l'expérience de la dépression, mais aussi l'expérience assez singulière qui est celle de « je déprime aussi des conséquences c'est-à-dire que je suis quand même en perte de repères sociaux, perte de repères familiaux des fois, perte de repères sentimentaux », et puis personne dont on voit que les défenses narcissiques sont effondrées ou sont en train de s'effondrer, voilà donc petit à petit finalement assez rapidement on se rend compte que la composante sociale, sociétale, socio-pro euh prend une ampleur vraiment importante c'est-à-dire que le symptôme déborde vraiment dans toute les directions et a des conséquences dans toutes les directions. Rapidement les discussions deviennent ouvertes mais à 1000 endroits et ce qui est aussi étrange enfin étrange, non, c'est très rapidement les patients s'inscrivent dans cette consultation avec l'idée que c'est un psy mais bon il y a tellement de choses. C'est souvent assez foutraque au début quand même hein, et en l'occurrence il est pas rare qu'il faille soit aider les gens à parler soit canaliser leur discours pour que petit à petit on puisse dérouler un récit comme ça et que le récit petit à petit vienne nous déborder de la seule problématique médicale et médicosociale et professionnelle c'est-à-dire qu'effectivement l'aura un peu catastrophiste fait que le patient nous dit finalement qu'il est maudit.

- R : Ouais.

- PS1 : Et puis c'est, ça peut toujours prêter à sourire avant ce qui pour moi était une bête expression : la douleur ça rend fou, là c'est devenu concret. Des gens qui avaient l'impression de sombrer dans la folie quelques fois, avec l'accumulation, avec ça plus ça plus ça plus ça c'est complètement fou docteur et puis ça et puis ça et puis ça et puis je suis tout seul et puis plus personne ne me comprend et puis tout le monde me fais chier et puis ceci et puis cela et euh est ce que c'est moi ou est-ce que c'est les autres ? Et alors je me suis rendu compte quand même assez rapidement qu'une part du travail consistait finalement aussi à rassurer les gens quant à leur santé mentale bon sous-entendu monsieur, madame en fait à l'origine tout va bien, votre situation est folle et vous emmène sur le terrain de la folie voilà tout mais ce que vous vivez en soi, vous n'êtes pas fou.

- R : Ouais.

- PS1 : Et puis petit à petit, de voir que, euh, assez rapidement que beaucoup de gens pas tous, mais la plupart quand même sont à la recherche de, d'éléments de réponse suffisamment factuels pour que ce qu'ils ont à vivre

comme symptômes et comme conséquences dans leur quotidien ça fasse un peu sens, et pourquoi ceci et pourquoi cela et pourquoi et pourquoi et puis on me dit que la douleur c'est dans la tête et puis machin et puis bidule et puis truc. Et oui mais oui mais oui, sauf que, on va faire des dessins parce que c'est quand même bien dans la tête ça ne veut pas dire que ça n'existe pas ça veut dire que quoi qu'il se passe tout transite par la tête et tout est restitué par le tête c'est intéressant après de voir que souvent une partie du travail au début est très métaphorique, bon en fin de compte rapidement pour pouvoir installer la personne dans l'idée qu'il doit être soigné et que c'est pas forcément le fruit de sa folie euh faut être un peu, un peu enseignant un peu didactique pour expliquer de façon extrêmement simple ce que peut être les circuits de la douleur de base pour qu'il puisse comprendre que oui c'est dans la tête mais ça veut pas dire que oui c'est la folie. Bon d'une part et ensuite euh arriver à leur expliquer les différentes complexités qui vont avec les prises en charge en fonction de ce que le corps veut bien interpréter de nos souffrances et douleurs et que les deux sont finalement quand même bien intriquées euh et puis petit à petit on, comme ça, on arrive à dérouler à travers tout un tas de métaphores souvent je rappelle quelques exemples qui permettent aux gens de comprendre ce qui peuvent, ce qu'ils ont à souffrir comme douleur euh, c'est pas tombé du ciel et s'ils sont pas dans la maîtrise et s'ils sont pas dans la capacité à comprendre c'est tout à fait normal parce que le corps fonctionne comme ça et que le corps c'est quand même un animal de mémoire et que la mémoire on la maîtrise pas si bien que ça et donc bon des fois on prend du temps pour raconter le comment ça fonctionne les douleurs du membre fantôme parce que ça parle pour le coup ça parle, c'est... ça fait un peu sens et puis de leur dire en fin de compte dans ce que vous avez à ressentir de façon normale bien il y a un truc très con quand : vous avez goûté et senti quelque chose il y a bien longtemps, quand vous le sentez qu'est-ce qu'il se passe, je me rappelle du goût, voyez bon quand vous vous êtes brûlés une fois vous vous rapprochez la main du feu, vous faites quoi vous, vous retirez la main et vous pensez à quoi, olala qu'est-ce que j'ai eu mal le jour où je me suis brûlé vous voyez, et puis vous lui dites que le début de vos soucis c'est quand vous vous êtes pétés la jambe dans un accident de voiture mais quand vous repassez là-bas, là de l'autre côté et qu'on vous a expliqué que vous avez failli crevé, qu'est-ce qu'il se passe ? Ah j'y passe plus je ne me sens pas bien j'ai des palpitations ça va pas du tout, ah oui voilà.

- R : Ouais

- PS1 : Et au fait vous avez des enfants ? Oui j'ai des enfants. Et ils ont quel âge ? ah d'accord ouais bin, oui, bin, ah, beh Julie elle passe le bac cette année ? Olala ouais mais pff elle dort mal elle passe son temps aux toilettes elle a pas de chance vous savez elle est pas malade mais bon vous voyez les différents symptômes que peut présenter votre fille là, le mois qui précède les examens, chez un adulte qui n'a pas grand-chose à foutre de sa vie, on suspecte éventuellement l'émergence d'un cancer colique et on lui propose une coloscopie. Est-ce que, euh, à vos étudiants vos jeunes étudiants on leur fait des coloscopies et pour le premier qui a validé ces examens ? Il s'est passé quoi après, et beh il a guéri et on continue, voilà j'ai appris ça ici quand même parce qu'à l'époque où je faisais de la crimino, le but c'était plutôt d'éviter les coups hein souvent ou de passer énormément de temps à essayer de bricoler des expertises qui soient présentables, voilà. Bon donc c'était avec tout le travail qu'il fallait surtout que j'ai fini ma carrière à l'époque où on a commencé à changer un petit peu la façon de contrôler les droits euh et puis bon beh en ce qui me concerne le vendredi j'allais au tribunal avec les différentes personnes qui étaient à J10, J15 d'hospitalisation etcetera bref. Donc c'était quand même très très différent et c'est là finalement que j'ai appris à essayer de bricoler des petits morceaux de cours venant simplifier la compréhension des patients, et à partir du moment où ils arrivaient à se saisir de quelque chose qui les rassurait sur le fait que bin, en fin de compte avec leur propre corps ils étaient bien paumés. On ne va pas dire ça allait mieux mais au minimum ils étaient contents de pas être fou, ça veut pas dire qu'ils étaient guéris de leur déprime. Mais au moins je suis pas dingue, voilà, bon. Ça c'était plutôt pas mal et en fin de compte voilà il faut, faut... Et après l'autre observation quand même c'est que c'est intéressant de voir que la plupart des gens avec leur niveau de compréhension, d'intelligence, de capacité d'intégration, etcetera... euh... faisait l'effort de s'intéresser petit à petit à c'est quoi un corps humain et comment ça fonctionne. Certains devenaient même assez, deviennent assez bons dans leur capacité d'analyse de leur fonctionnement propre, à l'aune de ce qu'ils sont capables de mettre en œuvre et d'arriver à tolérer que, « bin ouais c'est comme ça » et alors c'était intéressant. C'est intéressant parce que c'est toujours le cas bien sur... euh... de voir qu'on arrive à faire un peu reculer, des fois presque complètement, bon peut-être ambitieux de le dire comme ça, mais au moins une fois sur trois, on arrive à gommer tout ce qui va dans l'aspect catastrophiste du discours, sous-entendu... euh... entre guillemet « le succès » dans ce genre de prise en charge c'est quand le patient de se dire que de toutes façons « bon demain à 11 h j'aurai mal donc ça sert à rien de m'enterrer chez moi autant partir en vacances, pff que j'ai mal à 11h15 qu'à 11h ce sera bien pareil ». Voilà c'est là qu'on arrive un peu à fonctionner sur quelque chose de l'ordre de la remotivation, finalement on est presque un peu en remédiation cognitive hein des fois, euh... en étant un peu scolastique tout en essayant de ponctuer l'entretien avec des discussions qui permettent au patient de se décaler, de venir réutiliser ce qui le faisait vivre pour se réapproprier la possibilité que dans certaines circonstances ce n'est pas fatal et qu'il y a des choses qui peuvent se récupérer. Donc c'est quand même assez... ça c'est des choses que j'ai un petit peu découvertes ici.

R : Ouais

- PS1 : Voilà, c'est-à-dire que, on ne peut pas être seulement psychiatre, voilà. On ne peut pas seulement emmener les patients sur une thérapie plutôt analytique, ce que même souvent ces parcours ça réveille pas mal de choses en particulier chez les personnes dites fibromyalgiques.

R : Ouais

- PS1 : Nous ici on a appris à être fibro-septiques, pas fibro-résistants, euh mais il est très fréquent qu'en creusant on trouve quand même bien des trucs. Des trucs qui datent d'il y a bien longtemps des fois qui sont assez récents, de toutes ces histoires de traumatismes qui sont en lien avec des accidents qui finalement révèlent qu'on était juste en train de parler d'un PTSD ou de toutes ces choses-là, ou toutes ces histoires qu'on choisit de pas garder parce qu'on s'imagine qu'en les oubliant ça ira mieux. Euh... typiquement les agressions sexuelles ou quand même de ce que je peux voir ici, 5 fois sur 6 pour ce que je sais de la définition de la fibromyalgie, pour moi ça vole en éclat à partir du moment où je considère que toute agression... euh... effraction psychique rentre dans le champ de la maladie en tant que psychiatre. Je considère que, oui, donc si on part du principe qu'une fibromyalgie c'est un syndrome polyalgique diffus sans substratum ni anatomique ni bio, ni quoi que ce soit etcetera... bon on part du principe que quelqu'un qui a pris une bombe sur la gueule, il y a pas besoin d'aller très très loin pour comprendre qu'il puisse être un peu traumatisé, un peu, même si c'était il y a 20 ans.

R : Ouais

- PS1 : Voilà, et qu'il peut y repenser assez régulièrement et que ça peut le mettre dans des situations de tensions qui sont assez extrêmes et euh... voilà. Je après ce qui concerne la fibromyalgie, nous on est confrontés si je puis dire au... à des choses tout à fait discutables. On reçoit beaucoup de personnes à qui on propose une étiquette de fibromyalgique qui sont au minimum des personnes mal traitées par le circuit médical. C'est intéressant de voir, il y avait une étude suédoise, un gars qui s'était amusé à évaluer le... comment dire ? ...Le... L'importance qu'on voulait bien accorder aux pathologies et qui avait déterminé qu'il y avait un certain nombre de pathologies qui étaient particulièrement méprisées et mal prises en charge, sous-entendu il y a maladie noble et il y en a d'autres, c'est des maladies qui font chier. C'est intéressant de voir que sur beaucoup, ces personnes qui ont, à un moment donné, souffert dans leur vie, plus ou moins longtemps de quelque chose... euh... dans les années 70 on disait « hystérie », dans les années 80 on disait « myasthénie », dans les années 2000 on parlait de « fibromyalgie » puis y'a eu une tentative de maladie de Lyme, ou c'était assez surprenant de voir que la France pendant un temps, c'est encore un peu le cas, un peu moins, a été manifestement envahie par des colonies de tiques jusque dans les villes. Je suis très... Alors je précise que je suis campagnard, j'ai toujours vécu à la campagne, je vis pas en ville, j'essayais de voir comme ça, je suis quand même allé regarder dans mon jardin. J'ai dit... j'ai pas vu plus de tiques que d'habitude alors j'en ai parlé au chat du voisin qui me disait « miaou miaou » apparemment il n'avait pas l'air d'être plus infesté de tiques, bon mes gamins voulaient que je leur retire une tique par an. Voilà, c'est des campagnards dans le jardin, j'ai pris le souci d'en capturer un vivant pour lui demander... J'ai pas réussi à voir que la France était vraiment envahie par des tiques. Donc alors évidemment on peut penser que c'est un jugement de valeur mais ça dit quand même quelque chose de l'investissement du corps autour du symptôme douloureux et qu'est-ce que ça peut véhiculer d'autre qui soit pas finalement si tant en lien avec le corps que ça quoi. Bon, et donc effectivement c'est aussi là que j'ai découvert toute une frange de population dont on peut dire au minimum qu'elle allait mal.

R : Ouais

- PS1 : Indépendamment de fibromyalgie point d'interrogation.

R : Ouais ouais.

- PS1 : Ou y'a quand même une certaine souffrance qu'il fallait tenter d'investir et qui, à la limite on était dans la définition... les définitions presque pures et dures de ce qu'on peut appeler maladie psychosomatique. Et pour le coup vraiment presque parfois totalement dedans avec toujours la singularité suivante, c'est parce qu'il semblerait que la douleur dans ce genre de parcours soit essentiellement le fruit de la psyché que ça pourrait masquer le reste. Donc bon, ça nous oblige aussi à être un peu parano avec ces patients-là euh... qui effectivement peuvent être facilement mal traités en ce sens qu'on les prend pour des doux dingues quand ceux-ci ne vont pas se fédérer dans des associations de fibromyalgiques ou de gens agressés par les tiques ou de ce genre de choses. On a presque l'impression qu'il y a des camps qui se dessinent... Ça laisse à penser aussi qu'il y a aussi tout ce scepticisme qui va du côté de la vaccination, qui malheureusement est bien pourrie aussi par les labos qui refusent aussi de nous vendre des vaccins à l'unité donc à chaque fois on est obligé d'utiliser des penta, des octa des machins... Enfin donc on voit aussi toute cette frange de la population dont on voit qu'elle va mal mais c'est terriblement complexe parce qu'il y a presque une expression corporelle qui fait vraiment barrage à une forme de souffrance psychique qui fait qu'on est quand même on est très en difficulté parce que ce sont souvent, deux fois sur trois, ce sont souvent des gens qui sont rejetés. Et qui sont renvoyés à outrance vers la psy. La psy n'étant pas forcément plus puissante à régler quoique ce soit puisque la personne vient se plaindre de son histoire de tique et qu'elle va dépenser 3700 et quelques euros pour aller faire un test incroyable quelque part en Allemagne. Donc on est quand même dans des choses qui sont, on fait vraiment des grands écarts. J'ai aussi découvert ça ici, parce que c'est vrai que moi au début, fibromyalgie j'avais un peu la vision, la version des rhumatologues. Bon voilà. Mais en fin de compte c'est bien plus que ça, ça nous montre, moi ça me montre aussi que c'est là le travail pluridisciplinaire c'est vraiment important parce que pour essayer d'introduire une forme de réflexion critique du côté de la psyché il faut pouvoir y associer le corps, et il faut que le médecin somaticien accorde du crédit à la plainte douloureuse ou des fois entre guillemet y'a quelques patients qu'on peut être amené à traiter du côté de l'antalgie pure et dure mais pas vraiment de cible mais si ça doit permettre d'accompagner quelqu'un, qu'il soit traité autrement et que soit traité autrement son mal-être pourquoi pas. Euh... ça pourrait presque être ambitieux de se dire qu'on essaie de proposer une forme de thérapie allant pour tous ces troubles névrotiques, histrioniques qui font que je ne sais pas combien de millions de médecins depuis la nuit des temps se cassent un peu les dents dessus. Ou des fois on a l'impression d'assister à des mini-conversions. Bon, après si découvert la stratégie que certaines personnes essaient de développer pour

essayer de vivre de leur maladie à partir du moment où ils savent qu'ils sont définitivement handicapés, plus ou moins, et c'est vrai qu'en particulier on voit ça avec les personnes qui bénéficient de chirurgie du rachis où la réalité quand même c'est que c'est des gens qui sont quand même très très invalidés pour le reste de leurs jours et qui sont difficilement soulageables et qui finalement éprouvent le besoin de faire un... du point de vue médical on dirait... un mésusage de la médecine mais de leur point de vue... l'usage stratégique le moins pire possible pour conserver un espace de vie où ils peuvent continuer d'exister parce qu'ils ont plus que leur ferraille dans le dos et leur douleurs.

R : Ouais

- PS1 : Sachant qu'à ces gens on ne peut pas leur dire pour le coup « ah mais maintenant c'est plus vraiment l'interprétation de votre cerveau », mais c'est vraiment le fruit d'une construction folle qui fait que non, bien sûr, même s'il y a quelque chose de l'ordre de la pathomimie, mais encore que ce ne soit pas un bon mot parce que ça part quand même d'un vrai problème. D'un vrai problème pour lequel il n'y a pas de retour possible

R : humm.

- PS1 : Voilà, donc voilà on a toutes ces singularités qui font que la clinique façon DSM IV, IV oui ? 5, 6 je sais plus... 5... euh c'est pas toujours voilà pas toujours... Bon cela dit c'est pas, c'est pas supposé être la bible non plus. Mais c'est à partir de ça, normalement qu'on doit pouvoir coter les patients psy, qu'on dégage de l'argent sur notre capacité à provoquer des maladies chez eux pour qu'ils nous enrichissent. N'y voyez pas là forcément un discours avec une arrière-pensée politique.

R : Non non.

- PS1 : Bon, non mais voilà donc c'est pour moi, c'est vrai que c'était un peu un nouveau. Ça veut dire qu'il fallait que je pense autrement que seulement un psychiatre qui collecte des symptômes et qui voit comment associer une thérapie à la fois analytique pharmaco plus ou moins... plus ou moins sociale. Bon, c'était quand même... et puis c'est vrai qu'à un moment donné je me suis dit bon, il faut que j'essaie de trouver tout un tas de stratégies pour permettre à l'autre de comprendre et de pouvoir rentrer dans un discours dans lequel il se sente pas mal à l'aise.

R : Ouais

- PS1 : Et ça fait partie de ces consultations où le psychiatre est au minimum autant bavard que le patient, voire plus, et ce d'autant plus que les gens rentrent notamment parce que la plainte vient du corps et viennent pas, rarement, parce que ça vient de la tête.

R : Ouais

- PS1 : Déjà c'est... il faut bien dire la vérité, hein, trois fois sur quatre, « bonjour monsieur vous venez pour quelles raisons ? » « C'est le Dr [nom de médecin] qui m'a dit qu'il fallait que je vous voie. » J'ai dit bon « regardez-moi etcetera. » C'était rare mais c'est toujours... je dis « bon dites-moi ce qu'il vous fait le Dr [médecin] », « alors il me fait ça, il me fait ça, parce que, parce que... » « d'accord d'accord, bon, et donc moi, enfin, moi je suis psychiatre donc alors, on fait quoi ? » Puis petit à petit les choses se déroulent, puis j'essaie de créer d'autres liens. Donc c'est particulier quand même. C'est une consultation où le psychiatre des fois est beaucoup plus bavard qu'il ne prescrit.

R : Ouais

- PS1 : Donc c'est enfin pour ma pratique, pour ma pratique, euh... donc euh... donc voilà. Après je vois que ça introduit des biais dans ma façon de fonctionner parce qu'indépendamment de ça je fais de la psy de liaison en fait. Ou au moins ça me permet aussi d'interpréter un peu différemment et d'écouter un peu différemment aussi les plaintes... des patients que je peux voir dans l'établissement et qui... pour qui la plainte n'est pas forcément en lien avec la douleur physique.

R : Oui

- PS1 : Même si la plupart des patients au minimum deux sur trois, il a mal aussi.

R : Ouais

- PS1 : Voilà, donc ça module ça change aussi un petit peu ma perception de la clinique dans le cas de la psy de liaison sachant que la psy de liaison c'est déjà un petit peu particulier. C'est, c'est, ça peut être sympa comme ça peut être un peu casse gueule aussi. C'est pas évident, ça fait partie de ces cliniques où par exemple, précisément avec les exigences de cotation des patients qui est pour le coup vraiment pourrie parce que à part une histoire massive qui prête pas à confusion c'est assez gonflé d'imaginer « ah beh monsieur bonne nouvelle je sais ce que vous avez, c'est une schizophrénie ». Après une heure d'entretien, c'est évident que c'est... celui qui ose dire ça ! Enfin c'est voilà... Bon, donc là c'est vrai j'ai souvent une approche un peu différente, des fois je fais mon entre guillemets « hein mon bébé algologue » où je crée des liens différents de mon propre corps de métier pour associer des soins un peu plus... un peu plus construits, plus globaux. C'est à dire que mes collègues là-bas savent que je suis pas un psy totalement beta du côté du soma, bon parce que je travaille avec des somaticiens et, bon accessoirement ça peut toujours prêter à sourire mais moi j'avais quand j'étais apprenti, j'avais fait à cette époque-là en parallèle de MSBM. C'était des examens dans mon parcours qui s'apparentaient un peu aux maîtrises, ça avait été développé dans les années 90 pour permettre aux étudiants qui auraient voulu changer de voies d'avoir une équivalence qui leur permettait, dans une école scientifique, d'accéder si possible à la troisième année. Bon voilà, et donc j'avais fait deux MSMB, organogénèse et anatomie humaine et l'autre de l'anatomie appliquée et comment on appelle ça... enfin bref... J'ai validé un module de 180 heures de dissections sur des corps etcetera. Accessoirement ça me permettait d'animer des TP de me faire un peu d'argent de poche. Voilà alors ça je l'avais fait parce que je voulais vraiment faire de la crimino, et puis bon voilà un peu de médecine légale donc voilà, donc, c'est ça c'est ce qui fait que j'ai une relation qui est un peu différente avec mes collègues. On peut lui dire des

mots... voilà on peut lui parler parce qu'on n'aura pas l'impression de parler à quelqu'un qui entre guillemets « soit qui s'en fout soit qui comprend pas » donc c'est une position qui est un peu particulière. Voilà. Donc ce service-là finalement pour moi il est assez polyvalent en ce sens que je dois penser dans pas mal de directions.

