Heinrich Brändli

Faut-il taxer le malade somatoforme de récalcitrant ou le considérer simplement comme créatif?

La prise en charge et l'accompagnement thérapeutique de patientes et de patients présentant des troubles douloureux somatoformes ou des troubles de somatisation associés à des troubles anxieux constituent des tâches fréquentes et exigeantes chez chaque médecin de premier recours. Une approche approfondie et empathique du patient permet tout d'abord de distinguer la *complexité de l'affection* et la *sévérité du préjudice* qu'il endure. Il est impensable de se faire une opinion sur ces deux questionnements sans d'abord faire appel à la médecine biopsychosociale et sans faire connaissance avec la personne malade et son histoire [1].

On utilise fréquemment le terme de «somatoforme» pour taxer des personnes comme étant faibles de caractère et pour leur imputer l'intention d'abuser des assurances sociales, comme s'il ne s'agissait que d'un problème individuel concernant le champ psychosocial et dont la faute incomberait au patient. Cette attitude dénie l'importance centrale du soutien social ou de l'indifférence.

On peut comprendre les troubles somatoformes du point de vue biopsychosocial à l'aide du modèle de vulnérabilité-stress. Les plaintes à caractère peu spécifique masquent souvent des maladies psychiques graves faisant suite à un vécu particulièrement lourd pendant l'enfance [2]. On observe également une altération de certains systèmes de rétrocontrôle neurobiologiques et neurohumoraux, qui peut à son tour entraîner un trouble, par ex. dans l'élaboration de la douleur. Il n'est pas rare qu'un syndrome douloureux chronique fasse irruption dans la vie d'un malade juste au moment où les stratégies de faire face (*coping*) s'effondrent.

La dépression et les troubles de la personnalité sont étroitement liés aux troubles somatoformes. Il est donc légitime de se demander, par exemple, si l'alexithymie, plutôt que d'être l'expression d'un trait de caractère congénital, n'est pas une tentative de se libérer de certaines expériences de la petite enfance impossibles à intégrer. Ce mécanisme de protection sert à l'auto-guérison et permet d'abaisser certaines tensions émotionnelles insupportables.

De même on peut considérer les maladies organiques comme un moyen créatif mis en œuvre pour amortir l'impact des blessures psychiques et pour neutraliser certains conflits inconscients [3].

Ces personnes devenues malades forment ainsi une alliance funeste avec le médecin: on ne parle que de la douleur et «l'indicible» reste confiné dans sa «boîte noire».

Par ailleurs, les tableaux cliniques somatoformes présentent une résistance au traitement bien supérieure à celle des troubles posttraumatiques complexes avec dissociation psychoforme. Lors du suivi, il s'agit souvent de protéger d'interventions inutiles des personnes très éprouvées par la souffrance, de les encourager à s'épanouir dans la vie et à améliorer leur intégration.

A cet égard, il faut avant tout construire une relation fiable entre médecin et patient. Par contre les traitements comportementaux cognitifs (TCC) fréquemment proposés par les experts, voire même la prescription d'un médicament de substitution ingénieux (par ex. la venlafaxine en lieu et place de la sertraline), sont en général inappropriés et ne forment rien d'autre qu'un désaveu du malade [4].

Mais ce qui rend le contexte d'expertise actuel encore plus insupportable, c'est la tonalité de mépris et de manque de respect fréquemment affichée à l'égard des patientes et des patients. Le fait de repousser les décisions d'assurance invalidité à plus tard année après année représente également une humiliation infligée à ces personnes.

En tant que médecin de famille, on peut s'interroger sur les contradictions auxquelles s'exposent certains collègues: d'une part ils signent des rapports contenant des allégations inconvenantes et disqualifiantes, et d'autre part ils prennent ou ont pris en charge des patients douloureux au cabinet médical. Les troubles somatoformes sont si répandus que chaque médecin a dû se trouver confronté au moins une fois à cette problématique. Avant de rejoindre le service médical régional (SMR), les médecins de l'AI ont eux aussi pris en charge des patientes et des patients psychosomatiques, que ce soit dans le cadre de leur formation ou en tant que médecins de premier recours. On fait croire à une attitude médicale objective alors que l'on ne fait qu'observer et mesurer un organisme de l'extérieur [1]. Cette attitude n'est pas justifiable par les principes scientifiques de la médecine humaine.

