

# La question de la l'évaluation psychologique et de la psychométrie en douleur chronique

Severine Conradi, M Régnier

► **To cite this version:**

Severine Conradi, M Régnier. La question de la l'évaluation psychologique et de la psychométrie en douleur chronique. *Pratiques Psychologiques*, Elsevier Masson, 2018, 25 (1), pp.51-61. 10.1016/j.prps.2018.02.002 . hal-02953745

**HAL Id: hal-02953745**

**<https://hal.univ-lorraine.fr/hal-02953745>**

Submitted on 22 Oct 2021

**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.



**Titre** : De la question de l'évaluation psychologique et de la psychométrie en douleur chronique

Psychological evaluation and psychometry in chronique pain

**Mots clefs** :

Examen psychologique ; psychométrie ; douleur chronique ; population française ; questionnaire

Psychological evaluation ; psychometry ; chronic pain ; french population ; questionnaire

**Auteurs** :

Conradi Séverine, Psychologue, Consultation d'évaluation et de traitement de la douleur du CHRU de Nancy, Avenue du Maréchal De Lattre de Tassigny, 54000 NANCY

0681135968 / conradi.pro@wanadoo.fr

Régnier Manon, Psychologue, EHPAD Haroué (54740) et exercice libéral à Nancy (54000)

Manon\_regnier@live.fr

*De la question de l'évaluation psychologique et de la psychométrie en  
douleur chronique*

*Psychological evaluation and psychometry in chronic pain*

**Mots clefs :**

Examen psychologique ; psychométrie ; douleur chronique ; pratique clinique ; questionnaire

**Résumé :**

La pratique du bilan psychologique est une étape primordiale dans l'évaluation des problématiques complexes présentées par les patients confrontés à des douleurs chroniques. Nous souhaitons discuter ici du cadre d'intervention du psychologue dans ce contexte, de sa pertinence mais aussi éclairer sur les apports de cette pratique à la clinique de la douleur. Il s'agira notamment de discuter d'une évaluation conjointe, associant une évaluation psychologique qualifiée de classique avec une évaluation psychologique spécifique douleur.

**Keywords :**

Psychological Evaluation ; psychometry ; chronic pain ; clinical practice ; questionnaire

**Summary :**

The practice of psychological assessment is an important step in the evaluation of the complex problems presented by patients dealing with chronic pain. We want to discuss here the framework of intervention of the psychologist in the context, but also shed light on the contributions of this practice to the pain clinic. This will include discussing a joint assessment, combining a psychological assessment referred to as classic with a psychological evaluation specific pain.

## Introduction

### *Questionnement*

L'évaluation psychologique, aujourd'hui encore, interroge, et donne parfois lieu à quelques réticences, voire de fausses représentations. Le principal outil du psychologue clinicien est l'entretien clinique où la parole dans l'intersubjectivité de la rencontre est à entendre. C'est grâce à lui qu'il accède aux différents aspects du fonctionnement psychique des patients, qu'il peut percevoir et déceler certaines particularités du psychisme, notamment en permettant d'entrevoir ses défenses et ses failles afin d'ouvrir vers une stratégie thérapeutique. Mais qu'en est-il des autres outils (questionnaire, projectifs, etc...) dans cette pratique ? Quelle place et pertinence ? Comment les articuler ?

A partir des éléments de base, nous aborderons cette question dans le cadre spécifique de la pratique en structure spécialisée en douleur chronique afin de reprendre les fondamentaux et réfléchir autour de la pratique de l'évaluation psychologique dans une clinique du somatique.

### *Cadre général de l'évaluation psychologique*

Après réflexion nous avons convenu que le terme le plus approprié serait celui d'*examen psychologique*. En effet, celui-ci recouvre deux notions importantes, l'acte d'observer mais désigne également les différentes épreuves (tests ou questionnaires) que le psychologue peut proposer au patient. Ce terme est d'ailleurs celui qui est le plus souvent retrouvé dans la littérature.

On peut d'ailleurs se référer à la définition donnée par Dana Castro (2003a) : "l'examen psychologique se réfère à l'évaluation de l'état mental et du fonctionnement psychique d'un sujet par l'utilisation d'outils spécifiques, tests ou instruments associés, tels que des échelles ou questionnaires". Il s'agirait donc de pouvoir accéder, par l'intermédiaire de la méthode des tests, à différents aspects du fonctionnement psychique du sujet ; cela bien évidemment sans faire l'économie de la rencontre et des entretiens (Roman, 2006 ; Guillaumin, 1977). Il nous semble en effet essentiel de souligner que, dans l'examen psychologique, nous ne nous intéressons pas simplement à la passation, mais considérons également l'examen psychologique comme un moment d'échange. Nous avons alors à cœur d'être attentifs au *paralangage*, et nous verrons ainsi

dans la suite de cet article les différents temps de l'évaluation psychologique et ce que s'y joue.

