

Le psychologue en clinique de la douleur

Sous la direction de Véronique BARFETY-SERVIGNAT,
Séverine CONRADI et Anne MASSELIN-DUBOIS
Préface de Marie-Claude DEFONTAINE-CATTEAU

> Quelles expertises et
quels enjeux éthiques ?
Repères pour la pratique clinique



Société Française d'Étude et de Traitement de la Douleur

• EDITIONS IN PRESS •

CONCEPT-PSY

Le psychologue en clinique de la douleur

ÉDITIONS IN PRESS
74, boulevard de l'Hôpital – 75013 Paris
Tél. : 0970 77 11 48
www.inpress.fr

LE PSYCHOLOGUE EN CLINIQUE DE LA DOULEUR.

ISBN : 978-2-84835-641-9

© 2020 ÉDITIONS IN PRESS

Couverture : Lorraine Desgardin

Mise en pages : Lorraine Desgardin

Toute représentation ou reproduction, intégrale ou partielle, faite sans le consentement des auteurs, ou de leurs ayants droit ou ayants cause, est illicite (loi du 11 mars 1957, alinéa 1^{er} de l'article 40). Cette représentation ou reproduction, par quelque procédé que ce soit, constituerait une contrefaçon sanctionnée par les articles 425 et suivants du Code pénal.

Le psychologue en clinique de la douleur

Sous la direction de
**Véronique Barfety-Servignat,
Séverine Conradi et
Anne Masselin-Dubois**



Société Française d'Étude et de Traitement de la Douleur



Sommaire

Les auteurs.....	7
Liste des abréviations	11
Préface	13
MARIE-CLAUDE DEFONTAINE-CATTEAU	
Introduction	17
CHAPITRE 1 – Expertise et cadre d’intervention	19
SÉVERINE CONRADI, BERTRAND LIONET, RAPHAEL MINJARD	
Un dispositif particulier autour de la rencontre avec le psychologue : les SDC	21
La douleur, est-elle une problématique psychologique à évaluer comme les autres ?	23
Fonctions et objectifs : l’ouverture thérapeutique de l’évaluation psychologique	26
CHAPITRE 2 – Comment pense-t-on la douleur en psychologie ?.....	29
Référentiel analytique	30
BERNARD DUPLAN	
Référentiel cognito-comportemental	37
FRANCK HENRY, ANNE MASSELIN-DUBOIS	
Référentiel humaniste	41
ANTOINE BIOY	
CHAPITRE 3 – Psychologie et psychopathologie de la douleur ..	47
VÉRONIQUE BARFETY-SERVIGNAT, SÉVERINE CONRADI	
Impact sensoriel	48
Impact psychique	49
Impact cognitif et comportemental	53
CHAPITRE 4 – Évaluation psychologique et psychopathologique en clinique de la douleur	59
VÉRONIQUE BARFETY-SERVIGNAT, STÉPHANIE CATSAROS-LABALETTE, SÉVERINE CONRADI, MARIE-CLAUDE DEFONTAINE-CATTEAU, ANNE MASSELIN-DUBOIS, RAPHAËL MINJARD	
L’entretien clinique	59
Les Grilles d’analyse	61
Outils psychométriques en clinique de la douleur.....	69
Évaluation psychologique spécifique.....	85