R : Ouais ouais.

- PS1 : Quand même... Et je dois aider des patients à reformuler la compréhension de leur problème pour qu'ils puissent s'emparer de l'intérêt qu'un psy pourrait avoir dans leur suivi, ou pas. Certains, en fait souvent, ont besoin d'être rassuré sur le fait que « ok c'est dur mais c'est pas parce que je suis fou ». Ça c'est quand même le point un peu, un peu majeur, après on a aussi des vrais fous.

R : Oui ?

- PS1 : Des fois, quand même ça, un grand automatisme mental qui fonctionne plein pot et qui chauffe bien. Bon, mais l'immense majorité des patients, globalement, sont finalement... faut un peu qu'on leur explique la différence entre la psychose et la névrose. Pour qu'ils puissent imaginer qu'ils souffrent normalement de leurs problèmes, c'est étrange quand même parce que des fois on voit des... souvent on voit des patients qui me disent « Oh olala qu'est-ce que je suis content ! Oh ça va tellement mieux, ça va tellement mieux ». Bon 12 minutes avant elle voulait se pendre, voyez... Bon après quand elle ressort elle se rend compte... « bon j'ai quand même toujours mal ». Je dis « je vous ai pas dit que ça allait traiter vos douleurs ». Hein, dire que voilà, comme si l'espace d'un temps la personne était capable de se réconcilier avec un symptôme douloureux. Parce que même à la limite tout à l'heure ce que je vous disais de la singularité des fibromyalgiques, dont on sent que c'est pas forcément... il rentre pas forcément complètement dans la définition pure et dure, il y a quand même un mal-être, il y a quand même un truc qui déconne. De manière générale il se plaint donc ça déconne, d'où que ça vienne d'ailleurs.

R : Oui oui oui.

- PS1 : Hein, donc c'est pareil toute cette frange de population qui a été agressée par une invasion de tiques il y a quand même une souffrance, il y a quand même quelque chose qui va pas. Ils arrivent à s'installer dans une vie qui les fait souffrir, leur fait mal, les deux, on ne sait pas trop. Voilà donc bon, il y a bien quelque part quelque chose qui fait que ça va pas pour eux. Voilà donc c'est quand même voilà c'est ce que je peux vous dire, c'est vrai que ma première surprise ça a quand même été finalement que d'abord voilà si je lui tends pas la main, si je commence pas à discuter de quelque chose, il se passera rien, et au minimum je peux comprendre sans trop en savoir que ça ne peut pas aller pour lui ou elle. Je comprends aussi qu'il ou elle, bien il comprend rien, il comprend rien, non pas qu'il soit bête, mais c'est que si on n'a pas appris, c'est pas possible de deviner, alors des fois on peut voir aussi des gens qui sont toujours dans le désir du contrôle, qui ont une espèce de... qui ont une espèce d'ego narcissique un peu trop puissant pour qu'ils soient capables d'apprécier le fait qu'ils soient désemparés. On arrive plus ou moins à déstabiliser ça en leur rappelant que les choses ne se devinent pas forcément. S'il n'y a pas quelque chose qui se passe en nous, je veux dire « mais monsieur vous me dites que vous avez compris etcetera vous pouvez me dire elle est où la rate là dans votre corps, bien, et votre foie ? ». Alors ils le devinent, mais de leur rappeler « et au fait donc beh si on veut bien résumer la situation vous êtes juste capable de situer la moitié de vos organes dans le corps, mais après tout, est-ce que vous les sentez ces organes ? Non. Voyez vos organes vous parlent pas ». Et puis petit à petit au fil de la discussion, « qu'est-ce que vous savez de vous ? Qu'est-ce que vous connaissez de vous ? A part votre peau, la couleur de vos yeux ? ». Voilà, « euh et bin bin rien ». « Donc résumons monsieur, en dessous de la peau vous n'avez absolument aucune idée de ce qui se passe. C'est-à-dire que tout ça, c'est à vous, ça vous est particulièrement intime mais vous n'avez aucune idée de ce que c'est et de comment ça marche. Vous vous rendez compte monsieur vous avez 42 ans, en 42 ans vous n'avez jamais adressé la parole à votre foie, est ce que votre foie vous parle ? ». Non. « Ah si sauf quand j'ai une gastro docteur ». « D'accord bon allez, il vous parle en gros quand il va mal c'est tout ? ». Bon voyez, c'est à un moment donné ça a été un peu surprenant pour moi. Mais j'aurais dû m'en douter, c'est vrai que quand on est médecin et qu'en plus j'ai mis... j'ai travaillé sur le corps humain pour faire des dissections donc évidemment c'était pas forcément évident pour moi de comprendre que le corps ce grand inconnu... mais l'immense, presque tout le monde n'a absolument aucune idée de la façon dont il peut bien fonctionner, de façon tout à fait basico-basique. Et là il faut qu'on reparte sur un certain nombre d'exemples permettant... alors des fois pour essayer de leur permettre de se sentir un peu moins agressé voire vexé par l'idée qu'ils ont le sentiment qu'ils se connaissent bien mais en fait pas du tout, voilà, c'est vraiment rien du tout. Toutes ces personnes qui sont complètement cassées à droite à gauche, je leur dis « mais à l'époque vous étiez en bonne santé vous y pensiez à l'activité qui consiste à mettre vos chaussettes ? ». « Pas du tout. Alors que je peux vous dire qu'aujourd'hui mettre mes chaussettes c'est une galère, nom de dieu ! ». « Donc aujourd'hui vous êtes en train d'intellectualiser tout ce que vous allez pouvoir faire et mettre en œuvre pour pouvoir mettre vos chaussettes, en particulier l'hiver, alors qu'avant vous vous en fichiez éperdument on est bien d'accord ? ». « Oui ». « Euh aujourd'hui quand vous vous levez et que vous marchez vous faites gaffe, vous cherchez la canne, vous regardez vos repères mais vous vous rappelez votre gamin quand il a commencé à marcher. Vous le regardez comme ça on a l'impression que c'était le truc du siècle et puis nous « allez vas-y » machin tout ça et oui il était dans la même situation que vous aujourd'hui. C'est-à-dire qu'il essaye d'apprendre quelque chose et il était en train de carburer plein pot dans sa tête pour imaginer comme il allait enchaîner les séquences qui vont lui permettre de marcher. Et vous vous n'y pensez même plus sauf aujourd'hui parce que vous avez une algoneurodystrophie qui vous fait tellement souffrir que vous vous demandez comment vous allez, et que vous vous êtes même en train de penser la stratégie et la matière de la chaussette et la taille de la chaussette que vous allez mettre en fonction de la... de votre algoneuro. C'est-à-dire que vous êtes en train de m'expliquer que sur ce pied-là vous avez une chaussette en 39-42 sur celle-ci en 48-52, voilà et que vous, vous essayez autant que possible

d'être dans ce putain de supermarché et si possible à l'ouverture pour être sûr que dans le même rayon sur le même modèle de chaussettes vous ayez plusieurs tailles différentes ». Voyez euh donc petit à petit comme ça des choses.

R : Ouais ouais.

- PS1 : En fait c'est une sorte de puzzle à reconstruire pour que les gens puissent comprendre que quand même quand on va bien, la vie des animaux que nous sommes c'est drôlement peinarde parce qu'on ne fout rien nom de dieu, on ne fout rien. On respire spontanément, le cœur se débrouille tout seul pour s'adapter en fonction de l'effort, il nous le dit clairement quand il faudra lever un pied parce que ça commence à faire mal les muscles, pareil quand ça commence à crammer il nous dit « arrête », la digestion on s'en occupe pas ça se fait tout seul, le foie il bosse tout seul pour commencer à organiser un petit peu les nutriments, c'est « mais monsieur madame à l'origine vous êtes quand même le plus grand des feignants, vous êtes... il n'y a que dix pour cent de votre conscience au monde qui fonctionne et qui en plus vous donne la prétention que vous êtes le chef de tout ce beau monde. Alors qu'en fait non, vous, vous êtes juste un grand feignant pour votre corps. C'est-à-dire que si on voulait pousser les métaphores un peu plus loin vous êtes comme tous ces dictateurs qui s'assoient copieusement sur le, l'ensemble de la population qu'ils, qu'elles, exploitent à leur propre avantage, à leur propre ego et beh voilà ce que vous êtes, vous êtes le tyran de votre corps et vous vous foutez éperdument ». Bon j'exagère un peu... Mais petit à petit On raconte des histoires pour que... c'est pas si simple que ça, c'est à la fois simple et compliqué, ce qui est compliqué c'est de comprendre que bien ouais, on profite bien de nos petites cellules quand tout va bien et quand ça va pas c'est à nous de prendre le relai pour essayer de compenser là où nos cellules nous disent « non ».

R : Ouais ouais.

- PS1 : Et c'est intéressant d'ailleurs, mais c'est vrai que ça change complètement la façon de travailler en soit. Et il est pas rare, une fois sur deux je ne traite pas le patient, hein parce qu'à la limite les Laroxyl® et compagnie mes collègues ont déjà... Voilà c'est déjà... Après moi je fais plus ou moins variable d'ajustement sur les ordonnances. Ça me donne aussi une certaine légitimité pour plus ou moins poursuivre ou adapter des thérapeutiques en fonction des disponibilités de mes collègues. Voilà ce que le... Et c'est intéressant de voir que le patient 9 fois sur 10 me fait confiance sur ce terrain-là.

R : Ouais.

- PS1 : C'est très particulier quand même comme approche clinique, ça nous oblige quand même à nous, à prendre du temps pour discuter. Il faut quand même qu'on arrive à naviguer dans des univers qui n'ont rien à voir avec eux probablement, pour qu'ils puissent... pour qu'il y ait une espèce d'empathie qui soit aussi orientée vers... on est vraiment quand même obligé de parler de la vie, donc on va chercher des exemples, et avec les gamins, avec la bagnole et avec les chaussettes. Voyez et puis de leur expliquer pourquoi les autres des fois peuvent être... parce qu'on a aussi toute... la plupart des gens qui nous disent « ils me gonflent tous ! Et l'autre qui vient me bassiner me disant ouais mais bios machins, euphytose, huiles essentielles, tu verras, moi je les supporte plus, j'ai juste envie de la claquer et de lui dire t'as qu'à le bouffer ton quinoa » ! Certains même en étant grossier je leur dis mais en fait le truc c'est... il est pas forcément malveillant ou méprisant juste qu'il sait pas, « mais vous quand je vous ai torturé à propos de votre foie et que vous m'avez dit tout benêt la seule, la dernière fois qu'il vous avait parlé c'était il y a deux ans, c'était aussi une gastro et petit à petit vous vous êtes rendu compte que finalement vous n'aviez de connaissance de votre propre corps et anatomie que 10% et bien l'autre pareil c'est un grand benêt, un grand narcissiste là dans ces quelques petites cellules du frontal qui pense qu'il est en contrôle de tout, mais non et comme vous dites l'autre avec ces grands airs est-ce que vous pensez qu'elle y pense quand elle fait comme ça là ? ». « Bien euh non, je pense pas ». « Bien oui bien sûr, voilà, mais c'est-à-dire que finalement elle est comme vous avant ». Et c'est marrant parce que sur le terrain de la déprime il y a quelque chose comme ça qui se... rapidement c'est : « quand je pense que je voulais le secouer là quand il déprimait et que je lui aurais mis des coups de pied au cul, oh mon dieu j'ai honte qu'est-ce qu'il a dû souffrir, qu'est-ce que j'ai dû lui faire de mal ». Je dis « ouais mais bon voilà. Quand tu sais pas, on peut se comporter comme des éléphants ». Et donc petit à petit bon on voit des gens qui essaient d'en fait effectivement, se réadapter avec d'autres stratégies. C'est-à-dire comment je fais pour avoir... pour simplifier des discours compliqués à outrance, pour que ce soit entendable rapidement sans que je sois obligé de dérouler tout un tas de trucs pour qu'en gros on me foute la paix. Voilà euh et que je puisse arriver à faire le tri entre les cons, où les cons on s'en fout, et ceux qui sont naturellement dans l'empathie et dans la considération que si ça va mal pour toi-même, si je comprends pas, je peux croire et il n'y a pas de soucis, et ceux qui sont maladroits mais pas méchants, qui peuvent faire du mal mais pas par méchanceté.

R : Ouais ouais.

- PS1 : Juste par naïveté, ils arrivent à faire un peu le tri entre tout ça. Ils arrivent à bricoler des stratégies dans le discours qui leur permet d'éviter reprendre, de galérer. D'un certain point de vue on pourrait presque dire qu'on a un rôle un peu éducatif quoi. Et on voit des familles qui veulent venir nous voir pour : « je veux comprendre parce que pour moi c'est trop compliqué, il a essayé de m'expliquer, j'ai compris que c'était pas simple et que c'était... ». Et des fois on travaille avec les familles pour que : « ahlala ohlala ma pauvre ». Puis bon Il y a des choses qui se... voilà. Bon après ça les guérit pas toujours mais disons que ça c'est vrai que souvent, finalement c'est un travail qui est quand même une fois sur deux éducatif.

R : Ouais. Et selon vous, les somaticiens qui travaillent ici, pour quelles raisons ils vous envoient les patients ?

- PS1 : Pff c'est compliqué souvent ils nous envoient les patients pour qu'ils puissent je dirais finaliser un diagnostic. C'est-à-dire je sais pas bien si c'est moi, si c'est la tête, ils savent pas très bien dans quelle spécialité naviguer. Alors les collègues somaticiens là-bas sont quand même un peu plus clivés sur la psyché et le corps parce qu'ils restent somaticiens mais néanmoins ils restent sensibilisés sur le fait que rien ne se passe sans la tête

et qu'il y a forcément la possibilité d'un lien voilà. Et alors pas ici parce qu'évidemment on bosse ensemble et il y a quelque chose de fluide à penser la prise en charge globale quand il s'avère qu'il faut qu'il y ait plusieurs spécialités qui interviennent. Donc il n'y a pas d'ambiguïté. Mais souvent chez les collègues émanant... enfin essentiellement les médecins internistes, deux fois sur trois, ils sont à la recherche d'une hypothèse diagnostique qui viendra les conforter dans l'idée qu'il faut soit foutre le paquet du côté de la psyché, soit de foutre le paquet du côté du soma.

R : Ouais

- PS1 : Voilà. Et on arrive assez aisément à bosser ensemble mais c'est vrai que souvent c'est pas forcément... la demande est pas forcément claire. C'est une fois sur deux c'est « est-ce que c'est moi ou est-ce que c'est toi ? ».

R : D'accord

- PS1 : Est-ce que c'est moi qui fait le courrier ou est-ce que pour le coup c'est plutôt toi ? tu vois parce que c'est plus le problème de ta spécialité que le problème de... et c'est pas intéressant parce que la moitié des médecins, peut-être plus même des fois, quand ils ont le sentiment qu'une personne présente une symptomatologie complexe qui n'a pas forcément grand-chose à voir avec le soma, c'est pas mal vu pour me dire « est-ce que j'ai une personne... je suis pas tout à fait sûr que ce soit moi-même, de toutes façons je suis quand même obligé de débrouiller le terrain somatique, et est-ce que tu es là parce que je vais te solliciter pour que tu vois et qu'on participe à l'élaboration d'un diagnostic ou d'une hypothèse diagnostique ». Donc depuis que je suis ici parfois on m'appelle pour prévoir une consultation pour un patient qui sont pas tout à fait que... mais ils ont quand même besoin de faire un débrouillage somatique pour... voilà, ne pas prendre le risque du coup d'aller vers une forme de diagnostic un peu à la hussarde comme c'est le cas pour certaines personnes avec qui on dit « beh si vous voulez je vous propose la fibromyalgie, et voir un psy et voilà ». C'est donc c'est quand même un peu... c'est un peu particulier mais c'est voilà, c'est la fibromyalgie, les années passent, toujours aussi peu de prestige. Donc ces micelles de prestige... et tout en bas de l'échelle on a la fibromyalgie. C'est intéressant c'est un papier qui n'est pas très long mais qui dit un peu les biais qui peuvent s'introduire auprès du corps médical quand ce qu'on voudrait bien penser d'une maladie plutôt contre une autre quoi.

R : Et pour poursuivre un peu le parallèle entre ici et votre place dans la structure, est-ce que vous trouvez qu'il y a une place particulière du point de vue de la psychiatrie de la douleur chronique par rapport aux autres maladies chroniques ?

- PS1 : Je sais pas trop je sais pas trop, euh pff, je peux pas donner de bonne réponse parce que c'est tellement médecin dépendant. C'est un peu comme d'habitude, il y a ceux qui font l'effort d'imaginer que ça vaut le coup de penser à deux le malade et ceux qui pensent que « c'est soit toi soit moi mais je veux pas savoir ».

R : Humm.

- PS1 : Ça existe toujours. Je pense que ça existera encore longtemps surtout qu'on n'est pas vraiment nombreux à déambuler dans les services. Et donc je dirai qu'on n'est pas assez puissant à communiquer l'intérêt de fédérer plusieurs spécialités, dont la nôtre. Donc c'est pas c'est pas vraiment donner de réponse. C'est... ça peut être la nuit et le jour en fonction de voilà... avec tout un tas de biais aussi parce que des fois si vous voulez dans cette activité on fait aussi un peu les pompiers. C'est-à-dire que quand il y a eu un problème qui a suscité un peu d'émotion, un peu de colère, un peu de ceci, un peu de cela rapidement c'est le camp de l'un contre l'autre et on... Et il y a des personnes qui rapidement ont dans l'idée que de toutes façons « elle est folle celle-là » et le médical va se déliter, voire voler en éclat. C'est particulier quand même, c'est particulier. Bon globalement ici ça se passe plutôt bien mais après j'avais fait de la psy de liaison dans d'autres structures, disons que faut quand même une bonne année avant qu'on arrive à peu près à se caler un peu les uns, les autres, quant à ce qu'on peut faire ensemble ou pas. Bon voilà, je me rappelle par exemple quand j'étais à [nom de ville] au bout de 4 ans tous les médecins qui bossaient à la mat' et en gynéco, c'était pas possible ça, il n'y avait rien qui passait, rien, c'était tout le temps une catastrophe. Au bout de 4 ans quand même, on était trois en plus, on avait la chance d'être plutôt bien équipé. Bon ça arrive voilà. Donc c'est pas je peux pas vraiment donner de bonne réponse, je peux pas.

R : Et pour revenir un peu plus à la douleur chronique, ici selon vous quel... enfin en fonction de quoi ils font plutôt appel à vous ou plutôt appel au psychologue ?

- PS1 : Bon déjà c'est euh si on pense qu'il va falloir imaginer la possibilité d'un traitement.

R : C'est vous ?

- PS1 : Voilà c'est vrai que c'est moi. D'accord, ensuite ça dépend aussi des sensibilités des personnes, puisqu'effectivement pour le coup en tant que médecin je suis légitime à travailler du côté de ce qui pourrait s'apparenter à de l'éducation thérapeutique ou plus précisément de l'explication de texte. Donc en fonction des personnes, en fonction de la nature des troubles ça peut être plus facilement moi... euh... mais c'est voilà, c'est pas vraiment défini... c'est plutôt intuitif. Il est pas rare que je travaille en couple avec une de mes collègues... euh... sur des registres différents pour le coup ma collègue allant vraiment dans l'analyse de la problématique de la personne qui s'intègre plus ou moins dans sa problématique de santé, et moi je me focalise plus sur l'histoire qui va avec la santé, où j'ai un discours plus terre à terre, plus factuel, plus... même carrément des fois, opératoire. Voilà donc à la limite moi avec les patients souffrant de problèmes chroniques, je suis plus bavard que mes collègues. Elle, pouvant s'extraire du discours médical puisque psychologue et donc « je ne prescris pas et donc je n'ai aucune idée de l'anatomie humaine », voilà donc c'est assez fin comme distinction dans ce sens que c'est pas... à part il y aura peut-être quelque chose à faire notamment du côté de la thérapeutique et donc la question ne se pose pas ou pas tout de suite, en tous les cas voilà. Ou alors ça va être quoi l'approche de la personne ? Elle en est où de sa réflexion ? Est-ce qu'elle est prête à être reçue par une ou un psychologue ? Chez nous une psychologue

euh s'il y a trop de détresse, s'il y a trop d'affolement, s'il y a trop de catastrophes, s'il y a trop de quoi que ce soit ça commence par moi.

R : Ouais.

- PS1 : Et après on glisse vers la psychologue plus ou moins en association, souvent en association. Il y a quelques patients pour lesquels je suis plus sur un travail psychothérapeutique... euh... voilà euh... qu'authentiquement psychiatre si je puis dire. Mais voilà en règle générale il y a quand les symptômes sont trop massifs, sont trop intrusifs, viennent trop parasiter la pensée, la capacité de la personne à se penser, la plupart du temps ça commence par moi.