Dans le cadre d'un examen psychologique, il y a autant de pratiques que de psychologues, compte tenu de l'essence même de cette action ; le professionnel adapte par rapport à la problématique et le contexte de la demande, la démarche qu'il va proposer. Il est libre de choisir ses outils, compte tenu de sa responsabilité engagée quant à ce qu'ils permettent de nommer (Code de déontologie des psychologues, 1996).

Arrêtons-nous un instant sur l'évaluation *psychométrique* qui, littéralement, est la mesure des dimensions psychologiques. Celle-ci s'inscrit dans une démarche globale. L'entretien, et les autres méthodes d'évaluation du psychisme (tels que les méthodes projectives), sont autant d'outils qui peuvent apporter des éléments importants à la compréhension de la problématique du sujet rencontré. Par ailleurs, l'enjeu se situe au niveau de l'interprétation des résultats obtenus, mais aussi de la cohérence de ceux-ci avec la dynamique psychique du sujet.

Bioy et Fouques (2008) définissent l'évaluation psychométrique comme étant l' « ensemble des méthodes d'évaluation utilisant des outils standardisés et scientifiquement validés permettant de mesurer des composantes psychologiques et au-delà, participant à la compréhension des phénomènes psychiques d'un sujet » ; on comprend qu'il est primordial que cette évaluation chiffrée de dimensions psychologiques s'inscrive dans une évaluation plus globale, car l'interprétation relève d'une compétence propre aux psychologues, et les liens entre les dimensions psychologiques et la personnalité sont autant d'éléments à prendre en compte.

#### *Cadre général en structure spécialisée en douleur chronique (SDC)*

Pour situer le cadre général d'une SDC, il est essentiel de savoir situer le rôle et la place du psychologue dans une telle institution. C'est notamment par les instructions DGOS (2011 ; 2016) que l'on perçoit les principes fondateurs des structures douleur avec en son noyau la pluriprofessionnalité associant plusieurs médecins de disciplines différentes, aux soignants et aux professionnels du psychisme que sont les médecins psychiatres et les psychologues.

Cette association n'allant pas de soi, psychisme et soma étant depuis longtemps maintenant dissociés, séparés, éloignés, il est nécessaire de retravailler en permanence cette

dynamique. Dans le somatique, le discours médical règne, et plus encore dans le cas de patients douloureux chroniques qui attendent l'avis du médecin en priorité. Mais cette difficulté pour le psychologue comprend également toute la richesse du travail en SDC, qui participe à la rencontre du psychique et du somatique. Le psychologue doit donc maîtriser des connaissances somatiques solides concernant la pathologie des patients et le fonctionnement de la douleur, pour comprendre les problématiques auxquels ils sont confrontés (Benony, 2003 ; Brocq, 2005 ; Bachelart, Bioy, Negre, 2011).

On perçoit également la place majeure des dimensions psychologiques en jeu dans la problématique de douleur chronique. Cette dimension incontournable est travaillée par tous les professionnels des SDC mais de ce fait questionne sur la spécificité des psychologues dans ce contexte. Autrement dit, quelle est sa fonction ?

On retrouve des éléments précieux dans Le référentiel n°1 de la Société Française d'Etude et de Traitement de la Douleur (SFETD, 2013), concernant « La prise en considération de la dimension psychologique des patients douloureux ». Il met notamment en évidence les risques liés à l'utilisation de l'évaluation psychologique par des "non-psys", « avec comme écueils possibles l'appropriation et la récupération d'outils hors du domaine de compétences [...] ». C'est pourquoi il est nécessaire que ces évaluations psychologiques, notamment en douleur chronique, soient réalisées essentiellement par des psychologues car : "il existe une clinique psychologique de la douleur et de ses différentes composantes: cette clinique permet de qualifier voire de quantifier le vécu subjectif du patient douloureux et de le relier à l'évaluation médicale de ce même patient" (SFETD, 2013).

D'ailleurs, Castro (2003b) souligne bien à ce sujet que l'activité d'évaluation des psychologues cliniciens est une activité "spécifique", et que bien que la prise en charge de la douleur chronique nécessite que l'on fasse appel à plusieurs intervenants et entre dans une prise en charge pluridisciplinaire, l'aspect évaluation psychologique de cette prise en charge doit se faire par un psychologue clinicien (Guillemont, 2003).