CHAPITRE 5 – Fonctions de la douleur.....	95
VÉRONIQUE BARFETY-SERVIGNAT	
Fonctions de la plainte	96
Fonctions de la douleur.....	98
Organisation de personnalité et douleur	101
CHAPITRE 6 – Expertise psychologique et populations	111
VÉRONIQUE BARFETY-SERVIGNAT, SOPHIE BAUDIC, ANNE MASSELIN-DUBOIS, FLORENCE REITER	
Chez l'enfant et chez l'adolescent	111
Chez l'adulte âgé	122
CHAPITRE 7 – Pluriprofessionnalité et transdisciplinarité.	
Modalités, pratiques et orientation	129
VÉRONIQUE BARFETY-SERVIGNAT	
Précisions et intérêts de la pluriprofessionnalité et de la transdisciplinarité	130
Et en structure douleur ?.....	132
Quelles concertations professionnelles ?.....	133
Double ancrage et double portage	135
Comment orienter vers une consultation avec un psychologue ?.....	136
CHAPITRE 8 – Que dire, que transmettre, qu'écrire ?	
Les enjeux de la transmission.....	141
VÉRONIQUE BARFETY-SERVIGNAT, SÉVERINE CONRADI, BERTRAND LIONET	
Traces et transmissions	141
Et en clinique de la douleur ?.....	145
Une cotation de l'activité du psychologue ?.....	147
CHAPITRE 9 – Psychothérapie	149
VÉRONIQUE BARFETY-SERVIGNAT, ANTOINE BIOY, FRANCK HENRY, ANNE MASSELIN-DUBOIS	
Histoire et cadre réglementaire	149
Principes	150
Pratiques psychothérapeutiques	153
CHAPITRE 10 – Enseignement, formation et recherche	
en clinique de la douleur	177
VÉRONIQUE BARFETY-SERVIGNAT, SOPHIE BAUDIC, ANTOINE BIOY, BAPTISTE LIGNIER, ANNE MASSELIN-DUBOIS, RAPHAEL MINJARD	
Enseignement et formation	177
Recherche en psychologie, psychopathologie et neuropsychologie de la douleur.....	181
Conclusion.....	185
Bibliographie générale	189

Les auteurs

Nous remercions vivement les auteurs pour leurs implications dans cet ouvrage.

Véronique Barfety-Servignat, Psychologue clinicienne, Psychothérapeute, Consultation Douleur et Rhumatologie du CHU Lille, Chercheure associée au Laboratoire de Psychopathologie et Neuropsychologie de l'Université Paris 8, Co-Responsable du DIU Clinique et Psychopathologie de la douleur de l'Université Lille 3, Secrétaire Générale de la SFETD de 2013-2018, Éditrice de la revue *Douleur et Analgésie*.

Sophie Baudic, Psychologue spécialisée en neuropsychologie. Inserm U 987 – CETD hôpital Ambroise Paré, 92100 Boulogne-Billancourt. Membre actif de la Commission Recherche de la SFETD.

Antoine Bioy, Psychologue clinicien au CHU Bordeaux, Professeur de psychologie clinique et psychopathologie de l'université Paris 8, Directeur adjoint du Laboratoire de Psychopathologie et Neuropsychologie de l'Université Paris 8, ancien Vice-Président de la SFETD et membre fondateur de la commission professionnelle des psychologues de la SFETD, Responsable scientifique du centre IPNOSIA, Conseiller scientifique UNESCO chaire 918, Président de la commission « Humanisation des soins » de la Fondation de France, Co-fondateur et Conseiller éditorial de la revue *Transes* (Dunod).

Stéphanie Catsaros-Labalette, Psychologue clinicienne, HAD Holidom, CHU de Lille, service de Médecine de la Douleur, Hôpital Saint-Vincent-de-Paul, GHICL Lille.

Séverine Conradi, Psychologue, Consultation Douleur CHRU de Nancy – Hôpital Central, Doctorante laboratoire APEMAC-EPSAM – Université de Lorraine, Secrétaire Générale SFETD 2018-2020, Co-responsable de la commission professionnelle psychologue de la SFETD.

Marie-Claude Defontaine-Catteau, Psychologue clinicienne, Psychanalyste, Ex-Vice-Présidente de la Société Française de la Douleur (1998-2000), Membre du conseil d'administration de la SFETD (2010-2013).

Bernard Duplan, Docteur en médecine, Praticien hospitalier, Rhumatologue, Algologue, Responsable de SDC du CHU d'Aix-les-Bains, Docteur en psychologie, Psychothérapeute, Chercheur associé du CRPPC Université Lumière Lyon 2.