R : D'accord un peu dans l'hypothèse est-ce qu'il y aurait une pathologie psychiatrique ?

- PS1 : Ouais alors on a des patients qui sont... qui sont... indépendamment de leur problème de santé, ils sont à la base bien fous. Tout court. Voilà. Après c'est le travail de l'interprétation de symptômes ou autre, qu'ils ne soient pas mal traités dans leur parcours médical comme ça peut être le cas. Quand on est schizophrène, des fois c'est pas évident de se faire soigner. Les schizophrènes ne s'expriment pas non plus forcément comme on voudrait. J'entends... Bon peu importe, mais disons que voilà, qu'en règle générale si les symptômes sont trop massifs ça commence par moi.

R : D'accord parce qu'en interrogeant vos collègues du coup j'ai l'impression qu'il y avait parfois de la confusion entre le rôle du psychiatre et du psychologue ici.

- PS1 : Oui il y a de la confusion, des fois c'est confus ouais. C'est difficile de... c'est parfois ce que j'vous dis c'est un peu caricatural, c'est vraiment quand c'est entre guillemets « flamboyant », ça commence par moi mais c'est parce que je suis susceptible de pouvoir traiter et d'apporter des éléments qui associent... des explications qui associent la psyché et le corps. Voilà, mais ou des fois c'est confus ouais des fois, alors des fois la confusion elle vient aussi de la demande des patients, on a des patients qui sont fous, fous, fous à lier et qui veulent travailler avec des psychologues mais pas avec le psychiatre mais qui n'ont pas forcément eu d'ailleurs de souci avec la psychiatrie auparavant.

R : Ouais.

- PS1 : Bon c'est difficile de leur dire non vous êtes trop fou c'est plutôt le psy. C'est-à-dire qu'à partir du moment où il y a un équilibre qui s'installe dans leur prise en charge, en association avec le somaticien. Bon pourvu que l'hypnose ça doit nous faire rappeler en permanence que notre premier objectif c'est de traiter le symptôme, et éventuellement la cause du symptôme dans un second temps si on peut le faire, et si dans tous les cas on aide à débrouiller la recherche de l'origine du symptôme pour qu'il y ait des éléments de solution qui puissent se proposer de temps en temps. Mais à la base on se focalise d'abord sur le symptôme.

R : D'accord et du coup vous avez l'impression que parfois ils vous demandent aussi dans le but de comprendre ce qu'il se passe pour le patient ?

- PS1 : Oui oui un peu ouais. Un peu ici moins souvent parce qu'il y a une forme d'intuition, d'expérience où les collègues sont quand même toujours un petit peu psy quelque part pour pouvoir décortiquer euh... prendre le temps, revenir. On se remet souvent en question quand même ici. On part rarement sur un diagnostic unique parce que ce serait la première intuition. C'est pour ça qu'on discute régulièrement parce que des fois on peut se laisser envahir par nos patients qui se sur-focalisent sur une problématique qui n'est pas forcément en lien avec l'origine des problèmes. Donc mais bon de manière générale, c'est plus fréquemment mes collègues à la clinique là-bas qui ont plus besoin d'aide au débrouillage diagnostique, que la plupart du temps ici quand même vais pas dire de bêtise mais quatre fois sur cinq l'orientation est la bonne et c'est seulement une fois sur cinq que je co-participe à la réinterprétation de la plainte.

R : D'accord.

- PS1 : Voilà, c'est à la louche, c'est pas...

R : Oui du coup la demande au psychiatre pour comprendre ce qu'il se passe pour le patient c'est une demande légitime de la part du, enfin c'est normal c'est le rôle du psychiatre aussi ?

- PS1 : Ouais c'est la plupart du temps c'est... la demande est bonne. La plupart du temps vraiment.

R : Et du coup quand elle est pas bonne qu'est-ce qu'elle a de « pas bonne » ?

- PS1 : Alors c'est-à-dire que y'a la confusion entre effectivement le symptôme psy je dirai naturel, qui va avec la chronicité d'une souffrance d'une douleur ou les deux euh... et l'ampleur du désarroi de la personne c'est-à-dire « vous vous débrouillez pas si mal que ça avec vos problèmes est ce que vous avez vraiment besoin en plus de voir un psychiatre ? ». C'est-à-dire que à la limite c'est plutôt le collègue, la collègue qui a une crainte, un doute, plus important et il s'avère au bout de trois consultations que le psychiatre ne s'impose pas. C'est « oui vos symptômes sont congruents à la situation et vous vous débrouillez pas si mal que ça et à cet égard vous auriez plutôt intérêt à continuer à fonctionner comme ça ».

R : D'accord et dans la même idée est ce que vous avez l'impression qu'on sur-psychiatrise, qu'on demande trop au psychiatre son avis ou son expertise pour des problèmes de douleur chronique ?

- PS1 : Ici je pense pas. Mais enfin c'est pareil, c'est un peu compliqué, c'est-à-dire dans quelle mesure le médecin algologue sollicite le psychiatre sachant que j'imagine qu'au moins 95 pour cent de nos patients à moment donné sont déprimés. Est-ce que ça justifie à chaque fois que le psychiatre s'occupe de la déprime de ce patient pour lequel il s'agit d'une comorbidité tout à fait congruente à la situation et qui en aucun cas, la plupart du temps, ils arrivent à peu près à percevoir celui qui comprend et fait sens à son sentiment de déprime en lien avec sa problématique, et qu'il se sait souffrir normalement de ce qu'il a ? Bon la plupart du temps ces patients je les vois pas. Mais quelque fois je les vois, si globalement, s'il y a une sorte de débrouillage qui est quand même

relativement efficace. Je vous disais la plupart, je veux pas dire de bêtise, mais je dirais que peut être 7 patients sur 8 a vraiment de bonnes raisons de consulter. C'est plutôt pas mal, c'est plutôt pas mal. Les autres se débrouillent déjà suffisamment bien avec leurs symptômes pour qu'ils n'aient pas à se fader une consultation supplémentaire.

R : D'accord, quand vous dites 7 patients sur 8, ces 7 patients...

- PS1 : ...C'est à la louche hein, c'est pas du centre...

R : ...Ils ont une bonne raison de consulter ?

- PS1 : De toutes façons les gens que je vois ici, c'est des gens qui me sont adressés par mes collègues, soit à leur demande soit à la demande du patient. Je vois quelques patients donc entre guillemets « d'une psychiatrie conventionnelle » essentiellement par le biais de mes collègues internistes où là je dirais je suis plus dans une consultation conventionnelle si on peut dire, euh c'est pas très joli comme ça mais voilà. Quand même ce doit être 10 pour cent de ma consultation, le reste, c'est je suis principalement embauché par le centre.

R : Et donc en fait vous voyez quasiment tous les patients du centre ?

- PS1 : Non je crois que [prénom] avait un peu avait monté quelques stats pour voir à peu près la proportion de patients qu'il voyait et qui voyait soit un psychologue, soit le psychiatre, soit les deux. Je veux pas dire de bêtise mais je crois que ça doit tourner autour de... entre 15 et 20 pour cent je crois mais je suis pas... Je peux pas l'affirmer voilà. Heureusement d'ailleurs, la plupart des gens arrive quand même... après c'est vrai que l'ouverture, la prise en charge est quand même très large. Des fois l'énorme plainte s'avère être pas grand-chose et des fois une petite plainte mais « olala il faut qu'on s'occupe de vous mais c'est quand même important votre affaire ». Je dirais comme d'habitude donc après ça se réajuste au fil du temps voilà. Donc c'est important que, c'est l'expérience de mes collègues qui fait qu'ils arrivent relativement aisément à orienter correctement leurs patients dans la nécessité de voir le psychiatre ou pas. Mais c'est que des vieux médecins quoi, déjà plusieurs décennies, c'est ça peut toujours... enfin voilà c'est... j'ai la prétention de dire que c'est un service qui a de l'expérience dans l'accueil la prise en charge et l'orientation. Bon les jeunes médecins qu'on a eus petit à petit se sont adaptés, se sont... Alors on a eu deux jeunes médecins, il y en a un qui est parti sur Lyon pour des raisons familiales donc le Dr [nom de médecin] qui bosse chez nous depuis un an et demi qui régulièrement... alors eux effectivement ils me sollicitent... ils me sollicitaient pour celui qui est parti... et elle me sollicite des fois un petit peu comme les médecins somaticiens internistes, c'est à dire « je suis pas sûre que ce soit moi ou toi ou nous ».

R : Ouais.

- PS1 : « Donc voilà tu le vois tu me donnes un peu ton avis pour savoir si moi je dois continuer ou si je dois complètement le réorienter ou le... ». Voilà, c'est sur la recherche d'une expérience de ce point de vue là où mes collègues ont un côté un peu chien truffier, il faut pas leur dire ça va les vexer. Voilà quoi, donc bon moi je suis arrivé dans un service qui avait déjà de l'expérience.

R : Il y avait déjà un psychiatre avant vous ?

- PS1 : Alors il y a eu des psychiatres avant moi, trois ou quatre je crois, il y avait [nom de psychiatre], Il y avait [nom de psychiatre], il y avait [nom de psychiatre], d'autres dont je ne me rappelle pas les noms. Mais eux qui venaient bosser ici mais qui ne bossaient pas à la clinique par contre, ce qui fait qu'en fin de compte eux étaient, je dirais, dans le strict respect du contrat de base. Normalement je travaille à quart temps, non à tiers temps ici. En fait tiers temps, quart temps je m'en rappelle plus, en fait c'est mi-temps, c'est mi-temps musclé. Et comme je suis basé ici forcément c'est facile, c'est beaucoup plus facile pour mes collègues. Les collègues qui avant travaillaient ici bossaient ailleurs, et venaient ici un jour et demi par semaine. C'était pour le coup beaucoup moins souple, notamment la prise en charge se limitait à des consultations, c'est déjà énorme. Alors que moi je consulte et je vais en hospitalisation, ce qui permet d'organiser des rencontres pour imaginer que le patient puisse venir en consultation sans arrière-pensée, c'est-à-dire que ça peut faciliter une prise en charge chez des gens qui souvent au début sont plutôt réticents à imaginer qu'un psy pourrait... Voilà. Ou oui ça évidemment, alors c'est intéressant que moi, de voir que moi dans mon activité de temps en temps, effectivement, j'ai le patient qui est au début ou même franchement agressif parce qu'il a l'impression qu'on se fout de lui en lui envoyant le psy : « comme tous les autres vous me dites que je suis fou, hystérique », euh... les collègues avaient bien préparé les patients à la nécessité complémentaire d'imaginer aussi une approche « psychiatre ».

R : Ouais.

- PS1 : Voilà quand chez les patients entre guillemets « vraiment nouveaux », généralement ceux qui viennent en primo hospitalisation pour faire un vraiment un bilan global de débrouillage, pour comprendre, démêler, etcetera euh... j'en sais rien, je dirais une fois sur six je me fais très fraîchement accueillir et la plupart du temps après ça se... Ils ont besoin d'abord d'être rassurés. Après avec l'expérience que j'ai acquise ici, « olala je viens pas pour vous imposer quoi que ce soit, je viens pour vous dire comment je fonctionne avec mes collègues et moi ce que je sais de votre problème et qui ferait que je pourrais avoir quelque chose à faire pour vous » mais qui ne vient pas contre ou à la place... Voilà. Bon donc c'est plutôt en hospitalisation que des fois, je peux me faire un peu fraîchement recevoir mais c'est quand même assez exotique.

R : D'accord.

- PS1 : En médecine interne c'est plus fréquent déjà parce que les patients ne sont pas toujours informés, qu'il y a des trucs qui se loupent, où on rentre dans la chambre, on se fait insulter. « Oh c'est pas grave, oh les gens comme vous, vous savez ce que j'en pense, la société, j'aimerais mieux être comme les arabes », on entend des trucs... « ok ok ok ok ok, ça va aller, ça va aller, ça va aller » ... Alors je dirais qu'on est dans le florilège de ce que l'animal humain peut produire dans un moment où il a pas été un minimum, et effectivement c'est plutôt dans le cadre de la psy de liaison ou une fois sur cinq « bon qu'est-ce que je fais, est-ce que j'indique sur mon observation :

bon contact, il m'a traité de connard, de sale youpin ». J'ai vu sale youpin aussi, est-ce que je l'écris ou pas, j'ose pas l'écrire, je me dis, « écoute je veux bien entendre qu'il pourrait y avoir un problème là-haut mais il faudra que tu travailles sur l'association de moi psychiatre, et toi parce que pour l'instant la seule chose que je puisse te dire c'est qu'il n'aime pas les juifs, c'est tout ce qui cliniquement est assez restreint ». C'est bon, mais bon, c'est les petits bonheurs de la psy de liaison. Quand on intervient aux urgences des fois avec certains jeunes médecins qui ne sont pas très aguerris, et le gars il est agité il veut tuer tout le monde, et on envoie le psy, bon très bien allez il est où ? Il est là ? Vas-y. Moi tout seul là, comme ça vous me dites que « ouais ouais mais toi tu peux le calmer » et puis « oh calmez-vous ». Il saute dans tous les sens, il commence à jeter les chaises. On va reprendre les choses le psy n'est pas un magicien, le psy n'a pas de super-pouvoirs, le psy n'est pas... des fois aux urgences c'est pas mal ça. Bon par contre quand c'est un collègue qui a du bagage, je sais qu'il y a déjà un cadre qui commence à s'installer, il va se passer quelque chose et puis on voit un monsieur, il est fou, il a pris de la drogue, il faut le psy, je dis « bon ok, on va d'abord travailler un tout petit peu, avant d'aller le voir on va d'abord discuter puis on va... vous lui avez dit quoi ? », « oh on lui a dit de se calmer », et « alors il s'est passé quoi ? » et « il m'a mis un coup de pied, et un coup de boule » et voilà. Donc on va reprendre, on va reprendre, quelqu'un qui a pris de la coke, on ne lui dit pas calmez-vous, on ne dit rien. Voilà mais ça c'est je dirais les joies de la psychiatrie de liaison, mais c'est vrai que dans les services où les psys sont dans les services des urgences c'est toujours plus facile parce que pour le coup il y a vite une association sur les compétences qui fait que l'expérience s'acquiert dans les deux camps. Mais là, bon, n'ayant pas de lit, pas de ligne d'astreinte etcetera, je suis sollicité que très ponctuellement.

R : Et le côté, « le psy a des super-pouvoirs », ici ça existe...

- PS1 : Ça existe toujours.

R : Ça existe toujours quand même ?

- PS1 : Ouais y'a toujours, alors...

R : ...Enfin ici au centre de la douleur je veux dire.

- PS1 : Ah ici, non, non, non, non, non. Euh... non, non, globalement non, c'est peut-être arrivé une fois, si je crois que c'est arrivé une fois surtout parce que [Nom de médecin] en avait ras le bol d'une consultation pénible et il avait juste envie de me refiler le truc tordu, le coup du patient qui à 19 heures, à la fin de la consultation qui vous dit qu'il veut se suicider vendredi, enfin bref. Donc oui, en fait c'est surtout parce qu'il avait envie de s'échapper, mais c'était un abandon utilitaire de sa part pour sauver son week-end. Voilà donc voilà, non ici j'ai jamais été utilisé comme pompier, magicien ou quelque chose comme ça.

R : Ouais. Ici le rôle du psychiatre est plutôt bien défini ?

- PS1 : Il est assez bien défini, ou plutôt bien utilisé. Défini oui, défini dans les limites de l'indication de travailler sur... avec la psyché d'une personne en souffrance. Parce qu'effectivement comme vous le faisiez remarquer tout à l'heure entre psychologue ou psychiatre c'est un peu confus. Cette confusion ne vient pas seulement des médecins.

R : Ouais ?

- PS1 : Et les choses peuvent se réajuster au fil du temps ou pas, après nous on part du principe que pourvu que ça rende service au patient, bon c'est pas grave.

R : Oui, et quand elle vient pas seulement des médecins, elle vient aussi des psychologues ? Des patients ?

- PS1 : Oui des fois, ouais en revanche...

R : ...ou juste elle vient...

- PS1 : Je disais tout à l'heure, ils se remettent facilement, ici on se remet tous facilement en question. Parce que c'est quand même un peu la médecine de la frustration, des fois c'est des années, des années, et des années avant qu'on arrive à contribuer à faire bouger les choses dans le sens du patient. Des fois on a des patients qui s'installent carrément parce que pour eux c'est leur dernier espace de vie, quoi en somme. Bon, on est un peu aguerris à la frustration, c'est le temps béni où on faisait croire qu'avec trois remèdes on soignait une angine, effectivement l'angine guérissait toute seule au bout de trois jours et que donc on avait l'impression d'être un héros, non, non quelqu'un qui vient déjà avec un an d'algoneurodystrophie, il sait déjà qu'on ne va pas faire de miracle.

R : Ouais.

- PS1 : Et nous on ne lui fait pas croire qu'on va faire des miracles. Déjà c'est aussi l'expérience qui fait dire au patient « je choisis de rester parce qu'au minimum, j'ai le sentiment que vous ne me prenez pas pour un con ou une conne ». Bon, non parce que c'est vrai, souvent ce sont des gens qui ont entendu « non mais prenez ça vous allez voir et la semaine prochaine ça ira mieux ». Non. Et bien non et bien non, ça n'a pas marché, bon beh ce n'est pas grave. Des fois ça nous fait penser, ça me fait penser un petit peu j'ai l'impression que des fois on a un petit peu le rôle de ce héros de Daniel Pennac qui s'appelle Malaussène dont le boulot consiste à encaisser les colères et les énervements des autres, je sais pas si vous avez lu quelques bouquins de Pennac ? Voilà, et parfois quand on récupère des patients qui ont été... qui ont le sentiment d'avoir été maltraités parce que les autres médecins n'ont pas compris que ce serait trop compliqué et qu'il fallait faire attention à pas faire de promesse. Donc ils viennent ici, il peut arriver, il peut arriver que pendant une ou deux consultations on en prenne plein la gueule et quand je dis plein la gueule, oulala, alors on se dit « ok c'est pas grave, et puis ça, bon ok », et puis à un moment donné je m'en rappelle de ce que je faisais quand j'étais en UMD, la colère elle finit toujours par s'éteindre, même chez les héboïdophrènes. Donc bon, on ne bouge pas, on reste, voilà, on est là c'est tout, une fois qu'il a tout cassé et qu'il est soulagé : « Bon écoutez, on peut peut-être essayer de vous, vous et moi comment on peut faire ? ». Voilà donc il y a effectivement des patients qui après un parcours où on leur a dit ça échec, ça échec, ça échec, qui viennent

me voir en nous disant « je vous préviens, je vous préviens ! », « oulala ne me prévenez pas, je me doute ». Bon après il y a aussi tout un tas d'histoires ou des personnes qui viennent en ayant dans l'idée qu'on va pouvoir réparer les conneries faites à l'extérieur, ce qui est toujours un peu délicat parce que, est-ce que c'est vraiment une connerie ou est-ce que ça fait partie de ces aléas thérapeutiques qui n'ont rien à voir avec l'indication et les hypothèses diagnostiques, la prise en charge etcetera ? Bon d'une manière générale on n'est pas là pour un petit peu juger des parcours médicaux, mais on a des patients qui veulent nous impliquer dans la possibilité de participer à une remise à l'endroit de ce qu'eux ils pensent, et de leur dire attention nous on n'est pas là « qui fait bien qui fait mal », on est là pour dire qui est plus habile dans telle ou telle ou telle prise en charge, etcetera. On a ça aussi des gens qui essaient de nous utiliser pour pouvoir étayer un dossier une plainte ou bidule. Alors des fois effectivement, on a quelques patients qui ont vraiment été massacrés, c'est rare quand même c'est rare, mais même pour ceux qui ont été massacrés on se garde bien de dire « olala quel salopard, il va voir ce qu'il va voir et d'ailleurs je vais l'appeler », non c'est « écoutez quoi qu'il se soit passé, hélas ça ne changera rien. Voyons voir ce qu'on peut faire pour que ce soit moins mal pour vous ». Et bon, on a aussi toute cette frange de la population, donc c'est vrai qu'on est très inscrits, effectivement dans je dirais une aura sociale locorégionale, depuis les soucis d'un chirurgien du rachis, on a beaucoup de patients qui viennent voir de que nous nous aurions à dire, ce que nous nous pourrions faire pour éventuellement instruire quelque chose, et nous de leur dire mais « attention il vous a opéré de ceci, il, pour nous et d'ailleurs et ça a été validé pour vous aussi, l'indication était bonne ça a été bien fait donc d'une manière générale on vous dira rien et nous n'aurons rien à vous dire mais ce qu'on peut, ce qu'on peut vous dire, c'est que c'est bien fait et donc que c'est pas la peine de s'inscrire dans quoique ce soit » voilà. Mais donc ça, effectivement, ça nous implique comme ça, enfin ça nous engage à écouter ou éventuellement on peut être invité par certaines personnes soit par maladresse soit par malveillance à vouloir dire quelque chose au risque de porter un jugement de valeur, donc c'est vrai qu'avec ce chirurgien on est vachement sollicité parce que c'est vrai que les personnes ayant des soucis avec leur rachis on en voit un paquet. Et c'est pas vrai, il les a pas tous loupés, il y a eu de vraies bonnes opérations, d'ailleurs la majorité quand même. Le défaut de ce type-là c'est qu'il n'était pas communicant, et il revoyait pas les patients. Mais la plupart du temps, c'était un bon opérateur. Quand il n'y avait pas de problème, il n'y avait pas de problème. Voilà mais donc on est impliqués là-dedans quoi, c'est toujours... bon alors des fois quand les gens vont un peu trop loin je me permets de lui dire « bon, on n'est pas là pour juger qui que ce soit, on n'est pas juge on est médecin ça c'est votre affaire, voilà nous ce qu'on peut vous dire, mais on ira pas vous raconter que... on ira pas vous raconter quoique ce soit, vous venez ici pour être soigné vous venez pas ici pour aller chercher une vérité qui vous correspondrait qui vous... », voilà, de manière à ce qu'on puisse faire la part des soins et du ressentiment. Bon la plupart du temps ça se passe bien, « ah bon d'accord, oui je suis désolé docteur, très bien », alors c'est intéressant de voir que la plupart du temps ces gens-là ont tenté leur chance avec un collègue somaticien, puis retente leur chance ici, alors des fois je leur dis « vous savez si moi, psychiatre, j'écris que votre chirurgie est foireuse je pense que ça va drôlement faire rigoler la partie adverse, et alors je vous déconseille vivement de présenter le certificat d'un psychiatre dans ce sens-là parce que de l'autre côté ils vont être contents. Là je peux vous dire que, si vous voulez un non-lieu il n'y a pas de soucis, j'atteste que la chirurgie est foireuse ». Donc des fois ça les fait rire en disant « ouais c'est vrai vous avez raison, effectivement si je fais un infarctus je vous trouverais pas docteur, je vous trouve très gentil, mais je préférerais que ce soit quelqu'un d'autre qui s'occupe de moi ». « Bien voilà on est bien d'accord ». Bon est ce que j'ai répondu un peu trop longuement et il va y avoir du tri à faire, mais bon c'est pas grave.