## **Quelques repères dans les étapes de l'examen psychologique en SDC**

La littérature semble se rejoindre pour définir trois étapes dans l'examen psychologique :

- L'entretien préliminaire
- L'évaluation avec recours ou non aux tests et épreuves projectifs

- La restitution (patient, équipe)

### *Entretien préliminaire*

La pratique de l'entretien est le fondement de toute démarche du psychologue. Il se base sur les principes généraux de l'entretien tels que le définissent Doron et Parot (2011) : "un échange de paroles avec une ou plusieurs personnes pour un but autre que le simple plaisir de la conversation. La communication y est essentiellement verbale mais se trouve complétée par des communications non verbales (postures, mimiques, etc.). [...] " L'entretien préliminaire aura la particularité, selon les mêmes auteurs, à "contribuer au diagnostic, à l'indication et au traitement pour des sujets souffrant de troubles psychiques et/ou relationnels".

Pour ce qui est de l'entretien préliminaire, en situation d'examen psychologique et dans le cadre de douleurs chroniques, il s'agira, avant tout, de poser un cadre d'intervention spécifique en complément des rencontres faites avec les autres membres de l'équipe. La rencontre avec le psychologue arrive généralement après la rencontre avec le médecin ou l'infirmier afin qu'une prise de contact et l'amorce d'une construction d'une alliance thérapeutique avec la structure douleur ait pu se réaliser.

Parfois cette première rencontre se fait en consultation pluridisciplinaire (somaticien, psy ou avec l'ensemble de l'équipe), nécessitant dans un second temps une consultation individuelle pour le psychologue. C'est l'occasion alors de refaire le point sur la pathologie et les différentes problématiques du patient. Au cours de cet entretien, il peut être intéressant de rappeler au patient les différentes fonctions et rôles du psychologue, permettant ainsi de contrer des représentations fausses et/ou de reprendre des expériences passées parfois source de conflits.

C'est également à l'issue de cet entretien préliminaire, grâce aux informations récoltées, que ***le psychologue confirme la pertinence de poursuivre l'évaluation et de choisir le type de démarche adaptée, en fonction du contexte, de la demande et des possibilités accessibles.*** On comprend alors l'importance de ce temps de parole, permettant ainsi au psychologue de faire valoir toute sa spécificité et sa capacité à percevoir les problématiques de chaque patient dans le but d'orienter au mieux la prise en charge. C'est un moment fondamental de la démarche ainsi initiée.

### *Phase d'évaluation avec recours ou non aux tests et épreuves projectifs*

Dans cette phase, c'est l'articulation entre le savoir théorique et le savoir du patient qui se joue. En effet quel que soit les outils utilisés (entretiens cliniques, épreuves projectives, tests psychométriques) c'est une forme de connaissance, de compréhension qui va émerger de ces rencontres et permettre à un moment donné de définir la suite de la prise en charge.

L'autonomie dans le choix des outils est indispensable à la pratique du psychologue et se retrouve également dans le contexte des SDC. La littérature regorge d'instruments psychologiques utilisés notamment dans l'élaboration des concepts et modèles. Le plus souvent ces outils sont à la base du développement des connaissances théoriques mais leur application auprès des patients, sous un angle clinique, restent des éléments à toujours conforter et vérifier par des professionnels formés.

Nous pouvons par exemple nous concentrer ici sur l'évaluation psychométrique de certaines dimensions psychologiques en jeu dans la douleur chronique, ou dans le processus de chronicisation. L'évaluation psychométrique est par ailleurs à la base des principales recherches et études réalisées sur la douleur. Il s'agira le plus souvent d'auto-questionnaires (des questionnaires remplis par le patient lui-même), ayant pour but d'évaluer des dimensions du psychisme telles que des croyances, des représentations, ou des éléments qui modulent la perception douloureuse.

Il ne s'agit pas ici d'évaluer une dimension psychologique pour avoir un chiffre ou simplement la confirmation de sa présence ou son absence, mais bien de croiser les données ainsi obtenues avec les autres éléments de l'entretien clinique par exemple ou toute autre démarche permettant de mieux comprendre la problématique du patient. Ce n'est pas tant la présence ou non d'une dimension (par exemple une stratégie de coping) qui importe mais plutôt d'apprécier sa place dans l'économie psychique (quelle place a cette stratégie de coping par rapport aux autres utilisées par le patient, etc...). Le ou les outils, choisis par le psychologue, amènent ainsi des éléments supplémentaires dans la réflexion, qui, elle, reste globale afin d'éviter de réduire l'individu, le sujet à des éléments évalués. Le principal risque d'un mésusage de mesure des dimensions psychologiques étant de stigmatiser ou réduire l'individu à des données récoltées (Dicke, Tournoi, Flieller, Kop, 1994 ; Guillevic, Vautier, 2005).