Franck Henry, Psychologue clinicien, Psychothérapeute EMDR, TCC, ACT et interventions thérapeutiques basées sur la pleine conscience et la compassion. Centre de la douleur chronique et Service de Rhumatologie du CHU Dupuytren 2, Doctorant en psychologie – Université de Tours, membre associé du laboratoire de recherche EE 1901 « QualiPsy ». Ancien Membre de la commission professionnelle psychologue de la SFETD. Membre du groupe d'intérêt et d'étude sur la gestion de la douleur chronique à l'AFTCC.

Baptiste Lignier, Psychologue Clinicien, Maître de Conférences en Psychopathologie et Psychologie Clinique au Laboratoire Psy-DREPI (Psychologie : Dynamiques Relationnelles et Processus Identitaires, EA 7458) et au Département de Psychologie de l'UFR

Sciences Humaines de l'Université Bourgogne Franche-Comté, à Dijon ; co-responsable pédagogique du Diplôme Inter-Universitaire Clinique et Psychopathologie de la Douleur de l'Université de Bourgogne Franche-Comté ; Psychologue Clinicien, CSAPA La Santoline, SEDAP, Dijon.

Bertrand Lionet, Psychologue clinicien, PhD, Psychothérapeute, Saint-Gilles (Île de la Réunion).

Anne Masselin-Dubois, Psychologue clinicienne, psychothérapeute TCC et ACT, CETD du CHU Saint-Antoine, Paris, AP-HP. Maître de conférences des universités en psychologie clinique et psychopathologie de l'Université de Bourgogne-Franche Comté. Laboratoire Psy-DREPI EA-7458. Membre de la commission professionnelle psychologue de la SFETD. Co-responsable du groupe d'intérêt et d'étude sur la gestion de la douleur chronique à l'AFTCC.

Raphael Minjard, Psychologue clinicien, PhD, Consultation Douleur du CHU de la Croix-Rousse, Maître de conférences des universités en psychologie clinique et psychopathologie de l'Université Lumière Lyon 2, Membre du CRPPC (centre de recherche en psychopathologie et psychologie clinique), Secrétaire général adjoint de la SFETD.

Florence Reiter, Psychologue, Centre de la migraine de l'enfant et de l'adolescent, hôpital Trousseau, Paris, AP-HP.

Liste des abréviations

ACT: *Acceptance and Commitment Therapy* / thérapie d'acceptation et d'engagement

AFSOS: Association Francophone pour les Soins Oncologiques de Support

AFTCC: Association Française des Thérapies Comportementales et Cognitives

BPCO: Bronchopneumopathie Chronique Obstructive

CAT: *Children Apperception Test*

CIM: Classification International des Maladies

CLUD: Comité de Lutte contre la Douleur

CMP: Centre Médico-Psychologique

DCPO: Douleurs Chroniques Postopératoires

DU: Diplôme Universitaire

DIU: Diplôme Inter-Universitaire

EMDR: *Eye Movement Desensitization and Reprocessing*

EPP: Évaluation des Pratiques Professionnelles

FST: Formations Spécialisées Transversales

IFSI: Institut de Formation en Soins Infirmier

INSERM: Institut National de Santé et de la Recherche Médicale

LDPD: association La Douleur et le Patient Douloureux

MBCT: *Mindfulness-Based Cognitive Therapy*

MBSR: *Mindfulness-Based Stress Reduction Program*

MCO: Médecine Chirurgie Obstétrique

PTSD: *Posttraumatic Stress Disorder*

RV : Réalité virtuelle

SCORS : *Social Cognition and Object Relation Scale*

SDC : Structure labellisée de prise en charge de la Douleur
Chronique

SDRC : Syndrome Dououreux Régional Complexe

SFETD : Société Française d'Étude et de Traitement de la
Douleur

SFPO : Société Française de Psycho-Oncologie

SSR : Soins de Suite et de Réadaptation

TAT : *Thematic Apperception Test*

TCC : Thérapie Comportementale et Cognitive

TENS : *Transcutaneous Electric Neurostimulation*

Préface

Parfois, le titre d'un ouvrage contient en ses mots non seulement le cœur du contenu, mais aussi, comme ici, des termes receleurs de questionnements, de positionnements, de recherches et surtout de fondations.