R : C'est notre boulot, est ce que vous auriez une dernière remarque ?

- PS1 : Non pas spécialement, pas spécialement. Non enfin, non, ce que je peux dire c'est que c'est un fonctionnement qui est intéressant et qui est, je vais dire novateur, non enfin pas forcément pour moi évidemment puisque je découvre un peu ça, et qui est quand même très singulier dans le parcours professionnel d'un médecin psychiatre parce que c'est quand même assez riche et puis pour plusieurs raisons différentes, par exemple c'est intéressant de voir qu'il commence à y avoir des études sérieuses qui se font sur l'usage de la kétamine pour traiter la dépression euh... la kétamine en douleur chronique on en utilise des litres et des litres, et effectivement on observe effectivement une amélioration thymique qui donne l'illusion au patient que leurs douleurs sont déjà en train de céder alors que d'un point de vue pharmaco on sait que la désensibilisation ne sera effective qu'au bout de dix, quinze jours avec la kétamine. Et petit à petit de leur dire on utilise la kétamine parce que ça fait aussi du bien au moral et que ça vous permet d'observer que comme vous vous sentez moins mal moralement vous êtes plus capable de résister à vos symptômes douloureux.

R : Ouais.

- PS1 : « J'ai toujours mal mais j'ai envie », donc vous pouvez faire le lien aussi et ça permet de continuer d'illustrer, de concrétiser pour le coup le lien qu'il y a entre la tête et le corps, parce que souvent les gens partent du principe qu'il y a la tête et le corps. Bon. Donc c'est... vous voyez ça permet de penser dans cette direction-là aussi c'est-à-dire qu'on a vraiment... ça permet aussi de penser un peu toxico. Les différents mouvements de presse et médiatiques autour d'un moment donné la morphine c'est mal, et puis après c'est le cannabis, et puis après c'est ceci, et après cela, euh... là, récemment les mini-effervescences qu'il y a sur vraiment utiliser les dérivés du cannabis pour traiter la douleur qui s'avéraient n'être que seulement des effets de manchette de presse mais qui n'ont absolument rien à voir avec quelque projet législatif que ce soit, et ce qu'on sait déjà qui va pas aller plus loin pour l'instant. Mais ça engage les patients dans d'autres discussions, dans d'autres... et pour lesquelles nous sommes légitimes à en discuter puisque ça nous concerne aussi donc ça ouvre la clinique dans des directions vraiment extrêmement variées. La médecine du travail aussi, donc le Dr [nom de médecin] qui fait de la médecine

du travail maintenant, et qui s'est débrouillé pour qu'on ait un interne de médecine du travail parce que c'est, voilà toutes les pathologies douloureuses au travail qui enfin voilà. Pour le coup c'est très riche, on peut vraiment naviguer dans beaucoup de directions différentes. Donc ça c'est au moins... aussi si je voulais parler un peu vulgairement, je dirais, au moins dans cette branche-là de la spécialité, on ne se fait pas chier. C'est... ça change des névroses autour du chat perché ou que sais-je qui parfois peuvent être usantes, usantes. N'y voyez pas là un jugement de valeur hein, mais enfin disons qu'il y a certaines névroses qu'on évite de prendre en dernière consultation de journée. Pour rentrer en assez bon état général à la maison. Et juste, bon, après ça n'a rien à voir, mais vous avez déjà une idée de la future orientation que vous aimeriez avoir dans votre future spécialité ou... « je verrais bien » ?

R : Plutôt de l'urgence... quelque-chose comme ça.

- PS1 : C'est vraiment enrichissant mais par contre c'est vraiment plus brutal parce qu'on a le meilleur et le pire dans la même journée. Bon... faut pas hésiter à se blinder un petit peu parce que je vous disais « faut que tu ailles voir le papi du 82 », et le papi du 82 il a 42 ans et il aime pas les juifs, bon... euh... bah voilà. Ça me laisse toujours un peu perplexe. Ou apprendre à se méfier du jeune interne qui vous appelle parce qu'il y a quelqu'un qui s'agite aux urgences ... alors... bon... voilà, on va avant d'y aller comme ça d'emblée on va voir un peu ce qui s'est dit, ce qu'il a pris, ils sont comment ses yeux, parce qu'en fonction de certaines drogues on sait qu'il ne faut pas foncer dans le tas. Non mais c'est chouette hein. J'avoue j'aime beaucoup la liaison. Après les urgences c'est toujours plus sympa et enrichissant quand il y a une vraie équipe de psy aux urgences, ça peut éviter des drames quand même parce que des sales bagarres qui tournent... le lendemain c'est plus le personnel qu'il faut prendre en charge. C'est aussi un travail qu'on peut faire pour l'accueil de personnes qui ont été victimes de crime soit de crime de sang, d'agression sexuelle aussi, qu'on peut faire avec les urgences, auprès des jeunes qui peuvent des fois être choqués quand ils voient arriver... c'est vraiment intéressant. Ok. Bah écoutez je vous libère.

R : Oui, moi aussi. Merci.

Entretien PS2

R : Ma première question c'est pouvez-vous me raconter votre première journée en service de douleur chronique ?

PS2 : Woua, alors ça remonte à [année], la première journée ici ... Je me rappelle avoir croisé un des médecins qui m'a... un médecin de la douleur, qui me demandait un peu mes références en termes de psychothérapie. Comme j'ai dit que j'étais ouvert à pleins de choses, il m'a dit mais comme on ne peut pas tout maîtriser donc, y a bien un moment où il faut choisir, bon il est parti à la retraite peu de temps après. Euh, je me rappelle avoir, euh voilà les premières consultations, c'était, voilà c'était déjà bien dans le domaine de la psychiatrie, je me rappelle d'une dame que je vois encore régulièrement, qui a eu plusieurs hospitalisations en clinique, qui a des symptômes dépressifs récurrents, bon, qui est immigrée, qui a des traumatismes de guerre, plus d'adoption, voilà, et c'est vrai que je trouve qu'elle est assez représentative de ce qu'on peut voir ici. Beaucoup d'intrications entre la douleur, et puis des pathologies psychiatriques, chez elle, un état de stress post traumatique, euh de la dépression, on a même évoqué un trouble bipolaire, qui a finalement été réfuté en clinique, en clinique privée, et on sent bien, par exemple que chez elle, il y a un lien très fort, un transfert avec sa médecin de la douleur référente. Voilà. Ça, plus l'informatique qui n'était pas encore en place mais c'est un peu hors sujet. En tout cas, toujours tout de suite très prenant, et avec beaucoup d'enjeu aussi autour du nombre de personnes à voir, de la durée de chaque créneau, j'ai senti qu'il y avait quelque chose d'assez particulier c'est pas le même rythme de travail qu'en CMP par exemple, où je consulte aussi, où la plupart des rendez-vous sont toutes les demi-heures éventuellement tous les quarts d'heure pour certains patients, bien connus, pour qui, il y a surtout un renouvellement de traitement à faire. Ici c'est, je voyais que trois personnes dans l'après-midi les premières fois. Là aujourd'hui, j'en suis à quatre voire cinq, mais ça reste limite, du fait que les personnes ont souvent beaucoup besoin de parler, ce d'autant plus parfois quand elles arrivent en disant : « moi je ne voulais pas vous voir, c'est l'équipe qui a demandé à ce que je vous rencontre et j'ai rien à vous dire » et puis finalement c'est chez ces personnes-là qu'on a le plus de mal à interrompre la fin de la consultation.

R : Et qu'est-ce qui expliquerait cette différence ?

PS2 : je pense qu'il y a beaucoup de choses qui entrent en jeu. Le symptôme douleur, pour moi, il est vraiment à l'interface entre, on va dire, toutes les spécialités médicales, et en particulier avec la psychiatrie, si tant est que ce soit une spécialité médicale comme les autres, parce que je pense qu'il y a l'effet de contexte où les gens viennent ici, non pas avec une attente de soins psychiques, enfin je pense pour la plupart, et que finalement se retrouver face au psychiatre, c'est, c'est une occasion qui ne se répète pas si souvent. Du côté du psychiatre, pour moi, c'est l'occasion de véhiculer tout un tas de messages, en particulier de la déstigmatisation du psychiatre, de la psychiatrie, des traitements pharmacologiques aussi, donc de faire beaucoup d'informations et pour les personnes, puisque je considère que c'est comme un premier entretien de suivi, comme c'est l'occasion pour moi de refaire un peu le parcours biographique, et souvent c'est l'occasion pour les personnes de vraiment, euh, et bien, retracer tout le parcours biographique ce qui prend nécessairement du temps. Et en même temps, je pense que la douleur, interagit beaucoup avec les dimensions d'identité, du sentiment d'identité et de qui suis-je, que ce soit, bon, ça on le voit aussi avec le diagnostic, mais le fait de venir parler au psy, au psychiatre, en ce moment où les patients sont aussi pas mal en phase de régression, et bah il y a quelque chose qui peut peut-être se libérer plus facilement qu'une consultation de CMP plus classique. Voilà, peut-être pour aller dans ce que j'entends par régression, j'ai... On m'a fait plusieurs fois les retours que les patients hospitalisés apprécient beaucoup les..., j'appelle ça les coussins de grosseur, mais des espèces de gros boudins de polystyrène en forme de U, qu'ils entourent autour de leur cou, et puis ils se lovent un petit peu là-dedans dans leur lit, voilà. Ça fait très, effectivement, très régression psychique.

R : Et du coup tout à l'heure il y avait un peu le... Ils vont voir le psy enfin le psychiatre comme s'il y avait, enfin il y a une différence entre psychologue et psychiatre ?

PS2 : Oui je fais la différence parce que dans l'organisation du service ici, les psychologues, je pense sont beaucoup plus intégrées dans l'équipe dans la mesure où elles sont trois à tiers temps, elles ont un peu plus de présence, en particulier sur le temps de réunion d'équipe, ce que moi je ne peux pas faire malheureusement, puisque je suis là qu'une demi-journée par semaine. Et c'est vrai que dans l'orientation auprès de moi, il y a vraiment une différence, avec souvent une question diagnostic, une question de traitement, et un peu de coordination des soins, aussi, vers les CMP, ou les psychiatres libéraux, ou les cliniques aussi, parce que ça m'est arrivé un certain nombre de fois de rédiger le courrier pour une orientation en clinique psychiatrique, donc c'est en ça que je fais la distinction, avec les soins psychiques, plus courants, où, la différence aussi est que les psychologues d'ici peuvent faire des suivis même si c'est une fois tous les deux mois ou tous les mois pour les consultations, chose que moi je ne peux pas faire, qui serait souhaitable mais que, en l'état je ne peux pas faire.

R : Du coup c'est un peu comme si, c'était de la psychiatrie de liaison ?

PS2 : Oui, je conçois, oui je conçois mon intervention, alors, en partie comme de la psychiatrie de liaison, parce qu'il y a tout ce travail de liaison effectivement, y compris auprès des équipes, pour parler de la psychiatrie, comme

ça a pu être le cas là à notre formation, à notre journée de formation annuelle le [date], là où j'ai parlé de la prévention du suicide, et de l'évaluation du risque suicidaire. Et en même temps je pense que c'est un peu à part aussi, parce que j'ai l'impression qu'il y a une certaine spécificité de la douleur par rapport à des soins de liaison, peut-être plus généraux dans des services de cancérologie ou de pneumologie, où là on a peut-être plus l'idée de, de venir traiter des comorbidités psychologiques ou psychiatriques, dans les services quand on fait de la liaison où là, enfin oui, je ne sais pas trop dans quoi je m'engage là ; comme si la douleur pouvait aussi être simplement un symptôme psychiatrique et non pas simplement quelque chose d'un peu périphérique ; comme on pourrait le voir peut-être en psychiatrie de liaison où parfois, on vient faire de la psychothérapie de soutien suite à une annonce d'un diagnostic grave ou des choses comme ça. J'ai l'impression qu'ici il y a quand même une certaine spécificité voilà du symptôme douleur.

R : Oui, comme si la douleur chronique était presque de la psychiatrie.

PS2 : Oui

R : Ou parfois de la psychiatrie

PS2 : Oui, oui. Oui, non pas que la douleur est inventée ou psychogène ou... Mais voilà, ce que je dis souvent aux patients que je rencontre, c'est qu'on voit dans les études que dans les nerfs de la douleur est véhiculée non seulement la part sensorielle qui permet de déterminer la nature de la douleur, sa fréquence en intensité, sa localisation ; mais aussi la part émotionnelle qui fait que la douleur est désagréable et pénible, avec une forte interaction au niveau du traitement central de l'information, avec, et bah, le circuit limbique, le traitement de la colère, de la tristesse et de l'anxiété. C'est en ça je pense que la douleur est quasiment un symptôme psychiatrique, dans la mesure où on a déjà un substratum anatomique on va dire, mais aussi, permet une forme d'expression de la souffrance. Ça c'est assez empirique, hein, mais dans ma pratique et dans mon ressenti, j'ai l'impression que beaucoup de choses peuvent se cristalliser autour du symptôme douleur. On a un certain nombre de patients par exemple qui sont en accident du travail, parce que les conditions de travail n'étaient déjà pas très bonnes, y avait une ambiance déjà particulière, voire conflictuelle au travail, plus un contexte de vie avec souvent des carences affectives et dans la construction narcissique identitaire ; qui fait qu'à un moment donné, survient un accident du travail parfois assez bénin et là tout ce cristallise autour du symptôme douleur avec parfois des algodystrophies en cas d'opération et où on a l'impression que, vient se greffer à la fois une colère contre le système, contre l'employeur et puis différents conflits familiaux, ou intrapsychiques sur une fragilité narcissique enfin de construction de la personnalité. Voilà.

R : ok, et du coup si on essayait un peu de résumer ou de synthétiser le rôle du psychiatre ici, ce serait quoi ? ou qu'est-ce que les autres médecins attendent du psychiatre ici ?

PS2 : Oui, on peut peut-être répondre en deux parties, déjà du vécu du psychiatre et puis après des attentes de l'équipe. Dans le vécu du psychiatre, je pense que c'est, en priorité, c'est la possibilité en consultant ici de rencontrer des personnes en souffrance psychique qu'on ne rencontrerait pas dans des systèmes classiques, que ce soit le CMP, ou même des cliniques ou l'hôpital psychiatrique, éventuellement peut-être en libéral et encore... Quand j'avais fait la thèse donc ma thèse sur la fibromyalgie et les facteurs psychologiques associés, il était, je, les études montraient qu'il y avait 40% des patients porteurs de fibromyalgie qui avaient une alexithymie, donc euh, la difficulté d'exprimer, de percevoir les émotions, qui confondaient aussi les sensations corporelles liées à une émotion avec des douleurs. Donc rien que cet aspect-là est un frein évident à l'accès aux soins psychiques et puisque soit les personnes n'identifient pas leur souffrance émotionnelle, soit ne voient pas l'utilité de consulter quelqu'un dans ce domaine-là. Donc vraiment, ça permet de rencontrer des gens qu'on ne verrait pas ailleurs, et de là, de permettre à la personne d'expérimenter une consultation avec un psychiatre, de voir que certains a priori, voilà ne se vérifie pas. Ça permet de dédramatiser la situation et vraiment je pense de faciliter, en tout cas j'espère, de faciliter les soins psychiques ultérieurs que ce soit avec un psychologue ou même un psychiatre. Donc ça c'est un premier point. Pour le psychiatre c'est aussi, je pense faire de la prévention, et de détecter des syndromes dépressifs, des syndromes anxieux, et parfois même euh, psychotiques ou troubles de l'humeur qui seraient passés inaperçus, ou qui n'étaient plus suivis depuis longtemps. Donc ça permet de raccrocher un soin à des personnes qui n'ont jamais été suivies ou qui ont déjà été suivies. Ça m'est arrivé un certain nombre de fois de faire passer un questionnaire d'hypomanie.

R : Oui

PS2 : Pour essayer de déterminer si la dépression résistante constatée, est unipolaire ou bipolaire, euh. Dans un certain nombre de cas, voilà, on se, je me suis posé la question de la structure de personnalité, éventuellement de trouble psychotique, qui s'exprimeraient en priorité par le corps et qui, du coup, voilà, donc il y a tout un travail de dépistage, parfois même d'introduction de traitement, parfois antipsychotique à visée à la fois curative et préventive. Et puis il y a toute une part aussi de, on va dire, toute la clinique du traumatisme, pas nécessairement au sens d'un état de stress post traumatique, mais vraiment d'une inscription dans le corps, des traumatismes, ce