Au-delà de la qualité psychométrique de l'outil utilisé (validité du construit, vérification de l'objet d'étude, confirmation des corrélations, et de la signification de l'élément évalué), c'est l'interprétation même des données obtenues qui requiert des connaissances approfondies du psychisme. Cela relève des spécificités de la profession de psychologue et de la réalisation de cette évaluation dans une démarche d'évaluation psychologique plus globale (Castro, 2003a ; Guillemont, 2009). Guillevic et Vautier (2005) renforce cette idée en disant que « la mise en œuvre des tests suppose pour le psychologue d'assumer un projet d'évaluation des personnes, ce qui renvoie à la nécessité d'une réflexion sérieuse au sujet de ses implications éthiques et déontologiques ».

### *Examen psychologique "classique" vs "spécifique"*

En pratique, dans la clinique de la douleur, deux types d'examen psychologique pourraient se dessiner. Une dite « classique », qui concerne l'évaluation de la personnalité, de la souffrance psychique et de la psychopathologie et une évaluation psychologique qualifiée de « spécifique » douleur qui est orientée sur la compréhension des mécanismes en jeu dans la perception de la douleur. Les deux évaluations étant complémentaires se rejoignent et se nourrissent l'une de l'autre.

#### ° L'évaluation psychologique "classique"

L'objectif est alors de prendre en compte la subjectivité de chacun et d'entendre les différentes réalités, par un réel « acte d'écouter » (Guillemont, 2003). Cette évaluation permettra de comprendre la place de la douleur dans l'économie psychique du patient, de mieux percevoir l'impact des facteurs de personnalité, ainsi que le retentissement psychique de la douleur.

Dans ce contexte, on privilégiera une évaluation clinique telle que les psychologues cliniciens la pratiquent par la réalisation d'un ou plusieurs entretiens cliniques associée à une évaluation standardisée de la personnalité (MMPI-2/Minnesota Multiphasic Personality Inventory-2 par exemple) ou le recours aux outils projectifs (TAT, Rorschach,...). Une évaluation psychométrique des principales dimensions psychologiques que sont l'anxiété et la

dépression (BDI de Beck, STAY de Spielberger, ...) peut également être proposée.

° L'évaluation psychologique "spécifique" douleur

Grâce au développement de la recherche en douleur, plusieurs dimensions psychologiques telles que les croyances et les représentations, ainsi que les biais cognitivo-comportementaux ont été mis en évidence comme ayant un rôle prépondérant dans la chronicisation des douleurs (Rosentiel, Keefe, 1983 ; Herda, Siegeris, Basler, 1994 ; Sullivan, Bishop, Pivik, 1995). Leur évaluation prend donc tout son sens dans la compréhension de la problématique des patients rencontrés en SDC. Cela peut permettre d'adapter les propositions thérapeutiques et d'améliorer la qualité de la prise en charge proposée.

Cependant, la plupart des outils psychométriques utilisés ont été créés dans les pays anglosaxons, nécessitant un travail d'adaptation préalable à la population française, tant sur le plan de la traduction mais également sur la validité du construit, i.e. la confirmation de la dimension mesurée ; les différences culturelles pouvant avoir un impact important. A titre d'illustration, le travail d'adaptation réalisé par l'équipe d'Irachabal (2008) est remarquable. Le Coping Strategie Questionnaire (CSQ) de Rosentiel et Keefe (1983) comprenant initialement 8 dimensions évaluées, ne contient plus que 5 stratégies de coping pour la version française appelée : CSQ-F (Coping Stratégie Questionnaire - version Française). La méthodologie mise en place par Irachabal [21] est claire et apporte des éléments de réflexion tout à fait intéressants et indispensables pour l'utilisation des outils psychométriques entre les populations. Actuellement la version française du CSQ-F comporte 5 facteurs (Distraction / réinterprétation / ignorance / prière-espoir / dramatisation) contre 8 initialement (suppression de la stratégie auto-encouragements et des 2 stratégies comportementales).

Cette validation ouvre ensuite sur d'autres études comme le travail réalisé par l'équipe de Dany (2008), qui a permis « d'une part, à confirmer la validité du CSQ-F comme échelle de mesure des stratégies d'ajustement associées à la douleur et, d'autre part, à évaluer le rôle de ces différentes stratégies de coping sur l'ajustement des patients douloureux chroniques, en termes d'intensité douloureuse ressentie et de détresse psychologique ».