Si Baszanger pouvait en 1995 évoquer « la fin d'un oubli » pour la prise en compte de la douleur en médecine, il faut bien comprendre que le psychologue en clinique de la douleur exerce dans un contexte aussi jeune que la reconnaissance de son statut (décret de 1985), aussi inédit que l'établissement des premières consultations « douleur » en France : rien d'« oublié » en fait, mais beaucoup, sinon tout, à inventer et une jeunesse partagée qui exige de s'enraciner tant dans un savoir que dans une place et une reconnaissance à l'hôpital général.

Le savoir psychologique en clinique de la douleur se construit, se nourrit de la pratique clinique et de ses découvertes, des corpus théoriques sur lesquels il s'appuie et s'interroge ainsi que le proposent les premiers chapitres, il questionne le quotidien clinique et le formalise : repères des référentiels, spécificité de l'évaluation, effets des contextes existentiels, psychopathologiques. Et comme le psychologue « douleur » ne peut travailler seul, mais qu'il exerce plutôt en équipe ou en réseau, l'ouvrage traite de ce partage, de cette collaboration et des transmissions qu'ils engendrent. Évaluer, donner du sens, se référer à un corpus

théorique édifiant, transmettre, apprendre, orienter, accompagner et être dans une démarche thérapeutique, telles sont les missions du psychologue en clinique de la douleur et tels sont les objectifs pédagogiques de ce manuel de pratique clinique.

La divulgation du savoir n'est jamais inoffensive : le mot contient en lui-même le risque de détérioration qui pourrait résulter d'une diffusion scientifique qui ne reposerait sur aucune expertise professionnelle : la tentation est grande de faire montre de « psychologie »... et le monde de la douleur n'est pas exempt des « Monsieur Jourdain » de l'exercice de la clinique psychologique...

Les outils quantitatifs ou certaines pratiques psychothérapeutiques d'accès facile peuvent faire illusion et servir l'appropriation factice du savoir psychologique et psychopathologique pour servir une vitrine globalisante, celle d'un thérapeute tout-puissant qui fantasmerait une maîtrise du psycho-soma... L'alchimie psychosomatique est comme la pierre philosophale, elle ne prend sens ou corps que lorsque l'on se réfère à son expression originale, sans jamais tout à fait la saisir. C'est une donnée strictement individuelle, strictement intime, strictement inaccessible et impalpable... Être psychologue en clinique de la douleur est une spécialité proprement enthousiasmante : elle exige une compétence spécifique et les ouvrages qui réussissent à la formaliser, comme celui-ci, illustrent à quel point cette compétence naît de l'apprentissage et de l'expérience dans un monde médical souvent tenté par l'automatisation...

Il y a quelque chose de subversif dans la présence du psychologue en clinique de la douleur et c'est très bien : au-delà d'une pratique phénoménologique, essentiellement descriptive, il lui revient de faire circuler la parole du patient, de la transmuier en un langage qui fait sens pour

les interlocuteurs qui voudront bien essayer, au-delà de la symptomatologie, d'y entendre un sujet douloureux.

« La capitalisation des échelles n'a jamais mené Pierrot qu'à la Lune ».

Marie-Claude Defontaine-Catteau¹, 2020.

1. Psychologue clinicienne, Psychanalyste, Ex-Vice-Présidente de la Société Française de la Douleur (1998-2000), Membre du conseil d'administration de la SFETD (2010-2013).

Introduction

De quoi parlons-nous lorsque nous parlons de douleur ?

Facilement comprise au quotidien comme un signal d'alarme d'une perturbation somatique, la douleur est d'abord une sensation. Mais elle est également un sentiment, un affect où la résonance avec l'histoire du sujet prend place.

Peut-on vraiment distinguer douleur physique et douleur psychique ? Cette distinction a même été proposée au niveau du langage : à la douleur du corps répondrait la souffrance psychique. Pourtant, cette proposition clivante de la psyché et du soma ne rend pas compte de l'expérience de la douleur telle qu'elle se présente au sujet.