qui me donne, d'ailleurs, à titre personnel, voilà l'envie de me former, de me documenter, voilà sur ces différents aspects-là. Effectivement, plus dans un registre de psychothérapie, puisqu'en terme de traitement, on reste toujours un peu sur les mêmes molécules avec en particulier les antidépresseurs. Mais je pense qu'il y a vraiment là une forme d'expression de la souffrance. D'ailleurs, je digresse un petit peu, mais de ce que j'ai compris de l'évolution et de l'historique des centres anti douleur on est parti de quelque chose à l'origine, de très interventionniste, mené par les anesthésistes sur des blocs de branches, des traitements euh, médicamenteux, voilà, des interventions, assez franches ; puis une évolution vers la rhumatologie, les douleurs chroniques, les douleurs arthrosiques, ou mécaniques ; puis est venue la vague de la neurologie, avec la découverte des douleurs neuropathiques entre autres ; et puis là dernièrement j'ai l'impression qu'il y a vraiment un virement vers la psychiatrie et les médecins que j'ai pu côtoyer qui se rendent au congrès français de, enfin de la fédération de la, dont je n'ai plus le nom, mais de la SFETD, voilà, disent qu'il y a de plus en plus de psychiatrie dans ces congrès. Et je pense, je me demande si ce n'est pas une évolution de la société aussi qui fait que le symptôme douleur est une voie d'abord privilégiée inconsciente d'expression de la souffrance, dans un monde aussi, où la médecine est de plus en plus cloisonnée, et avec peut-être une ambition ou un fantasme de tout expliquer, de tout traiter. Et finalement, la douleur, à la fois ne rentre pas dans les cases, puisque, comme je disais tout à l'heure, elle est à l'interface de toutes les disciplines et en même temps, elle, bah elle n'est pas toujours explicable, puisque, même, bon, le diagnostic de fibromyalgie c'est quand même, quelque chose de vaste, assez peu spécifique avec des critères, la triade symptomatique principale, est quand même, enfin sont des critères qui, à mon sens, ne sont pas indépendants entre douleur, fatigue et troubles du sommeil. Donc, je pense que sous le mot fibromyalgie on a tout un tas de diagnostics différents et pas nécessairement psychiatriques, hein, euh, mais en tout cas, vraiment à la fois un flou diagnostic, qui paraît difficilement, résolv..., résorbable en intégralité, ce qui, je pense, génère à la fois de la frustration du côté des médecins mais surtout des patients qui sont très fortement en attente d'un diagnostic, avec ce que je disais tout à l'heure sur les questions identitaires. La semaine dernière une patiente me disait : « J'attends de mon médecin de la douleur qu'il me donne un nom, enfin je veux dire, qu'il donne un nom à ma douleur. », sous-entendu le diagnostic, et, euh, donc, je, j'ai vraiment digressé... Pour revenir au contenu, donc voilà, je pense que, du côté du psychiatre il y a vraiment aussi toute une forme de clinique peut-être nouvelle, en tout cas redécouverte aujourd'hui, euh, qui n'entre pas non plus tellement dans les cases diagnostiques de la psychiatrie, là oui je peux effectivement parler de tous ces diagnostics de la CIM-10 comme le trouble somatoforme, le trouble douloureux et autre, que je n'utilise jamais, à vrai dire, dans ma pratique, à la fois parce que je préfère mettre des diagnostics sur l'état, l'épisode actuel, et non pas longitudinaux sur le parcours de soins, parce que sur un seul entretien c'est très difficile de le poser. Et puis je crains aussi, alors c'est discutable, hein, mais je crains aussi une stigmatisation des patients si on commence à noter trouble conversif, trouble somatoforme, puisqu'une fois que ça figure dans un dossier, les patients ne sont pas toujours traités de la même façon, avec une forme de dénigrement, de rejet, ou de, voilà, qui fait qu'on peut ensuite passer à côté d'un diagnostic grave aux urgences par exemple, sur une plainte douloureuse aigue type appendicite par exemple, sous prétexte que les douleurs abdominales sont chroniques et connues. Donc, voilà, la place du psychiatre, ici, elle pourrait... Voilà ce qui me vient en tout cas dans un premier temps. Du côté des équipes il y a une vraie demande aussi, je pense avec un vécu subjectif de, et peut-être réel aussi de ne pas être assez formé, de ne rien comprendre à tout ce qui passe, d'être confronté à des troubles du comportement, et des troubles dans la relation aussi. Le dernier exemple en date, c'était les équipes de nuit qui exprimaient leur inquiétude et leur impuissance à voir que des groupes de patients se formaient au rez-de-chaussée du bâtiment, pour fumer, discuter, jusqu'à des heures assez tardives, dans un service ou finalement, il n'y a pas de pièces communes. Chaque patient est tout seul ou à deux dans sa chambre avec des tables pour manger qui sont vraiment très réduites, donc ça donne des tête-à-tête très proches pour des personnes qui ne se connaissent pas forcément et qui ne sont pas toujours très à l'aise. En particulier, pour une dame qui m'a parlé récemment, qui avait un trouble du comportement alimentaire, et qui se retrouvait obligée de, de garder un masque social alors qu'en fait elle ne pouvait pas manger son plateau. Donc tout ça pour dire qu'il y a des questionnements autour du savoir être de la relation, de ces patients, qui ont besoin de se sentir écoutés soutenus, et aussi, je pense, contenus, donc avec un dispositif de soins, qui a besoin d'être canalisant, rassurant, et ça passe beaucoup par du relationnel. Là aussi, je peux faire une petite digression, c'est vrai que bon nombre de personnes, qui viennent travailler au centre antidouleur, font parfois ce choix par défaut d'autre chose, parce que ça c'est mal passé ailleurs, avec parfois l'idée que ce sera plus simple ou que ce sera plus tranquille, tranquille dans le sens moins éprouvant sur le plan relationnel, qui finalement, bah, se retrouvent assez surprises de constater que, au contraire, ce sont des personnes qui ont besoin d'être écoutées, d'être entendues aussi et soutenues. Et pour revenir à ce problème entre guillemets, des groupes qui se forment le soir, c'est vrai que, on pouvait imaginer que, un temps commun, dans une salle commune, un peu informel serait intéressant, avec des choses qui pourraient venir de la psychiatrie institutionnelle par exemple, pourraient tout à fait s'appliquer ici. C'est en ça que la douleur, aussi, a une place vraiment d'interface entre les soins somatiques plus classiques et puis la psychiatrie, puisque, il y a toute cette dimension relationnelle, qui aurait toute sa place d'ailleurs, beaucoup plus à mon avis, dans les services de soins somatiques MCO classiques, hein, chirurgie et médecine, plus conventionnels, mais dans la mesure où, il y a peut-être beaucoup plus à faire dans les services de médecine classique, on est moins, peut-être moins confronté à ces questions-là. En tout cas du côté des équipes, il y a ce besoin, euh, il y a cette demande auprès du psychiatre, d'être informées, d'être formées à la psychiatrie, d'avoir un rôle un peu de supervision. Alors c'est vrai qu'ici ce n'est pas organisé... Ça a été organisé durant des années avec mon prédécesseur, des temps de supervision dédiés et euh, vraiment officiels. Bon, là, pour l'instant, ici, on est plus à une supervision informelle, au cas par cas. Et donc il y a vraiment

ce rôle-là. Il y a un rôle aussi de contenance des équipes, qui est déjà tout à fait bien joué par les médecins de la douleur, mais, euh, de rassurer, de reprendre, quand les personnes expriment leurs angoisses, leurs traumatismes, parfois, j'allais dire, pas à la bonne personne, mais si, enfin, la personne qui est là, ça peut être l'aide-soignante, ça peut être l'infirmière avec qui il y a un lien particulier, qui se retrouve dépositaire de quelque chose. Donc, là le psychiatre a certainement un rôle à jouer plus spécifique, de reprendre ça et de permettre à la personne de faire la part des choses, aussi, entre un vécu personnel et de ce qui relève...

-tousse-

Excusez-moi, du transfert plus classique sur l'institution en particulier. Donc il y a, il y a vraiment des dynamiques de transfert, mais aussi de contre-transfert, pour certains patients, les équipes se montrent en difficulté avec des mouvements de rejet, involontaires mais qui sont pourtant bien présents, donc ça permet aussi de travailler ces questions-là, pour nommer les choses, il y a vraiment un rôle de nommer, et de, voilà, de permettre d'encaisser, et de métaboliser un petit peu tout ça, qui est parfois assez brut. Là, en ça, si on a un peu des références psychanalytiques, il y a vraiment des mouvements de transfert, parfois massifs et totalement inconscients sur l'équipe sur des thérapeute. Voilà, dans des registres, chez des personnes qui sont dans des registres psychotiques par exemple. Et ça, bah, les équipes sont finalement très peu formées à ça, donc c'est important de le nommer. Il y a des questionnements, importants, enfin, régulièrement sur le plan diagnostic, enfin pour préciser la symptomatologie psychiatrique, à la fois sur le plan des antécédents, sur le plan des diagnostics actuels, et du risque suicidaire, ça fait partie aussi d'une évaluation attendue de la part du psychiatre, avec, et je pense qu'il y a dans le cadre du dispositif, le psychiatre, ici en tout cas, a vraiment un rôle, où, c'est un espace de parole vraiment dédié et ouvert aux personnes même de façon assez large, puisque les personnes ne sont pas toujours demandeuses, et ça explique aussi, que les entretiens durent longtemps. Je pense aussi que les patients, bah, parfois arrivent avec leur bagage et trouvent ici le lieu et le temps pour les déposer. Il y a des attentes aussi, vis-à-vis des dimensions peut-être plus toxicologiques, addictologiques, bon qui relève en partie de la psychiatrie. Donc comment faire aussi pour gérer ces dimensions-là ? même si les médecins de la douleur sont déjà bien formés font régulièrement par exemple de sevrage en opiacé palier 3 palier 2 mais quand il y a des problématiques autre, avec d'autres toxiques en particulier le cannabis, la cocaïne, ou voilà, ou l'héroïne, enfin, d'autres, tous les autres toxiques, et toutes les autres formes d'addiction, que ce soit aussi l'addiction au jeu, les troubles du comportement alimentaire et puis, ... Et puis, bon, ici, le référentiel est clairement psychanalytique dans le service et donc il y a aussi ces questionnements, au-delà des diagnostics purement médicaux, d'évaluer un petit peu les mécanismes de défenses, les structures ou les pôles d'organisation de la personnalité - si on n'est pas structuraliste - et donc là aussi sans avoir la prétention de faire de la psychologie de comptoir, ou de, de psychol... de surpsychologiser, parce que c'est un risque aussi en surinterprétant les choses, il y a un vrai rôle, quand même de débrouiller un petit peu quels pourraient être les enjeux psychiques conscients, et inconscients, qui émergent assez souvent d'ailleurs, dans les, quand on refait faire le parcours de vie aux personnes, on se rend compte que, chronologiquement, il y a quand même régulièrement, des événements de vie autour soit du début des douleurs, soit d'une période d'aggravation, et avec toujours cette idée un peu des vases communiquant entre douleur et émotions, sans dire que la rechute douloureuse est directement liée à tel ou tel traumatisme. Mais on peut imaginer en tout cas que, une accentuation du niveau de stress anxieux ou dépressif, ou autre, peut accentuer en parallèle les douleurs, voilà. Et puis je pense aussi qu'il y a un rôle du psychiatre dans le système de soins un peu plus global, à la fois ne serait-ce que parfois pour faire des certificats médicaux, même si je ne suis pas expert, donc je ne prétends pas faire des expertises, mais parfois pour accompagner un dossier social, que ce soit une demande d'AAH ou d'invalidité, un courrier du psychiatre est parfois attendu, et puis pour informer sur le dispositif de soins tel qu'il existe, et les moyens, les recours, enfin, on en a parlé tout à l'heure.

R : Ce rôle de, euh, d'expliquer un peu, enfin, qui dépasse un peu le diagnostic purement médical, ça c'est le rôle du psychiatre ou le rôle du psychologue, ou les deux ? Enfin est-ce que...

PS2 : C'est une bonne question. Je ne peux pas répondre de façon tranchée à cette question, parce que je pense que c'est largement personne-dépendante, en tant que médecin psychiatre, je pourrais tout à fait me contenter entre guillemets de, d'un diagnostic médical selon les critères des classifications, éventuellement d'une prescription médicamenteuse, soit de mon initiative, soit de donner mon avis sur la thérapeutique existante, donc, en ça, ça pourrait ne pas appartenir au psychiatre. Les psychologues effectivement ont un rôle, aussi, très net là-dedans, sur les aspects, on va dire, non médic..., enfin, moins médicaux, après tout dépend comment on définit l'aspect médical. Certains psychanalystes diraient que tout ce qui relève de la psychologie, relève du psychiatre parce que fait partie de près ou de loin à son rôle médical. Et puis j'imagine que certains neuropsychologues, ou euh, psychologues d'autres formations, pourraient aussi dire que leur rôle n'est pas de déterminer la structure du sujet mais de travailler sur tel symptôme anxieux, sur tel état de stress post-traumatique, même si ça me paraît difficilement faisable de se passer de questionnement sur la structure psychique du sujet. Je pense que ça relève des deux, en fonction aussi des sensibilités de chacun, et des interactions possibles. Ici, les rôles de chacun, sont aussi déterminés par le temps de présence, les psychologues d'ici étant plus disponibles, peuvent se permettre de faire un suivi, d'avoir une approche psychothérapeutique qui ne soit pas que du soutien, et vu leurs formations, qui je crois est plutôt d'ordre psychanalytique aussi, font qu'elles s'intéressent à ces questions-là. Et en même temps, ça ne fait pas doublon, parce que c'est toujours intéressant de croiser les regards, parce que la fonction de chacun, je pense, joue dans la relation thérapeutique, et les choses ne sont pas présentées de la même façon au

médecin psychiatre, qu'au psychologue, et puis il se trouve que je suis un homme, et elles sont trois femmes donc, euh, peut-être que ça joue aussi, indépendamment de la fonction.

R : Et est-ce que le... ce rôle-là qui pourrait être joué par les deux, est-ce qu'il est aussi défini par l'équipe, par exemple ? Enfin est-ce que c'est l'équipe qui est demandeuse au psychiatre d'expliquer ce truc-là, ou... enfin ?

PS2 : Oui, c'est une bonne question, parce que là on est vraiment dans la dynamique institutionnelle, et on voit bien que là aussi, on ne peut pas faire l'impasse de réfléchir et de penser ces choses-là, que ce soit donc dans l'organisation des locaux, comme je l'ai dit tout à l'heure, mais aussi oui dans le rôle défini de chacun. Par exemple, les personnes, comme je vois assez peu de personnes finalement, par rapport aux nombres de personnes hospitalisées, il y a nécessairement un travail de tri et d'orientation. Et ça a fait l'objet de questionnement en équipe de savoir qui notait les noms des personnes sur mon agenda puisque c'est un agenda papier à disposition de tout le monde dans le bureau infirmier, dans l'office de soins, et on a fini par conclure que ce serait les médecins, les internes et les psychologues qui poseraient l'indication, puisque dans les effets de transfert, dans les effets d'angoisse, parfois, euh, suscités par les patients, il arrivait que, outre les quatre personnes, les quatre créneaux possibles, j'avais encore trois ou quatre personnes en plus au cas où, sans hiérarchisation, qui, après discussion avec les médecins référents, me disaient que « non, en terme de priorité ça n'était pas nécessaire ». Et donc, effectivement, les équipes ont un rôle important à jouer dans la distribution des rôles de chacun qui pourrait, enfin, c'est un point sur lequel il faut, qu'effectivement, il y ait une coordination, je pense que le chef de service à un rôle important à jouer là-dedans et les médecins, l'équipe médicale en général, sur : « qu'est-ce qui est attendu ? de qui ? » Et, euh, oui, oui, il y a un vrai rôle de, de l'équipe dans la détermination des rôles de chacun, euh, c'est vrai, que je me considère quand même un peu en périphérie de l'équipe, puisque je ne suis pas là aux temps institutionnels le plus important du jeudi, là, c'est la réunion d'équipe pluridisciplinaire, où sont présentes je crois les psychologues, les infirmières, les médecins, les internes. Et je pense que, à ce moment-là, se déterminent aussi beaucoup de questions, qui me sont adressées, aussi, et qui n'ont peut-être pas pu être réglées, ou suffisamment résolues, par les autres personnes, ou en tout cas, pour qui mon avis est souhaité en complément.

R : Et, est-ce que parfois il y a des erreurs d'aiguillage ?

PS2 : Alors, erreur ? Euh, je ne dirais pas erreur, parce que, ça fait, à mon avis ça ne fait pas de mal que les personnes hospitalisées ici, puissent me rencontrer, sauf si vraiment, euh, elles sont dans un état de plénitude psychologique, ce qui arrive parfois, des personnes qui finalement disent que tout va bien, et qu'ils ne comprennent pas bien pourquoi elles viennent me voir. Donc oui, oui ça arrive, à la fois par excès, des personnes qui sont bien suivies sur le plan psychiatrique et psychologique à l'extérieur, qui arrivent ici pour une problématique qui paraît effectivement nettement à prédominance physique et somatique, mais pour qui, on me demande un avis parce que, un diagnostic psychiatrique type schizophrénie, trouble bipolaire, ou autre, a été posé, euh, et puis, donc, effectivement, bon, bah, là, à part, enfin, c'est toujours l'occasion de faire de la prévention dans ces cas-là, disons. Mais, euh, c'est sûr que, à l'inverse, parfois, certaines personnes, qui me paraissent inquiétantes, ou qui me sont rapportées comme étant inquiétantes par des membres de l'équipe, ne figurent pas à mon planning et, euh, et donc soit j'arrive à les voir en plus en urgence, soit je donne des conseils indirects, au vu de ce qui m'est rapporté, mais il y a... à décharge des équipes, il y a quand même une difficulté temporelle, puisque la plupart des personnes restent hospitalisées une dizaine de jours et que je ne suis là qu'une fois par semaine, donc, soit les créneaux sont déjà pris à l'avance pour des personnes, qu'on a estimé avoir besoin parce que, l'indication, par exemple, a été posé depuis l'hospitalisation précédente, six mois plus tôt, et que le jour J, où la personne qui aurait besoin d'une consultation en urgence n'a plus de place, voilà ne peut pas me voir. Donc là, c'est, il y a des impondérables, qui sont difficiles à anticiper. Mais pour aller plus loin sur cette question, c'est vrai qu'on m'a posé la question sur un risque suicidaire pour différentes personnes, et l'évaluation que j'ai pu avoir était vraiment différente de celle de l'équipe, parce que tantôt le risque était jugé fort, parce que la symptomatologie était assez bruyante en terme de comportement, en terme d'interpellation des soignants, par le patient, et du coup la demande était forte à mon endroit, enfin, à mon endroit plutôt, alors que d'autres patients, jugés peu inquiétants par l'équipe étaient en fait dans un état dépressif assez grave et s'exprimaient assez peu sur ce vécu suicidaire interne et étaient en fait plutôt inquiétant. Et pour aller plus loin, là où le psychiatre a vraiment un rôle important, c'est, euh, c'est qu'il y a une vraie interaction avec les équipes, et du coup, par exemple, quand le risque suicidaire est jugé important, mais que, pour différentes raisons, le patient ne souhaite pas aller en clinique psychiatrique ou préfère sortir quand même d'hospitalisation rapidement ; on a pu négocier, entre guillemets négocier, de, de prolonger l'hospitalisation, ici, quelques jours, du fait du bon lien avec l'équipe, de la relation de confiance et d'alliance thérapeutique, voilà. Et le chef de service, m'a plusieurs fois exprimé son feu vert, si j'étais amené à devoir faire hospitaliser quelqu'un, ou de, euh, voilà, poser des indications d'hospitalisation aussi.

R : Ici, ou à ?

PS2 : Ici, à [hôpital], comme le ferait un des médecins de la douleur, d'ici, euh, même si je ne le ferais pas directement, ça me..., voilà, il y a, il y a là, une fonction médicale qui serait peut-être différente, euh, différemment

portée par les psychologues qui interpelleraient je pense tout aussi bien les médecins pour faire une hospitalisation, mais, euh, peut-être en terme de rôle institutionnel, voilà, il y a une différence je pense assez, euh, assez nette.

R : En termes de légitimité peut-être ?

PS2 : Oui, oui, après, enfin, oui et non, je pense, enfin, non. Non, parce que la légitimité, pour moi, vient surtout des compétences cliniques, plus que du rôle, enfin, de la fonction administrative. Enfin, je pense qu'un psychologue qui serait très inquiet pour un patient, a possibilité d'interpeller des médecins du service pour faire une hospitalisation.

R : Mmh, très bien.

PS2 : Mais là encore, enfin, je parle de l'exemple que je connais, mais... Je me questionne, parce que j'ai... Voilà, sur comment peuvent fonctionner d'autres centres antidouleur puisqu'ici l'orientation psychologique, psychothérapeutique est quand même, à mon avis, clairement impulsée par le chef de service qui a une [formation]. Et donc je pense que cet aspect-là, a orienté des choix institutionnels, concernant le service avec une vraie orientation du côté psychologique, qui ne se retrouve peut-être pas dans tous les centres antidouleur. En tout cas je serais intéressé de savoir ce qu'il en est dans d'autres centres, mais j'ai cette impression qu'il y a quand même une hétérogénéité dans les pratiques, sachant que les référentiels de bonnes pratiques, on va dire, à ma connaissance, relèvent plutôt des consensus d'experts, et restent assez large dans les recommandations. Pour donner l'exemple de la fibromyalgie, que je connais un petit peu mieux, bon, bah, l'idée c'est une prise en charge pluridisciplinaire, euh, intégrant les aspects sociaux, euh, psychiques, euh, psychosomatiques aussi, et somatiques bien sûr, mais sans préconisation plus précise. Et donc je pense qu'en fonction des sensibilités des intervenants, diverses, la question du psychologique peut ou non être prise en compte. J'ai eu aussi quand même des exemples, où pendant un certain temps, les questions psychiques étaient quand même plutôt mises de côté, euh, voilà. Et je pense que ça peut être un vrai frein, dans la prise en charge de la douleur, en l'absence de soignants spécialisés dans le psychisme, psychologue, psychiatre. Je pense que ça peut être un vrai manque, une vraie perte de chance pour les patients, et euh, et le fait qu'il n'y ait pas de soins psychiques dédiés ça peut amener à des situations d'impasse, parce qu'il y a des résistances psychiques, parce que, euh, les personnes ont besoin de se sentir entendues et c'est parfois une étape indispensable pour ensuite accepter des soins somatiques, parfois, et bien parfois un peu agressifs, je pense au patch de Qutenza® par exemple, qui peuvent parfois être douloureux et qui nécessitent en tout cas une organisation, en hospitalisation de jour de façon récurrente, ou des soins plus spécifiques comme la rTMS qui demande aussi une alliance thérapeutique de qualité, voilà je pense que la présence de psychologue et ou de psychiatre peut faciliter l'alliance thérapeutique et limiter les mouvements de rejet des patients, qui peuvent se retrouver en échec de différentes formes de prises en charge. Et je pense quand même que le temps de psychiatre est nécessaire, parce qu'on pourrait pousser la question plus loin, en disant mais finalement si le psychologue peut faire le travail, du côté psychothérapeutique et que les médecins de la douleur, assurent les prescriptions et le diagnostic est-ce qu'on a vraiment besoin d'un psychiatre et je pense que oui parce que le psychiatre a aussi, un champ d'expérience plus large, je pense en particulier au dépistage des personnes psychotiques, porteurs de schizophrénie ou autre, par rapport aux troubles bipolaires, par rapport aussi à la prise charge de trouble du comportement, éventuellement de violence que ce soit auto-agressif comme les scarifications, les tentatives de suicide, et hétéro-agressif quand on a des personnes, voilà, menaçantes verbalement, physiquement, pour faire la part des choses aussi, entre ce qui relève d'un trouble de personnalité et de la justice et puis de ce qui relève de soins psychiatriques, éventuellement sous contrainte aussi. Oui, là, c'est, on en a pas parlé tout à l'heure, mais dans les orientations vers des hospitalisations, j'ai pu orienter vers des cliniques psychiatriques mais aussi sous contrainte en service de psychiatrie, alors c'est assez marginal, peut-être quatre ou cinq situations en quatre ans maintenant, voilà, pour qui, il a été question de faire un certificat de soins sous contrainte, enfin, soins sans consentement maintenant on dit, pour des personnes réellement inquiétantes et puis en plus pas toujours soignées dans le département.