On retrouve une démarche similaire, toute aussi remarquable, avec « Pain Beliefs and Perception Inventory (PBPI) » (Herda, Siegeris, Basler, 1994) qui a ainsi pu être validé en français par Dany (2009) et étalonné par Roussel (2010). La version française s'appelle : l'inventaire des perceptions et des croyances associées à la douleur (ICPD) et est un outil intéressant dans la compréhension des problématiques des patients, permettant d'évaluer les croyances autour de la constance, de la pérennité, du mystère et de la culpabilité.

Il est toutefois à déplorer trop peu de travaux allant dans ce sens, limitant de ce fait le clinicien souhaitant intervenir auprès de la population française. On peut citer par exemple le Pain Catastrophizing Scale (PCS) de Sullivan (1995) qui est un outil psychométrique incontournable dans les modèles de douleur chronique mais dont l'utilisation en France auprès d'une population française reste à travailler. La forme francophone canadienne a été validée auprès d'une population canadienne (French, Noel, Vigneau, French, Chantal, Evans, 2005) mais qu'en est-il auprès d'une population française européenne avec des croyances et représentations potentiellement différentes. Il n'y a pas à notre connaissance d'étude publiée sur une validation de l'outil auprès d'une population française, alors que de nombreuses traductions validées ont été réalisées de par le monde (avec le plus souvent une conservation de la structure du questionnaire).

Or la confirmation des qualités psychométriques d'un outil avant son utilisation clinique est indispensable et relève des compétences du psychologue. « L'expertise diagnostic requiert l'utilisation raisonnée d'outils dont la fiabilité repose sur des principes métrologiques maîtrisés » (Guillevic, Vautier, 2005). Il faut que le professionnel ait de bons éléments statistiques pour s'approcher au mieux de la réalité du patient.

Il s'agit donc de permettre d'éclairer les données obtenues par ces deux évaluations afin de s'approcher au mieux du fonctionnement psychique du sujet rencontré. On peut par exemple donner deux illustrations rencontrées dans notre clinique :

- La confrontation à la douleur chronique provoque des remaniements psychiques qui peuvent parfois déstabiliser l'équilibre des sujets entraînant eux-mêmes une

problématique douloureuse renforcée. Mme H, 50 ans, présente des affects dépressifs majeurs depuis la survenue de douleurs de plus en plus invalidantes dans le cadre d'une pathologie rhumatismale identifiée, limitant l'accès à son travail et l'entretien de son intérieur. Les antalgiques sont peu utilisés car perçus comme peu efficaces. Des troubles du sommeil sont présents, ainsi qu'un appétit modifié et une perte d'envie majeure. La réalisation de l'examen psychologique a permis de mettre en évidence un épuisement des défenses contre la douleur par la présence d'un biais cognitivo-comportemental de vécu catastrophique des douleurs, d'anticipation anxieuse de la douleur et d'une kinésiophobie, associée à une dépression modérée. La formulation de ces éléments ont permis à la patiente de comprendre l'impact de la dépression sur sa capacité à gérer les douleurs par l'émergence ou la co-existence de ce biais cognitivo-comportemental spécifique. Cela a permis de reprendre les différentes options thérapeutiques, initialement formulées par l'équipe, et d'explicitier à la patiente au regard de l'examen psychologique les intérêts et modalités de la prise en charge.

- La douleur chronique va parfois se cristalliser dans un fonctionnement psychique préexistant et va de fait être autorenforcé : Monsieur X, 45 ans, face à l'émergence d'une douleur chronique dans le cadre de plusieurs lumbagos sur 4 ans, décrit un changement de caractère, des difficultés face à la survenue des douleurs parfois importantes, une limitation des activités du fait de la recrudescence des douleurs associant troubles du sommeil et perte de motivation. Il présente depuis son adolescence un fonctionnement anxieux de type phobique qu'il avait jusque-là aménagé par la limitation des confrontations aux situations anxieuses (ascenseurs, pratique sportive importante, etc...). Sa problématique douloureuse le projette devant des éléments anxieux qu'il n'est plus en mesure d'éviter, renforçant ainsi l'anxiété quotidienne et situationnelle. Par l'évaluation psychométrique, on retrouve la triade cognitivo-comportementale (vécu catastrophique des douleurs, anticipation anxieuse de la douleur et kinésiophobie) mais également une problématique phobique importante, ancienne en lien avec le parcours du patient et une composante anxieuse familiale majeure. Une prise en charge associant une psychothérapie de la problématique phobique et une prise en charge de la douleur associant traitement

médicamenteux et réadaptation fonctionnelle a pu être explicité et positivement investie par le patient.