Parler de la douleur, c'est aussi parler de soi. Chacun(e) nous la connaissons. C'est une expérience et un éprouvé que nous avons tous traversé et qui reste présent tout au long de la vie (en dehors des problématiques d'insensibilité congénitale à la douleur). Elle a à voir avec l'intime et avec l'histoire. Elle ne se partage pas. Mais alors que connaissons-nous de la douleur de l'autre ? Comment s'en approcher ? La médecine a développé des mesures pour quantifier la douleur du corps, dont les malades se plaignent, pour tenter d'approcher jusqu'où la douleur peut venir saisir le sujet. Parallèlement à ces mesures quantitatives, elle a

également développé des mesures qualificatives pour les classer et mieux les prendre en compte sur le plan thérapeutique.

Mais la douleur échappe sans cesse au classement parce que finalement, lorsque j'éprouve de la douleur ou de la souffrance, quelle que soit son origine, ce qui souffre ce n'est pas mon corps, ni mon esprit, ni mon cœur, ni mon psychisme... Ce qui souffre c'est moi. Alors « *parler de la douleur, c'est traiter d'une question qui atteint le corps et peine l'âme*¹ ».

Il s'agit ainsi de saisir pour le sujet et avec lui ce qui se joue sur le plan psychique de cet éprouvé douloureux. Dans cette clinique singulière, la spécificité du psychologue et l'importance de son regard résident précisément dans une appréciation de la dynamique psychique du patient qui interagit avec la douleur et qui s'exprime au sein de la plainte douloureuse au-delà des aspects somatiques.

Issu d'un travail collectif au sein du comité des psychologues de la Société Française d'Étude et de Traitement de la Douleur (SFETD) et soutenu par cette même société savante, cet ouvrage propose des repères pour la pratique en clinique de la douleur en les resituant toujours dans les différentes approches conceptuelles qui participent à la richesse de la psychologie clinique.

1. Aubert A. (1996) *La douleur. Originalité d'une théorie freudienne*. PUF.

CHAPITRE 1

Expertise et cadre d'intervention

Séverine Conradi, Bertrand Lionet, Raphael Minjard

La douleur, ce phénomène universel et incontournable, accompagne la condition humaine et son histoire. Différentes significations ont été attribuées à la douleur, allant d'une épreuve nécessaire, d'une fatalité, d'un châtiment de Dieu, à une expérience insupportable face à laquelle il faut lutter avec tous les moyens disponibles.

Les situations qui la provoquent sont multiples, de tous ordre : maladie et atteintes lésionnelles plus ou moins visibles, reflet d'une nouvelle étape comme les poussées dentaires du nourrisson, conséquences d'activités répétées, d'attitudes ou de postures génératrices de douleurs, deuil, traumatisme... Les énumérer dépasserait largement le cadre du travail présenté dans cet ouvrage. Mais c'est probablement cette universalité et cette impossibilité d'y échapper qui a, de tout temps, animé la nécessité d'étudier ce phénomène, permettant d'ouvrir sur des thérapeutiques (médicamenteuses ou non) de plus en plus aidantes.

Au niveau sociétal, il faut attendre les années 1990 pour voir un réel changement dans les mentalités (SFETD,

2017¹) et l'article L1110-5 de la loi du 4 mars 2002 scelle la prise en charge de la douleur comme un « droit fondamental de toute personne », ouvrant sur une priorité de santé publique (Aubrun et coll., 2019). En parallèle, de quelques équipes pionnières à partir des années 1970, les structures douleur chronique (SDC) se développent sur l'ensemble du territoire français afin de construire un maillage territorial permettant notamment d'assurer la prise en charge de la douleur (SFETD, 2017). Dédiées aux situations complexes, où la douleur est considérée comme chronique (HAS, 2008²), les SDC offrent un cadre d'intervention et une lecture de la complexité de la clinique de la douleur, que nous détaillerons dans ce chapitre.