Dans la routine de la médecine clinique, il est rare de rencontrer un patient qui se plaigne exclusivement de douleurs nociceptives ou de douleurs neuropathiques. En règle générale, ces deux formes de douleur se mélangent au cours de l'évolution d'une maladie. Par analogie, chacun d'entre nous a déjà rencontré des patients asthmatiques présentant simultanément des symptômes de bronchospasme et d'hyperventilation. Les douleurs somatoformes peuvent également se manifester chez des patients cancéreux. A l'inverse, il faut se garder d'attribuer prématurément les exacerbations de douleurs des malades psychosomatiques à une cause psychogène ou fonctionnelle. Dans l'exercice de notre profession, il faut donc en général considérer conjointement la dimension objective et la dimension subjective de l'être humain.

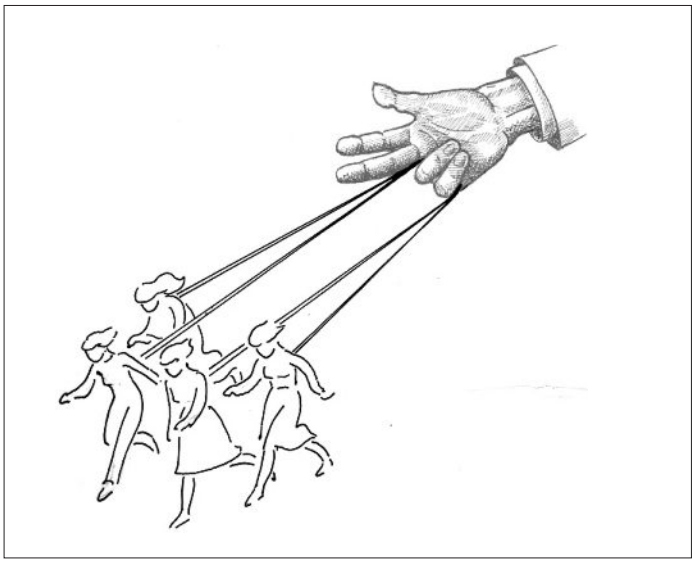

Figure 1
La main du cocher.

Le cas présenté ci-dessous se veut être une incitation à recentrer la problématique du trouble somatoforme au sein même de «l'organisme vivant».

Vignette clinique

Ressortissant espagnol de 53 ans avec un large sourire, père de trois filles nées en Suisse. Enfant, il a subi des violences physiques systématiques. Image de soi conservatrice avec accentuation narcissique; il réprime avec rigidité les tendances de sa famille à s'intégrer dans le pays d'accueil. Douleurs chroniques de la partie huméro-scapulaire droite, défaut postural avec contracture de l'annulaire et de l'auriculaire consécutif à une blessure, plusieurs réopérations sans succès. Quoique droitier, le patient salue de la main gauche afin de présenter une image de soi intacte. Ce n'est qu'après plusieurs années d'accompagnement et l'instauration d'une relation médecin-patient solide que le patient formule l'image qu'il a de lui-même, à savoir celle du cocher assis sur son siège et s'évertuant convulsivement à garder les rênes en main (fig. 1).

Après une exacerbation de douleurs inguinales bilatérales, en charge et au repos, on diagnostique un cancer du pancréas avec métastases osseuses chez ce patient. En dépit de la lourdeur du diagnostic, il sourit en désignant par d'amples mouvements des mains ses points douloureux situés sur les deux branches pubiennes, comme s'ils représentaient deux pivots inébranlables de son image de soi et de son image corporelle.

Conclusions

L'expérience avec les patients psychosomatiques complexes montre que les douleurs chroniques, les troubles psychiques et les modifications visibles de la personnalité sont liés. Il est fréquent que ces patients présentent une biographie traumatique chargée et/ou une expérience de liens aversifs.

Dans les troubles douloureux somatoformes ainsi que dans les affections somatiques, la biographie et le développement de la personnalité exercent une influence sur l'image de soi ultérieure et sur la vie organique de l'individu. Les problèmes vécus dans l'organisme se mêlent étroitement à des processus d'adaptation chargés de conflits et de contraintes. Seul un entretien empathique permettra de tirer au clair ces signes et signaux.