### *Restitution (patient, équipe)*

Enfin, pour ce qui est de la restitution et la synthèse de l'examen psychologique au sujet, la restitution est un moment privilégié d'où son importance. Cela nécessite un temps d'élaboration et de présentation suffisamment posé pour permettre au patient d'accéder aux hypothèses cliniques formulées par le psychologue à l'issue de cet examen. Cette transmission orale et le temps d'élaboration commune qui suit peuvent permettre de confirmer ou de refuser les éléments ainsi transmis. Ce temps d'élaboration, de confrontation parfois (notamment dans la clinique de la douleur chronique où les attentes sont souvent centrées sur le somatique) est un temps d'accompagnement également où semble se jouer, se parler, se construire des pistes de travail fondamentales sur la suite de la prise en charge. On retrouve ainsi une fonction didactique voir thérapeutique dans certains cas qui sera développé par la suite.

La question d'une trace écrite sera également à discuter et peut avoir un impact sur la démarche en cours. Il s'agira de retranscrire la démarche mise en place par le patient et de formuler des propositions thérapeutiques qui pourront permettre ensuite au patient de s'inscrire dans la démarche proposée et/ou de la reprendre le moment voulu. « Cette prise de conscience devient [alors] un repère sur lequel, par la suite, le sujet peut s'appuyer pour prendre des décisions éclairées qui conviennent à son engagement dans une démarche psychothérapeutique » (Castro, 2003a).

La restitution des résultats à l'équipe, en accord avec le patient et dans le cadre déontologique du psychologue, peut également avoir un sens pertinent pour favoriser une dynamique de changement, partagées par le patient et l'ensemble de l'équipe. Il s'agira d'une transmission globale des résultats et des propositions thérapeutiques et non une transmission chiffrée de l'évaluation psychométrique par exemple. L'élaboration d'un compte rendu peut permettre de réaliser cette fonction, tout comme la présentation lors des staffs ou réunion de synthèse.

## **Les différents niveaux d'intérêts de l'évaluation psychologique**

### *Pour les patients*

On peut supposer que l'examen psychologique tel qu'il vient de l'être proposé, permettra au patient d'en tirer plus de bénéfices et notamment une amélioration de sa situation, tant sur le plan du vécu des douleurs que sur le plan de la construction d'un équilibre satisfaisant. Nous pouvons par ailleurs nous attarder un instant sur les bénéfices de la réalisation d'un examen psychologique, notamment sur l'accessibilité du patient à son fonctionnement mental. En effet dans la transmission des éléments produits pendant l'examen et à travers celle-ci, le patient pourra confirmer des dimensions qu'il avait déjà perçues mais il pourra également avoir accès à d'autres dont il n'avait pas eu connaissance ou dont il n'avait pas remarqué leur impact. Il est important d'explicitier ces dimensions et de permettre au patient de se les approprier au fur et à mesure : les termes par exemple de kinésiophobie, catastrophisme, etc... étant souvent complexes à expliciter auprès du patient. Par exemple, le terme de kinésiophobie étant la peur du mouvement pouvant induire ou aggraver une blessure ou une douleur ou la peur de la douleur liée au mouvement, est souvent difficile à comprendre dans un premier temps. Il renvoie à une théorisation importante en douleur chronique (Modèle peur-évitement) et s'avère prégnant dans la clinique de la douleur (Vlaeyen, Crombez, 2009).

Par ailleurs, on perçoit ici l'effet thérapeutique pour le patient de la restitution de l'examen psychologique. Cette idée est fondamentale dans le modèle de l'évaluation psychothérapeutique (Finn, 2014). Castro (2014) énonce d'ailleurs que "dans [ce] modèle [...], la transmission des résultats au sujet est une forme d'intervention psychologique car tout au long du processus, le sujet est considéré comme un collaborateur actif, participant dynamique qui explore son style habituel de fonctionnement et qui découvre la perspective de nouvelles alternatives".

Il est courant dans notre pratique d'examen psychologique de percevoir le bénéfice, dès les prochaines consultations, de la réalisation d'une telle démarche. A titre d'illustration, Mme F, 45 ans, est confrontée à des douleurs importantes dans un contexte d'endométriose sévère et d'une problématique rachidienne (antécédent d'opération d'hernie discale) associée à une dépression sévère dans le cadre de troubles de la personnalité. Au décours de cette démarche, elle a pu accéder à la compréhension de la kinésiophobie et modifier au fur et à mesure son comportement face à la douleur.

Ainsi, l'examen psychologique et les informations que le patient tire de cette évaluation

rentrent également en compte dans l'alliance et l'engagement thérapeutique, notamment avec l'ensemble de l'équipe mais également en tant que première étape d'un parcours psychothérapeutique. Il nous semble alors essentiel, lorsque nous réalisons cet examen, que le patient s'engage pleinement dans ce processus, d'où la nécessité qu'il porte une certaine demande et de ce fait l'importance de l'entretien préliminaire précédemment cité. Cela permettra alors de

### *Pour le psychologue*

L'examen psychologique permet au psychologue d'accéder à différents niveaux du fonctionnement mental de l'individu, informations essentielles pour la suite de la prise en charge psychologique et somatique du sujet. Cela va alors permettre de définir un plan de traitement non médicamenteux, et spécifier la prise en charge en fonction des données et informations recueillies.