Mais bien évidemment, la douleur peut être entendue et travaillée dans une multitude d'autres situations cliniques que les SDC et le psychologue y a également une fonction importante que cela soit en Soins de suite et de réadaptation (SSR), en MCO à l'hôpital général (médecine – chirurgie – obstétrique), en psychiatrie, auprès des enfants, des adultes non communicants, des personnes confrontées à un ou des handicaps, etc. Cependant, cette pratique au sein des SDC permet un cadre qu'il convient de découvrir pour mieux appréhender cette clinique si particulière.

1. SFETD. (2017). *Le Livre Blanc de la Douleur 2017* [https://www.sfetd-douleur.org/wp-content/uploads/2019/10/livre_blanc-SFETD-interactif-bis.pdf]. SFETD.

2. Haute Autorité de Santé (HAS). Recommandation pour la pratique : « Douleur chronique : reconnaître le syndrome douloureux chronique, l'évaluer et orienter le patient ». Décembre 2008. https://www.has-sante.fr/portail/jcms/c_732257/fr/douleur-chronique-reconnaitre-le-syndrome-douloureux-chronique-l-evaluer-et-orienter-le-patient

1. Un dispositif particulier autour de la rencontre avec le psychologue : les SDC

Au sein des SDC, l'évaluation psychologique est une étape primordiale dans la compréhension des problématiques douloureuses complexes. Elle s'inscrit dans la démarche pluridisciplinaire et pluriprofessionnelle des SDC et est citée en tant que telle dans les recommandations sur la douleur (HAS, 2008, 2009³; SFETD, 2017, Aubrun et coll., 2019) et dans le cadre réglementaire des SDC (DGOS 2011⁴, 2016⁵).

Dans ce dispositif, le patient confronté à une douleur devenue chronique peut, sur l'orientation d'un professionnel de santé (médecin traitant, spécialistes, etc.), rencontrer une équipe composée *a minima* d'un médecin, d'un infirmier et d'un psychologue.

Chacun apporte un regard, une pierre à l'édifice de la compréhension de la problématique dans chacune de ces dimensions. D'autres professionnels peuvent être sollicités en fonction de la situation mais c'est notamment dans l'unité de lieu et l'interrelation au sein de l'équipe (cf. chapitres 7 et 8), que les évaluations peuvent se réunir pour permettre

3. HAS. (2009). Douleur chronique : les aspects organisationnels. Le point de vue des structures spécialisées, ARGUMENTAIRE Avril 2009, https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2009-06/argumentaire_douleur_chronique_aspects_organisationnels.pdf

4. Instruction N°DGOS/PF2/2011/188 du 19 mai 2011 relative à l'identification et au cahier des charges 2011 des structures d'étude et de traitement de la douleur chronique.

5. Instruction n°DGOS/PF2/2016/160 du 23 mai 2016 relative à l'appel à candidatures destiné au renouvellement du dispositif des structures labellisées pour la prise en charge de douleur chronique en 2017, et au relevé de leur activité 2016.

d'accéder à une représentation plus proche de la problématique du patient.

Dans cette démarche, « l'évaluation psychologique de la douleur chronique est un versant essentiel de l'évaluation globale avec un axe triple :

- l'évaluation psychologique de la douleur ;
- l'analyse psychopathologique du patient ;
- l'évaluation des conséquences psychologiques de la douleur ou des facultés d'adaptation à la douleur ou encore des possibilités d'acceptation d'une thérapeutique antalgique spécifique » (SFETD, 2013⁶).

Cette évaluation participe donc à la compréhension de la dynamique psychique du symptôme douloureux, tant pour le médecin qui prend en charge le patient que pour le patient lui-même. Le moment dans lequel cette rencontre se fait est à entendre. Ainsi, la demande d'une consultation avec le psychologue ne doit pas résulter d'un sentiment d'impuissance d'un praticien face à un patient « difficile ». Il est bien sûr plus aisé d'adresser un patient conscient de sa souffrance psychique. Orienter vers un psychologue/psychiatre sans demande de la part du patient suppose que l'on donne en amont du sens à cette démarche.