Il arrive souvent que les patientes et les patients communiquent par des manifestations de leur organisme. Ainsi, après avoir perdu son enfant, une mère ne pouvant exprimer son deuil par des mots cachait sa douleur sous un bandage dans le bras. Revivre ou éviter des réminiscences traumatiques peut entraîner directement des contractures musculaires [5]. Chez les victimes de violences, les réminiscences du danger émotionnel de se sentir livré à l'autre sans défense peuvent s'encoder dans le système sensori-moteur. On retrouve par exemple l'impuissance à repousser l'agresseur [6]. L'ambivalence et le sentiment de culpabilité chez la victime peuvent se refléter dans des crispations musculaires renforcées, en particulier si l'agresseur était un membre de la famille ou du cercle des connaissances.

Mes observations d'examinateur auprès de patients fibromyalgiques et de patients asymptomatiques avec expériences traumatiques m'ont conduit à remarquer un tonus complètement relâché de la musculature proximale des extrémités. L'examen clinique révèle l'encodage de la soumission/incapacité à se défendre. La seule confrontation de la patiente couchée avec la présence physique d'un examinateur en station debout peut déjà activer, dans l'inconscient de la patiente, son impuissance à se défendre.

Dans l'examen clinique nous retrouvons par conséquent la trace d'expériences lointaines des patientes et des patients.

Chez le patient présenté, le besoin convulsif d'exercer un contrôle sur sa famille se reflète dans la région huméro-scapulaire et la main du côté droit dominant. Les interventions opératoires répétées n'ont guère amélioré le trouble fonctionnel.

Le patient compense son handicap psychique et physique en recourant à une image de soi représentée par un cocher incapable de relâcher les rênes. La logique médicale et l'éducation thérapeutique comportementale ne le conduiront pas vers l'autonomie [7]. Au point de vue psychopathologique, le déplacement de l'accent narcissique de la personnalité vers une manifestation organique représente en somme un essai créatif d'auto-guérison à but homéostatique interne qu'il ne faut pas négliger. Les patientes et les patients douloureux font souvent l'objet d'intolérance sur leur lieu de travail primaire, et pourtant ils s'accrochent à leur poste de toute leur énergie. Il s'ensuit fréquemment un licenciement lors duquel les facteurs de maladie et les efforts volontaires du patient n'obtiennent aucune reconnaissance. La perte de l'intégration au travail est toutefois offensante pour le patient, et elle entraîne à son tour une péjoration des symptômes de maladie.

L'intérêt et l'empathie que nous portons au patient servent à contrer la mise en acte irréfléchie de sentiments destructeurs de contre-transfert tels que le rejet, la colère et le déplaisir. Nous sommes tous soumis au mécanisme du contre-transfert en raison de notre structure de personnalité [3]. Il s'agit cependant de faire appel au contre-transfert dans un but constructif et thérapeutique. Cela ne signifie pas encore que nous ayons atteint la guérison, mais simplement que nous nous trouvons dans une étape d'amélioration de la relation médecin-patient permettant d'accompagner sur son chemin de vie une personne tombée en maladie.

Références

1 Adler RH. Was ist ein Vertrauensarzt? Schweizerische Ärztezeitung. 2010;91:11.
2 Egloff N, von Känel R. Kommentar zu Faustregel 7. «Stöhnen beim Blutdruckmessen: Verdacht auf somatoforme Schmerzstörung». Praxis. 2010;99:26–8.
3 Beck D. Krankheit als Selbstheilung. Suhrkamp Taschenbuch 1985.
4 Guex P, et al. 6ème révision LAI: des conséquences délétères pour les patients psychiatriques? Schweizerische Ärztezeitung. 2009;90:51–2.
5 Ambulatorium für Folter- und Kriegsopfer (afk), Psychiatrische Poliklinik USZ, Culmannstrasse 8, 8091 Zürich. Schweizerisches Rotes Kreuz, Update 1/2009.
6 Nijenhuis ERS. Somatoforme Dissoziation. Junfermann Verlag 2008.
7 Schneider Weber M. Die Autonomie des psychosomatischen Patienten. Marianne Schneider Weber. Schweizerische Ärztezeitung. 2010;91:6.

Correspondance:
Dr Heinrich Brändli
Zieglerain 11
5000 Aarau
heinrich.braendli@hin.ch