C'est ce que souligne Ravit (2013) en expliquant que : "dans la pratique clinique, l'examen psychologique permet une évaluation des registres de fonctionnement psychique dans une visée diagnostique et pronostique qui va conduire à proposer des modalités de prise en charge (sociale, thérapeutique, éducative)."

Enfin la pratique régulière des examens psychologiques permet également de mettre en évidence :

- les évolutions pour un sujet donné (ouvrant ainsi sur une confirmation du parcours de soins, une ré-orientation si nécessaire ou une adaptation du dispositif psychothérapeutique mis en place)
- l'émergence de questionnement pouvant alimenter la recherche et une meilleure compréhension des mécanismes en jeu, cette fois-ci au niveau des modèles théoriques et de leur application sur le terrain. Cette pratique se réalise en dehors de l'examen, dans un temps d'élaboration et/ou de recherche propre également à la fonction du psychologue.

### *Pour l'équipe pluridisciplinaire*

Le caractère pluridisciplinaire et pluriprofessionnel de la prise en charge d'un patient douloureux chronique est incontournable. Les avantages de l'évaluation psychologique pour l'équipe pluridisciplinaire rejoignent assez naturellement les avantages cités précédemment. Le psychologue, grâce aux informations recueillies suite à l'examen psychologique, pourra faire part

à l'équipe (tout en respectant le code de déontologie et avec l'accord du patient), de certaines informations, qu'il jugera nécessaire de partager pour une prise en charge globale et optimale. Ainsi, l'équipe pluridisciplinaire pourra également adapter sa prise en charge en fonction des données recueillies par le psychologue (par exemple : sur l'orientation des traitements ou des propositions thérapeutiques).

Cela pourra également servir de base pour suivre l'évolution sur le plan clinique dans la suite de sa prise en charge, en fonction notamment de l'évolution de la problématique, l'examen psychologique pouvant, dans certains cas, être réalisé à distance du premier.

## **Conclusion**

On perçoit donc à travers les différents niveaux d'intérêt, la pertinence de la réalisation d'un examen psychologique dans la clinique de la douleur chronique. Les enjeux se situent autour de la compréhension commune des mécanismes en jeu ; d'une compréhension partagée par l'équipe et le patient, permettant d'œuvrer à une alliance thérapeutique plus efficiente.

La difficile question de l'orientation ou la réorientation vers des professionnels du psychisme dans une optique de psychothérapie en est également facilitée. Compte tenu du faible temps de présence des psychologues dans les structures douleur, la psychothérapie auprès des patients douloureux chroniques reste marginale et doit souvent être « délocalisée » vers d'autres ressources. Cette étape est souvent délicate et source d'arrêt de prise en charge. L'examen psychologique pourrait être un outil intéressant pour le favoriser tant pour le patient que pour le professionnel qui travaillera avec lui par la suite, par l'élaboration et la matérialisation (écrite et orale) de la démarche en cours.

La pratique de l'examen psychologique requiert un temps certain, avec dans la clinique qui est la nôtre, un minimum de 3 entretiens. Les temps partiels souvent alloués aux psychologues dans les structures douleur questionnent la mise en place réelle de cette clinique.

Enfin, la pratique de l'examen psychologique fait également écho à une autre pratique appelée : évaluation thérapeutique. On retrouve beaucoup d'éléments communs et de différences qui pourront donner lieu à d'autres articles. Défini comme le fait que « les mêmes tests psychologiques traditionnels sont encore utilisés, mais les patients sont impliqués dans chaque étape de l'évaluation – du choix des objectifs, à l'interprétation des réponses et des données,



jusqu'à la mise en lumière des résultats à l'aide de leur contexte de vie. Les patients nous aident à identifier les directions à prendre, au terme de l'évaluation, et ils reprennent les retours écrits que nous leur transmettons pour y ajouter leurs commentaires et/ou leurs avis divergents. Les psychologues demeurent les professionnels des tests psychométriques, de la personnalité, de la psychopathologie et du fonctionnement cognitif, mais les patients sont reconnus comme les experts de leur vie et de leur propre histoire » (Finn, 2014).