R : Ah oui.

PS2 : Donc, euh, avec la difficulté géographique en plus, voilà, donc ça effectivement, les médecins som... euh de la douleur, qui ont dû rédiger certains certificats, ont besoin, là d'une expertise psychiatrique, qu'un psychologue ne pourrait pas à mon avis, pas fournir.

R : Ok, et sur le côté, on va dire, plus psychique, spécifique à la ... au service ici, est-ce que du coup c'est pas les mêmes patients que dans d'autres services de lutte contre la douleur, est-ce que c'est pas la même prise en charge

PS2 : Alors j'avoue que je n'ai pas assez d'expérience pour répondre de façon catégorique. Ce qui joue déjà, c'est qu'ici on a des lits d'hospitalisation et ce n'est pas le cas dans tous les centres antidouleur, qui tantôt hospitalisent dans les services de médecine, tantôt, euh, enfin, enfin, en tout cas n'ont pas, enfin, tantôt rien parce qu'ils n'ont pas de lit d'hospitalisation dédié, donc ça à mon avis c'est déjà un premier aspect qui fait que, par rapport à d'autres centres antidouleur, la prise en charge est forcément différente, sans parler des aspects psychiques. J'ai quand

même entendu parler d'autres centres antidouleur où la question du psychologique était mise de côté par la majorité des, des thérapeutes, bien que, euh, il y ait eu la présence de psychologues, psychiatres, et que certains médecins soient sensibilisés aussi aux questions du psychologique. Mais, les soins me paraissent dans d'autres centres parfois plus centrés sur le corps et sur l'agir et il arrive pour cert... dans certaines situations, qu'on soit, que l'équipe, ici, soit sollicitée en cas d'impasse, ou, tant dans la relation avec les soignants que dans les soins proposés, pour avoir un avis complémentaire disons, oui. Donc oui, je pense quand même que, enfin, je considère que c'est une force et une spécificité du service, même si j'imagine que, un certain nombre d'autres centres antidouleur, intègrent dans leur pratique les aspects psychologiques de façon conséquente. Mais mon avis personnel est de dire que ce n'est probablement pas le cas partout et qu'il y a des hétérogénéités encore assez fortes, y compris, en particulier du fait que, les, comment dire, à ma connaissance, les recommandations officielles n'obligent pas à ce qu'il y ait une présence déterminée en soins psychiques, en temps de psychologue, en temps de psychiatre. Et dans les soins proposés, moi je trouve que par exemple ici, on avait une psychologue, formée à l'art thérapie qui est partie en libéral depuis mais les soins d'art-thérapie auraient tout à fait leur place, euh, les soins, l'approche psychocorporelle, la relaxation, qui sont aussi utilisés en CMP, auraient tout à fait leur place aussi, ici, pour un bon nombre de patients, ne serait-ce que pour travailler le rapport au corps d'une façon un peu différente, de pouvoir médier la parole, par, euh, par quelque chose, alors ça peut être l'art-thérapie comme j'ai dit mais ça peut être des groupes de photolangages, ou d'autres médiations thérapeutiques comme ça, pourraient à mon avis avoir leur place, oui. J'étais simplement en train de me dire que la prise en charge est déjà pluridisciplinaire et c'est très bien, et qu'il ne faut pas non plus multiplier les intervenants et c'est ce vers quoi on peut être un peu poussé à mettre en place des dispositifs qui seraient peut-être disproportionnés par rapport aux problématiques de chacun. Et ça pose aussi toute la question, à laquelle je n'ai pas de réponse, sur, euh, faudrait-il envisager de créer des unités de psychosomatique ? Alors c'est le terme que j'utilise, j'aurais un peu de mal à le définir, mais disons, qui accueillerait toutes les personnes présentant à la fois des symptômes psychiques et somatiques, mais je pense qu'on arriverait rapidement à un effet de saturation parce que, si on prend la définition au sens large, une énorme majorité des patients hospitalisés quel que soit le service ont fatalement, au minimum des répercussions psychique de leur vécu physique. Quelqu'un qui vient de faire une crise cardiaque, un infarctus du myocarde, a, à mon avis, très probablement des répercussions psychiques, donc on arriverait vite aux limites du système. Et il est vrai parfois que dans le service on se retrouve à avoir, à gérer des situations, qui sont vraiment, à l'interface entre la psychiatrie classique, et, euh, on va dire, des soins somatiques classiques, pour lesquels, vis-à-vis desquels on n'est vraiment, pas assez doté en moyen humain et psycho, psychique, c'est-à-dire que, qu'il y a pas assez de temps de psychiatre, il faudrait des infirmières qui soient, euh, soit des infirmières, enfin ou un peu plus formées à la psychiatrie, mais ça changerait, à mon avis, la nature du service, et on s'éloignerait d'un centre antidouleur, tel qu'il est défini aujourd'hui. Et donc je n'ai pas la question, de savoir si, s'il serait souhaitable ou non d'avoir ce genre d'unité, dans la mesure où finalement on a déjà un dispositif, plus orienté psychiatrie certes, mais qui fonctionne, quand même plutôt bien, pour l'instant, en tout cas, en [lieu] ça fonctionne quand même, pas trop mal. Et puis je pense que ça peut avoir aussi un rôle thérapeutique pour les personnes, de, à un moment donné, passer le pas et de dire « vraiment, je vais du côté du psychologique, des soins psychiques », et de nommer les choses telles quelles, plutôt que de rester dans une sorte de flou, un peu indifférencié, dans quelque chose de psychosomatique, sans trop dire le nom, tout en faisant des soins psychiques quand même.

R : Ok, Bon, très bien, une dernière remarque ?

PS2 : Bah, je pense que l'entretien est à l'image de la douleur, c'est que bien souvent on se pose plus de questions à la fin qu'au début. A ce titre-là je peux rajouter ça, à notre formation du [date], le psychologue a fait une présentation assez brillante et en même temps assez provocante aussi, mais volontairement, sur la question du diagnostic, qui peut être vu comme une finalité en soi, et en nous mettant en garde contre ce risque-là, et la conclusion pour faire court, a été de dire que l'être humain nomme les choses, et qu'en nommant les choses il est obligé de séparer, c'est -à-dire que quand on nomme quelque chose, bah, c'est, une tasse, n'est pas une cuillère et réciproquement. Donc il y a nécessairement un besoin de devoir nommer les choses pour pouvoir communiquer entre nous et pour pouvoir constituer une alliance thérapeutique minimale avec le patient, il faut bien qu'on parle de la même ch..., qu'on soit à peu près d'accord pour savoir de quoi on parle pour ensuite parler des soins qui vont être mis en place pour ça. Et en même temps, le risque de, de dérives, est à la fois, on le voit chez les patients, qui s'approprient un diagnostic comme faisant partie de leur identité et qui partant de là, s'enferment un petit peu autour de ce diagnostic et d'un pronostic supposé, et ce qui peut être à la fois un frein au soin, tout en étant fortement souhaité par les patients qui voient aussi une reconnaissance de la douleur, une reconnaissance sociale et morale, sans jugement, euh, voilà. Et c'est vrai que le psychiatre a un rôle qui est assez difficile, j'en parlais au début autour des diagnostic de la conversion, des troubles somatoformes, d'ouvrir des questions et de donner des éléments de réponses, plutôt que d'avoir un discours comme ça très catégorique, un avis d'expert, qui serait immuable et posé dans un dossier. Voilà, et ça vraiment le symptôme douleur, plus que tout autre symptôme est vraiment là à un endroit où, finalement ça nous rend assez humble de constater, que parfois on ne peut pas tout expliquer, que la médecine n'est pas toute puissante, toute puissante et que parfois, il faut vivre, enfin la plupart du temps d'ailleurs, il faut vivre avec cette incertitude et, euh, et, que ce soit en terme de diagnostic, il y a parfois des vides diagnostiques, autant somatiques que psychiatriques, et en ça la douleur, pose souvent plus de questions, qu'elle ne permet de donner de réponse, voilà.

R : Très bien, merci beaucoup.

Entretien Focus Group

M9 : Les psychiatres, y en a le mercredi Dr [nom de médecin], qui est en libéral, avec qui on travaille. Et puis on a des psychologues, 2 psychologues, mais y en a un qui travaille à mi-temps au [hôpital] [nom de psychologue], vous ne connaissez pas ?

R2 : Non ça ne me dit rien, je n'ai pas dû travailler dans son service.

M9 : Je ne sais pas dans quel service il était, faut dire qu'il y a [services], pour y avoir été il y a quelque temps en arrière, je ne connais pas tout, voilà. Et une autre psychologue, on a un temps virgule un de psychologue donc qui est sous forme de deux personnes, donc 50% pour [nom de psychologue] et puis l'autre personne qui complète. Elle, elle est en libéral mais elle travaille dans d'autres structures. Donc on est confronté aux patients douloureux chroniques et à la psychiatrie, ça permet des fois de découvrir des pathologies psychiatriques. On les découvre au temps de l'hospitalisation.

R1 : Il y a des lits d'hospitalisation du coup ici ?

M9 : Oui on a trois unités, sur trois étages, il y a dix lits de médecine à chaque étage, et le reste en lit rééducation. Donc on fait de la rhumato et on prend... et nos patients qui sont en médecine vont passer en rééducation sur le même lit, et puis en même temps on recrute de la chirurgie rachidienne, et puis des prothèses directement, qui viennent directement chez nous.

R1 : Et ils vont aux thermes ?

M9 : Pas du tout c'est complètement différent.

M : Il n'y a pas de lien.

R1 : Je sais qu'à [hôpital], ils vont...

M9 : Oui, oui parce qu'en fait ils n'ont pas de rééducation, eux, enfin ils n'ont pas de plateau de rééducation. Ils font leur rééducation aux thermes, alors que nous on a tout sur place.

R1 : Ok, c'est pour ça.

M9 : On fait les prises en charge sur place. Les thermes c'est complètement différent. Il fut un temps où nous avions des curistes, mais ce temps est loin. Parce que des curistes hospitalisés, c'est exceptionnel, ça ne se voit plus. Il y a très très longtemps en arrière, oui on avait dermato et rhumato, on avait droit aux pso bien bien évolués.

{...}

Enfin nous on est dans le GHT, hein donc du coup on discute en collège médical avec chaque président de CME des établissements, donc il y a le CHAI, c'est pas simple au niveau des professionnels, des médecins, vous êtes...

{...}

Présentation de l'étude

R1 : Nous faisons une thèse sur la place du psychiatre dans la prise en charge des patients douloureux chroniques, donc pour ça on est soit en entretien individuel, soit en groupe comme ça pour nous dire vos avis, vos ressentis, vos difficultés éventuelles, tout ce genre de chose. On retranscrit ça, et puis après on essaie de synthétiser pour faire apparaître des hypothèses ou des pistes de réflexions.

M9 : Donc vous allez dans tous les centres de la douleur ?

R1 : A peu près...

M13 : Jusqu'à où ?

R1 – R2 : On a fait [hôpitaux].

M10 : C'est local. C'est sous quel forme ? vous avez un questionnaire précis ?

R1 : J'ai un guide, mais c'est assez libre.

M9 : et après on parle, c'est un focus group

R1 : C'est un focus group exactement. L'idée c'est que ce soit le plus informel possible, tout en restant dans le cadre de ce qui nous intéresse.

M9 : Faut pas parler en même temps non plus.

R2 : Mais par contre c'est bien de réagir

R1 : Faut que ce soit une discussion, voilà.

Arrivée des autres participants

R1 : Pour commencer, en entendant psychiatrie et douleur chronique qu'est-ce qui vous vient spontanément à l'esprit, comme pensée ?

M12 : Fibromyalgie.

-rires-

M9 : C'est une association fréquente, moi je dirai

- *Acquiescement* -

Et ça peut être même une façon de diagnostiquer la pathologie psychiatrique.

R1 : Ouai

M9 : C'est une entrée des fois, dans un diagnostic, qui n'est pas forcément posé quand le patient arrive avec une douleur chronique, en fait c'est une découverte, pour nous souvent. Ce n'est pas toujours facile d'ailleurs.

R1 : Ouai, pourquoi ?

M9 : Parce que, on est un peu démunis.

R1 : Et en quoi c'est une porte d'entrée, sur une pathologie psychiatrique ?

M9 : La douleur chronique, ça peut... Elle peut être une expression d'une pathologie psychiatrique, pour moi, enfin, ponctuellement, pour moi c'est ça.

M12 : Souvent, même, que ce soit l'hystérie, la dépression, ...

M9 : ou même des psychoses, hein.

M12 : même des bipolaires, on voit de tout, en fait, beaucoup de psychiatrie je trouve, dans le centre

R1 : Ouai, plus que d'autres euh...

M10 : C'est-à-dire, on est un peu différent des autres centres de la douleur, c'est -à-dire, nous on les prend en charge en rééducation, en médecine et en rééducation, donc on a le temps de les voir durant 15 jours à trois semaines, les patients. On ne les voit pas ponctuellement comme ça comme certains centres, au [hôpital], ou à [hôpital], ils font des perfusions, enfin bon ils les voient en médecine. Nous on les voit plus longtemps, donc on a le temps d'apercevoir comment ils fonctionnent, comment ils vivent, et comment ils réagissent à ce qu'on leur propose. On a du recul quoi.

M9 : Et en même temps, on est plusieurs professionnels. C'est pluriprofessionnel, (*B acquiesce*) donc on a des kinés, des ergos, des enseignants d'activité physique adaptée, des infirmières, des aides-soignants, tout ceux qui gravitent autour du patient. Chacun a son regard donc on fait des staffs, et c'est là où on échange, où on se dit : « ah bah oui effectivement ce patient, il est particulier, voilà, ça interroge... ». Et d'ailleurs on fait aussi des réunions spécifiques toutes les six semaines pour des patients qui peuvent poser problème dans leur prise en charge et là on a la psychiatre, les psychologues, les soignants, les rééducateurs, les médecins, où on travaille sur, euh voilà, comment appréhender ce patient, au regard de sa pathologie qui a été identifiée parce que des fois on est très

démunis, et les patients à la fois, ils n'ont pas les mêmes comportements avec tous les professionnels, avec les professionnels différents.

R1 : Et ce staff c'est spécifiquement par rapport à la psychiatrie ou c'est plutôt général et est-ce que c'est un peu embolisé disons par les problématiques psychiatriques ou... ?

M13 : C'est là où nous, on est le plus en difficulté.
(*Acquiescement général*)

M9 : Oui c'est souvent, souvent quand même des pathologies, alors psychiatriques, ou alors des personnalités de patients qui mettent en difficulté.

M10 : On n'a rien à voir avec un hôpital psychiatrique. Parce qu'il y en a certains rhumatologues, qui font de la psychiatrie, parce qu'ils sont habilités psychiatre ou psy, comme à [hôpital] par exemple. Mais nous, on n'a rien à voir avec ça. Nous on est médecins rhumatologues, là vous n'avez que des médecins rhumatologues, médecins de la douleur.

M9 : Et MPR.

M10 : Voilà, médecins de la rééducation, mais on n'est pas psychiatre. Par contre on prend en charge des malades psychiatriques, qui ne sont pas forcément étiquetés psychiatriques, par l'intermédiaire de la pathologie rhumatologique : une lombalgie, qui traîne, une lombalgie qui n'est pas expliquée par les examens, une souffrance de quelqu'un qui s'est fait violer dans l'enfance et qui ressort maintenant parce qu'il a mal, et donc il a mal, il souffre, voilà. Nous c'est ça. Et les fibromyalgiques, bien sûr, qui sont étiquetés tels que, et qui derrière ont d'autres pathologies, ou d'autres problèmes d'ordre psychiatrique associés, ou au premier plan, mais cachés par la fibromyalgie dans ce diagnostic.

R1 : Et un peu révélé par, la concomitance de la souffrance physique et psychique, euh...

M10 : Ah bah ça c'est presque tous les patients, je veux dire, quand ils souffrent dans leur corps, ils souffrent dans leur esprit aussi, donc après à savoir le premier qui fait parler avant, est-ce que c'est l'esprit ou c'est le corps, c'est pas facile ?

M9 : C'est pour ça qu'on a besoin d'être aidés avec des psychologues et notre médecin psychiatre, parce que c'est complexe.

M10 : Je dirais que les soignants aident énormément, dans la prise en charge de ces patients, que ce soit le kinésithérapeute qui a le patient sous sa main, ou le professeur d'éducation physique, qui a le patient, avec qui il fait de la marche nordique et qui lui dit « bah voilà j'ai été violé, voilà » « ah bon ». Et pourquoi ça sort maintenant ? c'est sorti avec le professeur de marche nordique et pas avec le médecin. Donc là on est limité aux médecins, mais non. Non, il faut élargir votre euh, enfin ici on peut l'élargir. Je ne sais pas si dans d'autres centres c'est possible, mais...

R1 : Donc ce serait presque plus les paramédicaux qui s'occupent de cette problématique-là ?

M9 : Non on est tous confrontés à ça.
(*Acquiescement général*)

M10 : Tout le monde est confronté à ça, l'infirmière, l'aide-soignante, l'ASH, l'ergothérapeute, le kinésithérapeute, le professeur d'éducation physique. On est tous confrontés à un moment donné dans sa prise en charge avec cette problématique, voilà. Il n'y a pas que le médecin, je veux dire, c'est vraiment, le groupe qui est confronté à ça.

M9 : Et on peut être en difficulté avec un certain type de patient. Après voilà, il y a même des patients qu'on a, enfin moi j'en ai déjà adressés en psychiatrie, des patients qui délirent tout d'un coup, donc ça m'est déjà arrivé de les hospitaliser.

R1 : Vous auriez un exemple ?

M13 : oui, plusieurs

M9 : oui, oui, c'est déjà arrivé, j'ai une patiente... mais c'était un délire très limité, donc on ne s'en est pas aperçu tout de suite. On s'en est aperçu quasiment à la fin de son séjour, et un jour elle délirait plein pot. Donc, après, ça a été compliqué l'hospitalisation en psychiatrie. Très très compliquée, parce qu'on voulait que la patiente passe

par les urgences, parce que, soi-disant nous on ne s'occupe pas du somatique, voilà, alors qu'on la connaissait depuis trois semaines. Ça je l'ai déjà fait remonter, cette histoire. Et après, son mari, sa famille était d'accord pour faire une hospitalisation à la demande d'un tiers. Et puis après quand elle est arrivée, finalement elle est passée par les urgences, après elle s'est sauvée des urgences, ça a été tout un... Finalement elle s'est retrouvée à Saint-Égrève, voilà, mais c'était un peu épique, chacun a ses histoires de chasse, à mon avis.

M10 : En gros on en a combien par an de ça ?

M13 : On avait aussi un patient à la six, tu sais, qui était particulier. C'était un...

M12 : Ah oui, c'était un schizophrène...

M13 : Non tu n'étais pas là, toi. C'était compliqué avec les équipes parce qu'il avait, il pouvait être un peu, comment dire, avec les infirmières, elles ne pouvaient pas rentrer toutes seules dans la chambre, il fallait qu'on rentre à deux. Et il est allé à Saint-Égrève, il est resté à Saint-Égrève un certain temps mais ils ont réussi rien à faire parce que c'était une personnalité, je ne sais plus ce que c'était comme personnalité...

M9 : Oui il y en a eu quelques-uns, et puis y a des patients qui sont particulièrement déprimés, qu'on voudrait adresser en service de psychiatrie, et rien que le mot ils ne veulent pas, parce que c'est tellement connoté, que pour eux, même s'ils sont en grande détresse, le fait qu'ils soient en rhumatologie, ce n'est pas la même chose que d'être hospitalisé en psychiatrie. Donc c'est ça qui est compliqué aussi, voilà. Alors, bon on travaille avec notre psychiatre, pour essayer de les adresser dans l'endroit le plus adapté, mais après c'est vrai que ça reste psychiatrie/folie donc et pour euh... c'est compliqué. Mais à la fois, y a des fois, c'est indispensable.

R1 : Et du coup comment ça se passe avec le psychiatre ici ?

M9 : Ah bah on, elle voit des patients en consultation, et après, euh...

M11 : une demi-journée par semaine.

M9 : et on échange avec ...

R1 : Et qu'est-ce qui fait que vous lui adressez des patients, enfin qu'est-ce que vous en attendez ? son avis ?

M12 : une aide déjà au traitement médicamenteux, est-ce qu'il y a l'indication, comment, qu'est-ce qu'elle choisirait.

M13 : Ou changer de thérapeutique.

R1 : Ouai qu'un avis thérapeutique ?

Oui général.

M11 : Oui, plus pour l'avis thérapeutique pour moi.

M12 : Oui et évaluer la gravité quand ils sont limites, vu que ce n'est pas un centre fermé, donc il y a déjà eu des suicides, ici, hein, je crois, il y a quelques années.

M9 : oui, y en a une qui a sauté du premier, [date]

M12 : Y en a un qui s'est suicidé, il n'y a pas longtemps en sortant, qui a sauté d'un pont.

M9 : Oui il y en a eu plusieurs.

M12 : Ouai on a beaucoup des déprimés, donc pour ne pas passer à côté d'une prise de risque.

R1 : D'accord donc avis thérapeutique et évaluation du risque suicidaire.