En l'absence d'une prise de conscience de la part du patient (par exemple d'un vécu dépressif avec manifestations somatiques douloureuses ou autres), l'orientation vers un psychologue reste nécessaire mais suppose de rappeler au patient le rôle de la dimension psychique dans les syndromes douloureux chroniques. Les représentations en lien avec la pathologie douloureuse impliquée (Syndrome

6. SFETD. (2013). La prise en considération des dimensions psychologiques auprès des patients douloureux chroniques. *Cahier n° 1*.

douloureux régional complexe – SDRC, douleurs neuropathiques, etc.) sont fréquemment associées à une inactivité longue et donc à un arrêt de travail qui peut s'installer dans la durée, à un discours engageant peu de soins et un vécu d'abandon du médical. Rassurer le patient quant à son suivi médical parallèlement à une prise en charge psychologique est essentiel. Lorsque la souffrance psychologique est présente et repérée chez le patient, proposer une consultation vers un professionnel du soin psychologique est une réponse adaptée (chapitre 7).

2. La douleur, est-elle une problématique psychologique à évaluer comme les autres ?

L'évaluation psychologique fait partie intégrante des missions du psychologue. Elle répond à la fois à la spécificité de ce professionnel mais elle est également indissociable de sa pratique. Par l'évaluation psychologique, le psychologue étudie les phénomènes psychiques et leur place dans l'économie psychique de la personne. L'évaluation psychologique est donc nécessaire, et à réactualiser tout au long de la prise en charge afin d'affiner les hypothèses et ouvrir sur une meilleure compréhension de la dynamique psychique.

Il est important pour tous soignants de repérer la souffrance psychique ; celle-ci est même recommandée en douleur chronique, permettant d'ouvrir sur une pluriprofessionnalité efficiente et une identification d'une potentielle problématique à entendre sur le plan psychique, mais repérer une souffrance psychique est différent d'une évaluation psychologique (SFETD, 2013⁷).

7. *Ibid.*

Le psychologue en clinique de la douleur

Sous la direction de Véronique BARFETY-SERVIGNAT,
Séverine CONRADI et Anne MASSELIN-DUBOIS

Il n'y a pas de douleur physique sans contrepartie psychologique... et la réciproque est vraie, il n'y a pas de trouble psychique sans corrélation physique. Dans un contexte où douleur, plaintes et vécus inconscients se côtoient, le psychologue va fonder la rencontre clinique avec le sujet douloureux à partir du récit d'un corps souffrant et meurtri.

Mais comment peuvent s'appliquer les connaissances et recherches psy en clinique de la douleur ?

Cet ouvrage collectif formalise les connaissances en psychologie de la douleur ainsi que les fonctions et expertises du psychologue dans le champ somatique particulier de la douleur : spécificités de cette clinique psychologique et psychopathologique, repères cliniques de l'activité du psychologue, présentation des modèles théoricocliniques et des psychothérapies, de l'enseignement et des objets de recherches en clinique de la douleur.

Issu d'un travail collectif au sein de la commission professionnelle psychologues de la Société Française d'Étude et de Traitement de la Douleur (SFETD), cet ouvrage propose des repères pour la pratique en clinique de la douleur, s'appuyant sur les différentes approches conceptuelles qui participent à la richesse de la psychologie clinique. Il offre des clés de compréhension aux professionnels de santé pour travailler ensemble dans l'interdisciplinarité et la transdisciplinarité à l'évaluation et la prise en charge de la douleur.

Les auteurs : *Véronique Barfety-Servignat, Sophie Baudic, Antoine Bioy, Stéphanie Catsaros-Labalette, Séverine Conradi, Marie-Claude Defontaine-Catteau, Bernard Duplan, Franck Henry, Baptiste Lignier, Bertrand Lionet, Anne Masselin-Dubois, Raphael Minjard, Florence Reiter.*



9 782848 356419

ISBN : 978-2-84835-641-9

13 € prix TTC France

www.inpress.fr