Conflit d'intérêt : aucun

## Bibliographie

- Bachelart, M., Bioy, A. & Nègre, I. (2011). Place et fonctions du psychologue en structure douleur. *Douleurs*. 12(4), 189-195.
- Bénony, H. (2003). L'examen psychologique de l'adulte avec un handicap ou une maladie somatique. *Le carnet psy*. 82(5), 23-24.
- Bioy, A., & Fouques, D. (2008). *Psychologie clinique et psychopathologie*. Paris : Dunod.
- Brocq, H. (2005). Evaluation du vécu psychologique douloureux chez la personne présentant un handicap. *Douleurs*. 6 (HS1), 29-30.
- Castro, D. (2003a). L'examen psychologique de l'adulte : forme d'intervention brève au service du sujet. *Le carnet psy*. 82(5), 13-15.
- Castro, D. (2003b). Introduction. *Le carnet psy*. 82(5), 12-12.
- Castro, D. (2014). Introduction. *Le Journal des psychologues*. 323, 20-20.
- Code de déontologie des psychologues (1996), ratifié par AEPU - ANOP - SFP en Assemblée plénière à Paris le 22 Juin 1996.
- Dany, L., Roussel, P., Apostolidis, T., Carayon, S. & Blois, S. (2008). Douleur, stratégies d'ajustement et détresse psychologique. Analyse complémentaire sur la validité française du coping strategies questionnaire ; *Douleur et Analgésie*. 21(4), 227-234.

- Dany, L., Roussel, P., Carayon, S., Blois, S & Apostolidis, T. (2009). Adaptation et validation française de l'inventaire de croyances et perceptions associées à la douleur. *Pratiques psychologiques*. 13(3), 387- 404.
- Dickes, P., Tournoi, J., Flieller, A. & Kop, JL. (1994). *La psychométrie*. Paris : Presse Universitaire de France.
- Direction Générale de l'Organisation des Soins. (2011). 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.
- Direction Générale de l'Organisation des Soins. (2011). 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.
- Doron, R. & Parot, F. (2011). *Dictionnaire de psychologie*. Paris : Presse Universitaire de France.
- Finn, SE. (2014). L'Évaluation thérapeutique : genèse, efficacité et théorisation. *Le Journal des psychologues*. 323, 22-27.
- French, DJ. , Noel, M., Vigneau, F., French, JA., Chantal, P. & Evans, RT. (2005). L'Echelle de dramatisation face à la douleur PCS-CF Adaptation canadienne en langue française de l'échelle « Pain Catastrophizing Scale ». *Canadian journal of behavioural science*. 37(3), 181-192.
- Guillaumin, J. (1977). *La dynamique de l'examen psychologique*. Paris : Psychismes.
- Guillemont, C. (2003). Intérêt de l'examen psychologique de l'adulte dans le diagnostic de douleur. *Le carnet psy*. 82(5), 20-22.
- Guillemont, C. (2009). *Psychologie des affections somatiques: clinique de la douleur*. In: Castro, D. (dir) 9 études de cas en clinique adulte. Paris : Masson.
- Guillevic, C. Vautier, S. (2005). *Diagnostic et tests psychologiques*. Paris : Armand Colin.
- Herda, CA. Siegeris, K & Basler, HD. (1994). The pain beliefs and Perceptions Inventory : further evidence for a 4 factor structure. *Pain*. 57(1), 85-90.
- Irachabal, S., Koleck, M & Rasclé, N. & Bruchon-Schweitzer, M. (2008). Stratégies de coping des patients douloureux : adaptation française du coping strategies questionnaire. *Encéphale*. 34(1), 47-53.
- Ravit, M. (2013). *L'examen psychologique au fil des âges: du bébé au sujet âgé*. Paris : Armand

colin.

Roman, P. (2006). Les épreuves projectives dans l'examen psychologique. Paris : Dunod.

Rosenstiel, AK. & Keefe, FJ. (1983). The use of coping strategie in chronic low back pain patients : relation ship to patient characteristics and current ajustement, *Pain*. 17(1), 33-44.

Roussel, P., Carayon, S., Apostolidis, T., Dany, L. & Blois, S. (2010). Étalonnage de l'inventaire de croyances et perceptions associées à la douleur (ICPD). *Douleur et Analgésie*. 23 (4), 239-245.

Société Française d'Etude et de Traitement de la Douleur. (2013). La prise en considération de la dimension psychologique des patients douloureux. *Cahier de la SFETD*. 1.

Sullivan, M J L., Bishop, S R. & Pivik, J. (1995). The Pain Catastrophizing Scale: development and validation. *Psychological Assessment*. 7, 524–532.

Vlaeyen, JWS. & Crombez, G. (2009). La psychologie de la peur et la douleur. *Revue du Rhumatisme*. 76, 511-516.