M9 : Oui d'ailleurs elle fait des formations régulières auprès des soignants, la psychiatre avec les psychologues à ce sujet, bon après c'est compliqué... Et puis aussi poser un diagnostic, hein, parce que.... Psychiatrique, parce que des fois, nous on ne sait pas trop quel diagnostic poser, ou on hésite niveau psychose... voilà, donc c'est important qu'on ait une professionnelle qui puisse nous guider sur le diagnostic et du coup ça détermine aussi des prises en charge, et puis même pour les soignants, parce qu'un psychotique on ne va pas le prendre en charge de la même façon qu'un névrosé. Donc, et pour les rééducateurs aussi, le toucher, parce que bon les kinés ils touchent,

voilà, c'est important, qu'elle puisse nous dire un peu ce qu'il en est, la psychiatre et les psychologues, sur la façon dont il faut se comporter avec les patients et ce qu'il faut éviter de faire pour certains.

R1 : Et la psychiatre et les psychologues, leur mission elle diffère en quoi ? Qu'est-ce que vous attribuez à : ça c'est plutôt de l'ordre de la psychologue, ça c'est plutôt de l'ordre du psychiatre ?

M13 : La psychiatre on essaie de privilégier parce qu'elle n'est là qu'une demi-consultation par semaine. Donc c'est... On privilégie les patients les plus lourds, entre guillemets. Alors que les psychologues ils sont là tous les jours, enfin il y a un temps plein, c'est ça ?

M9 : Un peu plus, ouai, un temps...

M13 : Ils sont plus facilement accessibles aux psychologues, donc souvent dans un premier temps on adresse au psychologue et après on voit, si c'est...

M9 : Après les psychologues c'est plus des entretiens, euh voilà, un temps de parole pour le patient. Et la psychiatre, on va plus être orienté médicamenteux, après le diagnostic ça se discute tous ensemble, enfin entre eux aussi, ils échangent, puisqu'ils ont des temps où ils partagent, où on partage aussi, voilà, enfin c'est comme ça que je le vois.

M12 : Ils nous aident à démêler, aussi les psychologues, la situation, souvent, parce qu'on n'a pas forcément le temps...

M9 : Oui, tout à fait...

M12 : le temps de faire, nous, en visite, ou ils ne veulent pas parler devant plusieurs personnes. Souvent on apprend pleins de choses, voire elles nous orientent vers le psychiatre dans un second temps.

R1 : D'accord, c'est un peu, ça peut être du débrouillage un peu, la psychologue ?

M12 : Oui absolument, là clairement, bah les douloureux, bah ceux qui sont étiquetés fibromyalgiques, qui ne nous inquiètent pas, on sait qu'il y a quelque chose derrière qui ne veut pas sortir, on leur dit : « essayer d'éclaircir la situation, aucun traitement ne marche, les examens sont normaux, il y a forcément quelque chose et rien ne sort ». Et souvent ça sort au bout d'un moment, comme ils restent longtemps.

R1 : Et ça aide ?

(Acquiescement général)

M9 : ah bah oui, oui, oui.

M13 : ça aide pour tout le monde parce que c'est plus facile d'appréhender un patient quand on connaît un peu l'histoire, mais s'il est fermé, y a rien qui...

M9 : Après ça n'aboutit pas à chaque fois.

M13 : Ça n'aboutit pas à chaque fois, mais ça permet euh...

M10 : On a des burn-out, on a des burn-out régulièrement, et en fait, le fait de les aider physiquement, ça les aide psychologiquement aussi à passer un cap. Et le fait qu'ils soient isolés par rapport à leur travail, ou à leur famille, si c'est un problème aussi familial, ça les aide aussi à franchir, à se rendre compte du progrès qu'ils sont capables de faire, tout seul, et grâce à l'équipe aussi, y a aussi ça qui est important, parce que, euh, y en a qui n'ont pas besoin de médicaments et qui grâce au physique arrivent à reprendre confiance en eux. Et ça je trouve ça énorme.

M9 : On est une petite structure, et je pense, qu'il y a aussi une écoute qui est importante, de tout le monde. Ça c'est quand même le retour des patients. Et je pense qu'on est un peu hors d'une grosse, enfin c'est pas énorme, donc. Les soignants, ils sont quand même, et les rééducateurs ils sont quand même très sensibles...

M10 : c'est pas énorme mais le turn-over est énorme par contre, par rapport à un autre centre

M13 : Mais ils sont tous formés à la douleur, on est tous sensibles à la douleur chronique

M9 : Oui

M10 : Ouai les kinés, la plupart des kinés et des ergos sont formés à la douleur chroniques, ils ont eu un diplôme

R1 : D'accord

M10 : enfin pas la plupart mais y en a quand même pas mal

M9 : Certains

M10 : Et on a une infirmière ressource, spécialisée. La dernière problématique c'est la simulation. Quelqu'un qui arrive, ça on voit régulièrement, qui se trimbale en fauteuil ou avec déambulateur alors qu'il a trente ans, qui arrive comme ça, qui ne marche plus... Voilà alors qu'est-ce qu'il y a derrière tout ça, qu'est-ce qu'il y a derrière le fauteuil, qu'est-ce qu'il y a derrière le déambulateur à trente ans ? Est-ce qu'il y a la pathologie organique ? Est-ce qu'il y a la pathologie psychique ? Est-ce qu'il y a les deux ? Est-ce qu'il y a des bénéfices secondaires ? et ça malheureusement à l'heure actuelle, il y en a pas mal quand même. Ouais il y a tout ça à démembrer.

M9 : On a besoin d'une équipe, et des fois on n'y arrive pas tout le temps.

M10 : On y arrive parfois, hein, pas tout le temps, mais des fois on y arrive.

M9 : Mais c'est vrai que parfois il y a des présentations qui sont partic...

M10 : Y a l'hystérie proprement dite, et après il y a le simulateur. Et puis après il y a celui qui n'arrive pas, qui dans son esprit n'est pas mûr pour avancer, quoi, qu'il faut aider pour...

M13 : Je vois de qui tu parles.

M10 : Tu vois très bien de qui je parle - Qu'il faut aider psychiquement tous les jours pour lui permettre, et que l'équipe aide tous les jours à lui faire franchir un cap, et qui passe d'un fauteuil à marcher sans canne, ça c'est possible. Mais bon c'est pas tous les jours. Mais de temps en temps ça marche.

R1 : C'était qui ce ?

M13 : C'est un patient qui est hospitalisé actuellement

M10 : Et ça c'est toutes les semaines, on en a deux ou trois comme ça par étage. Donc ce n'est pas quelque chose pour nous qui est anormal.

M9 : Celui qui est en fauteuil roulant ?

M13 : Ah non, il n'est plus en fauteuil il marche sans canne. Il est arrivé en fauteuil roulant, il y avait eu des ergo chez lui.

M10 : Quand on voit quelqu'un grabataire dans un lit et qui remarque, il y a un problème quoi, et que c'est pas neurologique, quoi.

R1 : Donc c'est plutôt psychiatrique ou psychique ?

M10 : Bah oui, il y a un problème. Il y a un blocage. Quel est le blocage ? Je ne dis pas qu'on met le doigt dessus, je dis qu'on l'accompagne dans le déblocage, parfois.

M13 : Et tu as raison, pour ce patient, le psychologue c'était en impasse, enfin il n'y avait rien qui sortait, et c'est pour lui que c'est sorti en APA, parce qu'il était en confiance avec l'équipe

M10 : Oui il faut qu'il y ait un climat de confiance qui se crée et ça ne se crée pas comme ça, il faut revenir dessus, il faut, voilà...

R1 : Ce serait presque plus important que la fonction de l'interlocuteur, finalement ?

M10 : Oui, c'est pour ça que ce serait intéressant que vous interrogiez les gens qui prennent en charge, hors médecins, aussi, enfin bon, on est un peu spécifique dans ce domaine. C'est vrai que dans les autres centres il n'y a pas tellement ça et c'est dommage.

-rires-

M10 : Bah si, parce que l'accompagnement physique, c'est un accompagnement psychique. La réhabilitation physique entraîne la réhabilitation psychique, si vous ne faites pas les deux, ensemble, vous êtes incomplet. Même en psychiatrie, je pense que, je ne sais pas, vous devez...

M9 : Bah de toutes façons, il y a des ateliers thérapeutiques, il y a des...

M10 : Nous il y a des ateliers exprès de réentraînement physique mais c'est psychique en fait.

R1 : Ouais et les deux se font ensemble, parce qu'il y a deux professionnels un physique et un psychique ou parce que, c'est comme ça que ça se fait ?

M10 : Non, parce qu'ils se suivent, pour nous c'est naturel, je veux dire, ce n'est pas... c'est dans notre fonction de faire ça, c'est pas... On ne se limite pas juste à la partie médicale rhumatologique, faire une infiltration, non ce n'est pas ça.

R1 : Et c'est dans votre fonction, y compris des médecins ?

M10 : Des soignants et de l'ensemble des soignants, qui sont capables de s'arrêter, de se poser de discuter avec le patient, de lui faire euh... pleurer, enfin le patient qui pleure l'aide-soignante elle l'écoute, enfin elle écoute ce qu'il a à dire et après on progresse ou on ne progresse pas mais bon...

R1 : Prise en charge institutionnelle, disons, collégiale.

M10 : Mais naturelle.

M12 : En fait on reçoit quand même des patients qui sont déjà passés un peu partout, qui ont essayé souvent tous les antalgiques, chez qui y a des fois une escalade, ça ne marche pas, ils deviennent accroc, enfin c'est du délire. Ils ont eu tous les examens, et on n'a pas besoin forcément... Un neurostimulateur ou des trucs sur des gens chez qui il n'y a rien d'organique c'est quand même dommage. On les reçoit souvent en bout de course et nous on a le temps justement de chercher pourquoi rien n'a marché et souvent c'est juste qu'il y a un gros souci psychosocial derrière qui sort quoi. Après ça les aide ou pas de passer là je ne sais pas, mais au moins ça permet d'arrêter l'escalade thérapeutique ou on fait marche arrière sans qu'ils soient plus douloureux, on les aide sur le plan social et puis peut-être que ça chemine après à la sortie, hein je ne sais pas...

M10 : Difficile à dire, quand il y a des bénéfiques secondaires, on en voit quand même beaucoup, qui ne veulent pas guérir parce qu'ils n'ont pas intérêt, malheureusement.

Acquiescement

M9 : Il y a de tout. Après il y a aussi des burn-out, c'est vrai, tu en parlais, c'est vrai qu'il y en a qui décompensent de façon brutale et avec une symptomatologie douloureuse diffuse et qui sont en grande difficulté professionnelle, avec des harcèlements, enfin des... Et c'est compliqué à accompagner parce que le retour au travail, faut ... faut y travailler, faut y travailler c'est le cas de le dire. Et ça c'est un accompagnement de longue haleine.

R1 : Et du coup je reviens sur ce que vous disiez, ça me donnait l'impression que la prise en charge, elle est presque plus psychologique et sociale que technique ou médicale... ?

M10 : Pas du tout,

M9 : y a de tout

M10 : Je viens de vous dire que c'était physique.

R1 : Oui oui, mais euh,

M10 : Non, non vous avez dit psychosocial, non, on est dans le physique. On est polyvalent, en fait, on n'est pas que médecin, on est plus que ça.

M12 : Mais y a souvent quand même un problème psychosocial en fond.

M10 : Nan mais c'est vrai, je veux dire, le médecin souvent il distribue un antalgique, un anti-inflammatoire ; nous, on ne s'arrête pas à ça ; ou fait de l'infiltration et puis voilà on passe au suivant.

R1 : D'accord et du coup ...

M10 : Voilà, c'est tout, bin c'est tout, ça veut tout dire.

R1 : Et du coup, « vous ne vous arrêtez pas à ça » ?

M10 : Bin non après on passe au physique, on passe au psychique, on passe au social, on passe, euh, voilà.

M9 : C'est une analyse globale.

M10 : Voilà c'est une prise en charge globale, c'est pas limité à juste un médicament ou une infiltration, ou une consultation.

M9 : Et à la fois les médicaments permettent aussi d'adapter...

M10 : Après je ne dis pas qu'on fait mieux que les autres, mais je dis qu'on a un point de vue qui est un peu plus polyvalent, plus large, grâce à l'équipe.

M9 : On a différents outils, en fait.

M10 : Parce que, on voit bien dans les centres de la douleur, quand vous voyez un patient douloureux chronique en centre de la douleur qui n'a qu'une consultation, ou qu'un avis psychologique, ça ne suffit pas quoi je veux dire, à part balancer de la morphine ou des kétamines, ou des machins comme ça, bon ok, et après qu'est-ce qu'on fait ? 5 ans après, 10 ans après il est toujours sous kétamine, on met quoi après ? Voilà, donc, après on fait de la neurostimulation médullaire, enfin, on fait des gestes iatrogènes qui peuvent être irrémédiables, d'ailleurs, et maléfiques pour le patient. Mais il y en a d'autres à qui ça arrange, le patient, il est bien content d'avoir son neurostimulateur implanté, il est bien content d'avoir tout ça. « Voyez je suis bien malade » Voilà il y a toute cette ambiguïté de la douleur chronique qui est très difficile à démembrer et il faut marcher sur des œufs quoi. Il faut progresser mais sans se fermer les portes, toujours remettre en question ce qu'on pense, ne pas se faire une idée et puis dire « bon bah lui il est catalogué comme ça » Non il faut... C'est pas facile, ça prend du temps.

R1 : Du coup le psychiatre, il a un rôle spécifique là-dedans, dans l'accompagnement des patients, euh, à pas se fermer les portes, à pas catégoriser les patients ?

M10 : C'est difficile de ne pas catégoriser les patients, parce que la première chose qu'on fait c'est on dit « bon bah celui-là c'est un simulateur, et puis voilà ». Et ce n'est pas facile de se remettre en cause, ou d'essayer de le faire progresser, parce que des fois, bien souvent on est en échec quand même. Faut quand même le dire, des gens qu'on essaie d'aider mais qui ne progresse pas parce que, ils n'ont pas envie parce qu'ils ont des bénéfices. On en a un qui est sorti ce matin, il est capable de faire son jogging, de faire le cent mètre, là, courir, mais en fait il cherche que, une chose c'est d'être en invalidité, il a 40 ans, il n'a pas de travail, il a un problème social, financier, il est en surendettement, et il a besoin de l'invalidité pour pouvoir payer une partie de ses dettes. Donc de toutes façons, lui, il ne va pas guérir, lui c'est un échec. Et pourtant il est capable de courir bien plus vite que nous. Voilà, mais ça c'est l'exemple typique, sur lequel on a passé trois semaines, sur lequel on a accompagné sur le plan physique, on lui a permis de retrouver un physique, mais ça ne l'a pas fait progresser sur le plan psychique ou sur le plan socio-financier, ou sur le plan des bénéfices, voilà.

M12 : Au moins ça permet d'éclaircir la situation.

M10 : Voilà, mais nous on l'a éclairci mais on ne peut pas non plus tout la noter noir sur blanc

M12 : Bah il faut suggérer fortement quand même.

-Rires-

M10 : Il ne faut pas faire comme les psychologues quoi, il faut marquer un peu ce qu'on pense sans...

M9 : Sans être trop, trop frontal.

M10 : voilà, être délicat, ce n'est pas facile.

M12 : Après, on a beaucoup, - je pense, ça n'a rien à voir- on a beaucoup de patients qui sont maghrébins, réfugiés, immigrés, de plus en plus qui, eux, n'acceptent pas du tout le côté psychique... Dès qu'on parle de psychologie, ils disent « je ne suis pas fou », ce que tu disais, ils ne veulent pas entendre parler de ça. Et eux je trouve qu'y en a beaucoup pour qui ça se traduit par des grosses douleurs et qui nous mettent en difficulté, en plus souvent ils ne parlent pas bien français, ils sont des situations précaires à catastrophiques.

M9 : Y a un aspect culturel.

M12 : En plus pour le coup, ils ne parlent pas bien, on ne sait pas trop comment démêler la situation, à qui les adresser. Ça, on en a de plus en plus.

R1 : Pour qui la douleur serait une expression purement psychique, enfin, physique d'une douleur psychique.

M12 : Ouai, je pense.

M9 : C'est peut-être acutisé pour certains, et puis il y a un aspect culturel aussi qui fait que ça en rajoute un peu dans le niveau d'expression de la douleur et après c'est pas facile, parce que c'est particulièrement bruyant...

(Acquiescement général)

Et donc pour les soignants, pour tout le monde ça prend beaucoup d'ampleur. Voilà, il y a une vraie douleur au point de départ mais après le reste c'est complexe, parce que, effectivement, en plus comme au plan culturel y a des prises en charge, la piscine, y a des choses qui ne peuvent pas se faire, pour des femmes, et ça peut être un blocage, et la langue effectivement, comme tu dis, c'est compliqué. On a bien des psychologues et des psychiatres mais quand on ne peut pas communiquer en français, c'est ... ça ne fait pas trop avancer les choses, après je ne sais pas s'il y a des structures avec des interprètes.

M13 : C'est sûr.

R1 : Et en dehors de... enfin si on généralise un peu, qu'est-ce qui fait que les patients, ils arrivent ici avant de voir un psychiatre alors qu'ils auraient pu ou dû en voir un avant ?

M9 : Ils en ont peut-être déjà vu mais ils ne le disent pas forcément, parce que, des fois quand on creuse on a des histoires. On découvre après, qu'il y a un passé de psychiatrie, mais qui n'a pas forcément été, dont ils n'ont pas parlé, ils ne parlent pas. Moi j'en ai un en hôpital de jour, là, on pense qu'il est bipolaire. Mais bon lui, il a été dans l'addiction, l'alcool, etc... Il a déjà été hospitalisé en psychiatrie mais ce n'est pas ce qu'il m'a dit en premier. Il est venu avec sa douleur, et en fait, il avait un abord particulier, voilà, et plutôt en phase complètement déprimée. Quelqu'un qui est tout seul qui n'a pas de vie sociale à trente ans, et qui avait mal au cou depuis des années, et qui a fait d'autres centres de la douleur, etc... Bah du coup il a vu la psychiatre, il a vu une psychologue, et l'idée c'est de, voilà, voir s'il on peut, on l'a orienté vers euh... il y a un centre de diagnostic par rapport à la bipolarité, donc la psychiatre l'oriente là-bas, je ne sais pas s'il va y aller, mais bon, l'idée c'est d'essayer de voir s'il on peut poser un diagnostic et un traitement pour le coup pour essayer de l'aider à avancer, parce qu'en fait il verbalise très bien ses difficultés professionnelles, familiales. Il les raconte à tout le monde d'ailleurs mais il est dans l'impasse et il est tout seul chez lui. Il a quand même des antécédents, il raconte que son père, bon, s'est noyé, qu'il était dans l'alcool, enfin bon il y a une histoire familiale, quand même, qui interroge.

R1 : Et lui, il a été hospitalisé en psychiatrie, c'est ça ? et il vous le cache, euh...

M9 : Bah il ne l'a pas dit d'emblée, ça c'est pas quelque chose qu'on annonce, euh... Mais il n'a qu'une trouille c'est qu'on lui propose de se faire hospitaliser de nouveau. Il a déjà été à la clinique du Dauphiné, il a déjà fait... Bah il a été dans l'addiction, donc euh, à l'alcool.

R1 : Et vous savez pourquoi il a la trouille que vous lui reprochiez une hospitalisation en psychiatrie ?

M9 : Non. Je sais... Enfin je ne sais pas, c'est pas facile d'avoir un diagnostic, hein non plus, et de dire qu'on a une psychose, qu'on est bipolaire. C'est pas quelque chose qui est facile à porter, je pense qu'il s'interroge parce que son histoire personnelle et familiale ça l'interroge. Mais, il y a beaucoup... enfin ce qu'il raconte c'est qu'il y a beaucoup de non-dit, des tabous, sur ce vécu-là. Oui, il vient de retrouver un travail, ça fait juste deux ans, avant il était perdu de chez perdu, donc là il se dit : « j'ai une vie un peu normale, bon voilà, et si on m'hospitalise en psychiatrie... » D'abord, il ne veut pas parce que c'est vrai, il vient de retrouver un travail, donc euh, et c'est important de...

R1 : D'accord, et tout à l'heure vous disiez que, pour certains patients, la douleur chronique c'est une porte d'entrée vers un diagnostic psychiatrique, et qu'il refusait de voir la psychologue ou le psychiatre. Ils expliquent pourquoi ? Enfin c'est la connotation psychiatre ou psy en général qui fait qu'ils refusent d'aller voir un spécialiste du psychisme ?

M9 : ça peut, après...

M11 : Ils ne veulent pas faire le lien.

M9 : Et après, ils ont pas envie, effectivement comme tu dis, de faire le lien entre le psychique et le physique, la douleur et le...

M11 : C'est une expression physique d'un mal-être psychique, mais ils ne le font pas le lien, en fait, c'est nous qui allons...

R1 : Ouais.

M9 : On va l'interroger, mais on n'est pas sûr que...

R1 : Et il y a des patients pour qui ça change du coup ?

M11 : Bah y en a qui...

R1 : qui refusent dans un premier temps, et puis finalement ils disent : « bon bah ok je veux bien aller voir la psychologue ou le psychiatre » ?

M11 : Ouai, oh, oui oui.

M10 : Y en a beaucoup.

M11 : Et puis on leur explique, on dit : « Bin, dans le cadre de la douleur chronique, voilà, on propose de voir la psychologue, enfin voilà ». On propose un peu d'aller chercher ailleurs, ils l'acceptent euh... Voilà au début, « oh bah, on me force, enfin on m'a forcé d'aller voir la psychologue » et puis finalement, il en ressort, ils en ressortent contents.

R1 : Ouai de manière générale...

M9 : Oui il y a un travail qui peut se faire.

M11 : Et après y en a chez qui on fait le lien, enfin ils, et puis ils s'aperçoivent qu'il y a un lien entre le physique et le psychologique ...

M9 : Et ça s'arrête là.

M11 : et ça s'arrête là. Enfin, ils disent « Oui effectivement, d'accord, c'est ma douleur, oui c'est vrai, dans l'enfance j'ai eu ça, vous avez raison » Et puis après, on repasse à la visite trois jours après, c'est comme s'ils avaient, euh... non mais c'est...

M9 : il ne s'était rien passé.

M11 : Il ne s'était rien passé. Alors on leur en reparle, et ils disent « ah oui vous avez raison... » Enfin voilà.

M10 : Après à l'inverse, on est accusé, nous des fois, de considérer les patients que sur le versant psychique et plus sur le versant organique.

M11 : Ouais.

M10 : Les patients, ils ne supportent pas ça, il y a certains qui... Et après ils nous le reprochent.

M9 : « C'est pas que dans la tête ».

M10 : Ils nous le reprochent, « de toutes façons vous avez vu que notre côté psychique, vous ne vous êtes pas occupés de notre physique ».

M11 : C'est pas faux.

M12 : Après il y en a souvent qui sortent et... L'autre jour, il y en a un qui est sorti, la semaine dernière. Elle est restée trois jours, et elle a dit « ils me prennent pour un fou, enfin pour une folle, je n'ai rien à faire ici, quoi ».

R1 : Et pourquoi vous la preniez pour une folle ?

M12 : Non non mais ça c'est son interprétation !

R1 : Oui oui oui, je sais bien...

-Rires-

M12 : Justement, on essaie d'y aller... Non parce qu'on a... On essaie de l'amener, sans les brusquer de leur dire tout doucement : « Bah rien à marcher sur le côté médicamenteux, vos douleurs, vous avez eu assez d'exams pour qu'on soit rassuré, il n'y a rien de grave, et en plus rien ne peut expliquer des douleurs diffuses sur le plan organique. Est-ce qu'il n'y a pas des sources de stress, des choses autres ? on leur demande d'y réfléchir, il ne faut pas les brusquer. On leur demande de réfléchir à d'éventuelles sources de stress qui peuvent amplifier un peu les douleurs, on leur dit pas que c'est l'origine mais que, souvent ça peut jouer sur les douleurs articulaires, les tensions, tout ça, et qu'ils en sont pas forcément conscients. Elle, je pense que ça la secouait, en fait de dire ce genre de chose, et quand on y est revenu plusieurs fois, d'ailleurs elle pleurait facilement. Une jeune, elle n'avait même pas trente ans, elle bossait en psychiatrie d'ailleurs, ASH en psychiatrie, je ne sais plus où. Et je pense qu'elle ne supportait pas, parce qu'elle devait avoir une histoire compliquée, mais elle ne voulait rien verbaliser du tout. On lui a mis un rendez-vous avec la psychologue, qu'elle a accepté juste pour débriefer ses douleurs, quel est le retentissement, comment elle le vit, en lui apportant que ça, on ne dit pas que c'est le psychisme l'origine. Elle n'est pas allée au rendez-vous et puis elle nous a demandé à sortir le lendemain. Son copain a appelé en disant qu'on la prenait pour une folle, que c'était scandaleux. On est allé redébriefer gentiment, et je pense qu'à la fin elle nous a dit « Bin, je vais réfléchir quoi ». Elle est pas partie si fâchée que ça et elle a dit je vais y réfléchir, mais je pense qu'elle n'était pas prête, ça on en a beaucoup, je pense qui ne sont pas prêts.

R1 : Et ils ne sont pas prêts, parce que c'est... enfin ça les confronte...

M12 : Ouai à leur passé, je pense que des fois, il y a des tas de choses qui ne sont pas près de sortir.

M9 : ou se confronter à des choses trop douloureuses.

M12 : Voilà, moi, je me dis que ça l'aidera sûrement peut-être d'y réfléchir.

M9 : Ouai, ça va peut-être cheminer.

R1 : Plus ça que : « je suis fou, je vais à l'hôpital psychiatrique et... ».

M12 : Ah nan, nan, mais on ne leur dit jamais ça, hein.

R1 : Non mais bien sûr.

-Rires-

M12 : Mais il y a des médecins, en consult' en ville, qui leur disent ça, je pense.

R1 : Ah ouai ?

M12 : Un peu brutalement...

M10 : Justement sur un terrain comme ça, si vous êtes iatrogène sur le plan médical, ça ne fait qu'enfermer, par rapport au patient, un diagnostic organique, purement organique et des fois ça peut être dramatique, quoi.

M9 : Bin on en arrive à avoir des patients qui sont accroc à la morphine avec des doses pas possible.

M10 : Des choses qui se passent, qui sont anormales, d'ailleurs même dans des centres de la douleur. C'est une montée en puissance en puissance, et à un moment donné y a un échec du, des médicaments ou des gestes, il faut arrêter parce qu'après c'est la chirurgie, c'est des choses, des gens qui se font opérer, multiopérer, pour rien, pour rien. Parce qu'ils ont mal, et y a rien qui comprime, y a rien qui justifie une opération et pourtant ils vont trouver le chirurgien ils vont se faire réopérer. Ça c'est tous les jours qu'on en voit de ceux-là. Et ça, c'est compliqué, compliqué... de refaire un schéma, enfin de leur... de leur montrer quoi, mais c'est notre devoir quand même de leur montrer, que, il n'y a pas lieu de proposer une nouvelle chirurgie, ou une chirurgie, parce qu'il n'y en a pas l'indication, ce n'est pas justifié. Mais quand même, il y en a qui vont le faire.

R1 : D'accord, et les patients vous les adressez, enfin quand vous les adressez au psychiatre, vous les adressez, toujours au psychiatre de votre structure ? ou à d'autres ? ou... enfin est-ce que le psychiatre de structure a un rôle plus complexe ou autre que juste une consultation psychiatrique dans un bureau ?

M9 : Oui, et puis c'est une orientation, en même temps on est en équipe donc on va forcément en discuter. Après ça dépend du patient, c'est-à-dire, où il habite, euh, qui peut faire le relai, euh, qui est-ce qui... voilà, on s'interroge... L'idée c'est de, après, de peut-être, elle ne peut pas suivre tous les patients, donc euh, l'idée c'est de les orienter après. Donc c'est plus un rôle de, au départ, diagnostic, de traitement, même s'il faut modifier le traitement, on commence à faire les modifications, pendant qu'elle est là. En plus on est en équipe on peut discuter tous autour du patient, pour que chacun donne son avis, et avoir quelque chose de constructif et après on passe le relai, dans des, à proximité du domicile. Donc elle a un rôle un peu spécial parce qu'on est dans une équipe. Après l'adresser au libéral, c'est différent.

R1 : Oui bien sûr, et du coup dans le rôle d'équipe, elle a d'autres rôles que son avis psychiatrique ? Enfin, je ne sais pas moi, est-ce que...

M9 : Bin quand on fait nos réunions toutes les 6 semaines, donc il y a des aides-soignants, des infirmières, y a des kinés, des rééducateurs, des médecins, donc là aussi la psychiatre elle est là et on est là à tous échanger autour d'un patient donc on a ...

M11 : Et puis elle fait des formations.

M9 : Et y a des formations, donc ils les connaissent aussi par la formation, prévention au suicide, on fait le, voilà... Donc elle a un rôle au sein des équipes et puis elle peut se déplacer dans les unités, quand on a besoin de montrer des patients, elle va dans les chambres et après elle peut passer voir les soignants pour poser... et questionner s'il y a des choses particulières, il y a un lien particulier.

R1 : Aussi avec les soignants, elle est là en tant, aussi, que support de la structure soignante, d'accord.

M9 : les psychologues aussi, hein.

R1 : Ouais.

M11 : Après on n'hésite pas à contacter, quand ils sont suivis par un psychiatre, les psychiatres disons traitants pour euh...

M9 : libéraux.

M12 : Les CMP.

-Acquiescement général-

M9 : Oui on a déjà eu des liens avec des psychiatres de CMP pour adresser des patients des fois, euh.

M12 : Pour renouer un lien, elle nous aide, parce que c'est dur, ils prennent, ... Je pense qu'ils sont débordés, ils reprennent difficilement certains patients. Donc elle nous aide soit à appeler, ou à créer des demandes.

R1 : Ok, je crois que j'arrive un peu à la fin de ma liste de question. Ma dernière question c'est est-ce que vous avez une dernière remarque ?

M9 : Sur le lien avec la psychiatrie ? la psychiatrie et la pathologie chronique ?

R1 : Mm, mm.

M13 : C'est évident.

M11 : Bin c'est indispensable dans les centres de la douleur, sans ça on ne pourrait pas fonctionner.

R1 : Et est-ce que c'est, euh, particulier de la douleur chronique ? ou la pathologie chronique en général ? Est-ce que c'est une pathologie chronique particulière vis-à-vis de la psychiatrie ?

M10 : Bin si tu veux on a des malades chroniques on a des polyarthrites rhumatoïdes, on a des spondylarthrites ankylosantes, on a des maladies chroniques qui évoluent par poussée toute une vie, donc c'est, certes ils ont un retentissement psychique, parfois dépressif réactionnel, mais ce n'est pas du tout la même pathologie ...

M11 : Non.

M13 : Non.

M10 : ... que celle dont on vient de parler du centre de la douleur. Il y a très peu de... Enfin il y en a quelques-uns, quand même, de polyarthrites qui sont allés voir dans les centres de la douleur, parce que c'est des gens qui sont allés voir partout, qui sont allés chercher partout un avis, ou un diagnostic, ou un traitement, confronter les avis, ça on a, dans les polyarthrites, mais c'est quand même ...

M9 : C'est pas les mêmes patients.

M13 : Non.

M10 : ... Rares, c'est devenu rare. Avant c'était peut-être plus fréquent, parce qu'il y avait moins de biothérapies, ils étaient plus en souffrance, maintenant, c'est plus rare. Donc en fait, il n'y a rien à voir entre la maladie rhumatismale chronique et la douleur chronique.

R1 : Ouais.

M10 : Il y a un fossé entre les deux, c'est pas une maladie.

M12 : Je pense que chaque spé, ils ont leurs symptômes un peu psychosomatiques. Je ne sais pas, la colopathie fonctionnelle ; en neuro ils ont des déficits bizarres, des vertiges ; en pneumo ils ont les tousses chroniques, voilà on a tous notre lot de pathologies un peu psychiatriques avec leurs symptômes. Mais c'est vrai que la douleur, je pense, on est bien, en place...

R1 : Mieux que les autres ?

-Rires-

M12 : Non, j'en sais rien, je compare pas aux autres, je ne sais pas mais en neuro ils doivent avoir des cas spéciaux aussi...

M9 : des hystéros.

M10 : Oui mais les neurologues ils s'en débarrassent.

M9 : Oui mais la douleur c'est différent d'un rhumato chronique.

M12 : Ah oui, non c'est pas rhumato chronique comme il disait, ça je suis d'accord.

R1 : Et comment on fait la différence ?

M12 : Entre ?

R1 : Entre un rhumato chronique et un... ?

M10 : Bah ça c'est la partie médicale, c'est le médecin qui fait le diagnostic, on sert quand même à faire un diagnostic, on est quand même médecin au départ.

M11 : C'est au premier abord.

M12 : On cherche s'il y a une pathologie organique étiquetée ou non.

M10 : ça n'a rien à voir.

M13 : Le terrain n'est pas le même.

R1 : D'accord, enfin, est-ce que, est-ce qu'il peut avoir les deux ?

M9 : Oui.

M10 : Oh oui, il y a des gens qui ont les deux.

M9 : Oui bien sûr, après surtout...

M10 : Et il y a d'ailleurs, des gens qui ont plus des fibromyalgies parce qu'en fait le gros diagnostic c'est spondylarthrite et fibromyalgie. Il y a beaucoup de fibromyalgies qui sont pris pour des spondylarthrites et inversement, parce que, bon, bah voilà, les examens sont douteux, ou euh, ... Donc ils trainent avec un diagnostic, voire un cent pourcent de spondylarthrite alors qu'ils ont une fibromyalgie. Voilà mais ils ont ça dans la tête et une fois qu'on leur a mis ça dans la tête, ce diagnostic de spondylarthrite, ils restent à spondylarthrite. Le jour où vous allez parler de fibromyalgie, « vous n'avez pas de spondylarthrite », et bah on va vous claquer la porte au nez. Voilà c'est pour ça que je dis, il ne faut pas se tromper de diagnostic au départ.

R1 : Ouais.

M10 : Et de dire, de cataloguer quelqu'un : spondylarthrite ou fibromyalgique, il faut quand même bien peser le diagnostic, quoi, et ça c'est notre rôle.

M9 : Et à la fois il faut toujours se remettre en question quand on a des patients douloureux chroniques et ça c'est difficile parce que.

M10 : Faut savoir se remettre en question parce qu'on peut quand même se tromper.

M9 : Parce que, des fois, on a des nouveautés et faut pouvoir, euh, se dire, « ah ça a changé ». C'est la difficulté de ces patients, parce qu'on est dans une espèce de routine des fois et le jour où il y a quelque chose de nouveau il faut pouvoir réagir. Ça c'est pour tous les patients chroniques, mais voilà, c'est se remettre en question, quand il y a des choses qui... de nouveaux phénomènes qui ne sont pas habituels et qui pourraient relever de l'organique.

R1 : D'accord.

M9 : Il faut avoir une vigilance.

R1 : Et du coup, sur le plan nosographique, ces douloureux chroniques, où il y a rien d'organique, ils sont où ? J'ai l'impression que...

M9 : Rien d'organique ? Il y a toujours des petites choses de toutes façons, on va trouver. Quand on a mal au dos, on trouve toujours une discopathie, souvent, enfin il y en a qui n'ont rien, mais il y en a qui peuvent avoir une discopathie. Mais après il y a un retentissement psychique qui est lié à ... parce que c'est psychosocial, hein, de toutes façons la lombalgie, voilà, il n'y a pas que l'IRM qui fait le diagnostic, voilà, c'est des causes multiples.

M11 : Bah après on les suit en consultation, des fois ils ont juste besoin de nous voir en consultation, enfin il y en a pleins qu'on suit, qui viennent en consultation.

M10 : Ils sont contents de nous voir, ils sont contents d'exprimer leur douleur.

M11 : Voilà, ils expriment leur douleur, leurs difficultés ...

M10 : Et ils repartent, ils sont mieux.

R1 : Et ils n'ont pas de traitement.

M9 : Ils ont besoin d'être entendu.

M10 : Pas spécialement, non, ils sont juste écoutés parce qu'il y a un rendez-vous, donc ça les rassure, ils ont besoin d'être rassurés.

M9 : Il faut jalonner un peu le parcours.

M10 : Et inversement, moi, j'ai l'exemple d'un patient qui a été opéré par un orthopédiste en ville, parce qu'il avait mal au dos. Il avait mal au dos, une douleur effroyable, qui le verrouillait, non -comment il disait ? - enfin je ne sais plus comment on dit, enfin qui lui rentrait dans le dos, donc il s'est fait opérer, il n'avait rien. C'est-à-dire, il avait une IRM normale, il avait rien et on lui a enlevé un disque, on lui a mis une prothèse discale, et maintenant il est hospitalisé en psychiatrie, parce que...

M11 : Il n'accepte pas ?

M10 : C'est pas le verrouillage, là c'est, il a pété complètement les plombs, et le type, parce qu'il avait mal au dos, il y avait rien, il a quand même été opéré d'un geste très lourd, et il a complètement, totalement décompensé en post-op. C'est une catastrophe, quoi, d'avoir opéré quelqu'un qui n'a rien, c'est inimaginable, quoi, et bah pourtant

ça on voit. Ou alors il y en a qui n'ont pas grand-chose et qui font un geste iatrogène et c'est bien pire après qu'avant, ça, c'est régulier qu'on voit ça, malheureusement.

R1 : D'accord, et pour vous, c'est lié tout ça, enfin c'est, il a mal au dos, il se fait opérer pour rien, il arrive en psychiatrie ?

M10 : Voilà, il y a un autre problème au départ, qui n'a pas été, euh, qui n'a pas été diagnostiqué. S'il a une maladie psychiatrique, parce qu'il a mal au dos, parce qu'il y a rien de visible, parce qu'il y a rien, rien, rien, c'est que forcément, il y a une autre cause, quoi, ...

R1 : qui serait plus psychique.

M10 : ... psychique à sa douleur, qu'il faut inventorier. Mais si vous ne l'inventoriez pas...

M9 : C'est l'avantage du travail d'équipe quoi, c'est pluriprofessionnel. On n'est pas tous à voir le même, voilà... Et puis le patient il n'a pas le même comportement avec des professionnels différents, et ça c'est la richesse du travail d'équipe.

R1 : Et ils savent, les patients, que ça se partage ?

M9 : Ils savent qu'on fait des staffs, ils savent...

M10 : Ils sont surpris parfois. Ils sont surpris parfois de voir la cohérence qu'il y a, « ah mais vous le savez déjà, vous ? »

M11 : Ouais.

M10 : Parce que, nous, ça tourne beaucoup, et donc nous on sait tout de suite ce qu'il s'est passé. On sait... Alors le patient il est surpris de savoir que nous on sait alors que... Après nous on ne dit pas forcément ce qui a été dit, mais on le...

M13 : Ça nous aide pour la prise en charge, on ne fait pas de débriefe au patient de...

R1 : Oui oui, non, bien sûr mais, enfin, ça ne les freine pas un peu ?

M10 : Mais il le sent le patient. Le patient le sent.

R1 : Et c'est plus une aide pour lui qu'un frein à, « ah non je ne vais pas dire que j'ai un probl... » ?

M10 : Il y en a qui s'en serve, il y en a qui s'en serve pour mettre les soignants les uns contre les autres par exemple, donc nous, ça n'arrive pas ça.

M13 : Parce qu'on évite aussi...

M10 : Parce que justement, on est vigilant à cause de ça. En faisant circuler l'information, on voit bien que c'est le patient qui manipule et non pas... Oui qui manipule les soignants, chaque soignant avec un langage différent. C'est arrivé rien qu'hier, en staff on en a parlé je ne sais plus pour qui...

M13 : On en a même parlé en récap, un patient qui mettait en difficulté tous les soignants, qui les montait les uns contre les autres. Le fait d'en parler bah du coup, euh...

M9 : ça tombe à l'eau.

M13 : Voilà ça tombe à l'eau. C'est une de tes patientes.

M11 : Ouais.

R1 : Et comment ils le vivent ça les patients, que ça tombe à l'eau ?

M13 : Euh je pense que du coup, elle avait diminué ses...

M11 : Elle avait arrêté, elle avait arrêté son jeu.

R1 : Ouais, et ça avait pu avancer sa prise en charge, enfin ça lui avait permis, elle, de ...

M11 : Pas forcément, non, mais elle s'était aperçue qu'on communiquait bien entre nous et qu'on, voilà, qu'on savait un peu, qu'elle manip... enfin qu'elle essayait de manipuler les uns contre les autres et elle s'est aperçue que finalement ça ne marchait pas.

M9 : Elle a abandonné.

M11 : Elle avait abandonné, ouai, c'était compliqué, hein.

M9 : Après il y a certains patients, qui disent aussi au psychologue qu'ils ne veulent pas qu'on en parle, donc, euh, de certaines choses et ça, c'est, voilà...

R1 : Oui.

M11 : Oui, ça, ils n'en parlent pas.

M9 : Donc il y a des choses qui restent confidentielles.

R1 : Et dans ces problématiques, de clivage des équipes, tout ça, le psychiatre il vous aide là-dedans, ou est-ce que ça se fait naturellement et qu'il n'y a pas forcément besoin d'elle ?

M11 : Bin là c'était lors d'une réunion de...

R1 : Pas forcément de problèmes de clivage, hein mais de troubles du comportement de manière générale ?

M11 : Ta patiente, je ne suis pas sûre qu'elle avait vu la psychiatre ? Elle avait vu le psychologue mais elle n'avait pas vu la psychiatre.

M13 : Non, c'était le kiné qui en avait parlé et puis quand on avait parlé avec, je ne sais plus, avec l'ergo et l'APA, comme tous les soignants, ils se rencontrent dans l'établissement, ils se parlent plus facilement des patients, ils se préviennent, ils s'informent : « ah bah tu vas reprendre monsieur un tel ou madame un tel, sois plus vigilant sur... » ou euh... mais ce n'est pas la psychiatre qui a ce rôle-là.

M11 : Mais non ce n'est pas la psychiatre qui a ce rôle là en tout cas.

M12 : C'est souvent la cadre qui a les remontées des équipes l'AS, l'ASH, qui finalement propose le patient à la demande des infirmières ou des équipes, aux récap'. Pas forcément nous médecins, qui demandons à présenter ce patient.

M11 : Ou d'en parler, ou aux réunions d'étage. On communique très bien, du coup, entre tous les soignants, dès qu'il y a un problème, enfin...

M9 : On s'informe mutuellement, pour essayer de trouver les bonnes orientations.

R1 : Ok, bon, merci.

R2 : Merci beaucoup.