

Traiter un trouble somatoforme douloureux ou penser des sens possibles de l'histoire récente ?

A. Saurer

Après avoir montré l'absence de différence significative entre trouble somatoforme douloureux, fibromyalgie et sinistrose, l'article aborde la «transformation psycho-somatique» d'un événement de vie. Suit une description des fonctionnements psychiques facilitant l'apparition de douleurs sans substrat somatique significatif. Sur le plan thérapeutique, il est insisté sur l'importance de l'historicisa-

tion et de la contextualisation de la plainte moyennant des interventions qui permettent de désenchevêtrer et de décondenser les pensées. Tout en montrant l'importance de l'approche psychosomatique, l'auteur insiste sur la place centrale de la prise en charge corporelle et sur la nécessité de tenir compte de la compréhension de la plainte par le patient.

Mots-clés :

- psychosomatique
- psychanalyse en médecine générale
- trouble somatoforme douloureux
- complexité

Treatment of a painful somatoform complaint or how to encourage a patient to think possible senses of his recent history

After deconstructing the lack of significant difference between painful somatoform complaints, fibromyalgia and sinistrose, the article describes the psychosomatic transformation of a life event. An important place is given to the analysis of psychic mechanisms leading to pain that has no clear somatic importance. From a therapeutic perspective, we stress the importance of historicisation and contextualisation of the complaints with interventions which permit the unravelling and the decondensation of thoughts. While showing the importance of a psychosomatic approach, the author stresses the central role of taking charge of corporal ailments and the necessity of taking in to consideration the patient's understanding of his complaint.

Med Hyg 2004 ; 62 : 721-4

Trouble somatoforme douloureux et fibromyalgie : des diagnostics différents ou un symptôme ?

Il est utile de se pencher sur quelques définitions pour éviter aussi bien des confusions que de fausses différences. Le *trouble somatoforme douloureux* est défini par la CIM 10 (F.45.4) – une classification consacrée aux troubles psychiatriques – comme «une douleur intense et persistante... non expliquée entièrement par un processus physiologique ou un trouble physique et survenant dans un contexte de conflits émotionnels et des problèmes psychosociaux...». En ce qui concerne la *fibromyalgie*, l'American College of Rheumatology retient ce diagnostic en présence d'une anamnèse de douleurs depuis plus de trois mois et d'un status montrant onze points douloureux sur dix-huit lors de la palpation digitale avec une pression de 4 kg.¹ Certains auteurs estiment que le *syndrome de fatigue chronique*, qui, à côté de la fatigue, contient également des plaintes douloureuses, fait partie du même tableau clinique.² Enfin, il y a la *simulation et l'exagération* qui selon le DSM-IV sont «des productions intentionnelles de symptômes physiques ou psychologiques inauthentiques ou grossièrement exagérés, motivés par des incitations extérieures telles qu'éviter les obligations militaires, éviter de travailler...». La simulation est un diagnostic rare et parfois il est davantage le reflet de la contre-attitude du médecin que de la pathologie du patient. On a quelquefois l'impression que les rhumatologues parlent de fibromyalgie, les psychiatres de trouble somatoforme douloureux, les infectiologues de fatigue chronique et les médecins d'assurances de simulations ou de sinistres mais qu'il s'agit en fait d'*affections similaires*. Leur spécificité découle donc davantage du fait qu'elles sont regardées avec des grilles de lecture différentes

que du fait qu'elles soient le reflet de pathologies fondamentalement différentes. Ces définitions constituent donc plutôt des descriptions cliniques et symptomatiques que des diagnostics nosographiques insérés dans une théorie psycho- ou physiopathologique. Par conséquent, je propose de retenir le terme de *douleur sans substrat somatique significatif*. Ces plaintes font partie du vaste groupe des symptômes médicaux inexpliqués (SMI).³ En accordant du poids à un symptôme sans substrat somatique significatif, nous quittons évidemment la médecine dite «objective». Nous restons cependant dans le champ de la médecine officielle car l'International Association for Study of the Pain définit la douleur comme «une sensation désagréable... en réponse à une atteinte réelle ou potentielle ou décrite en ces termes».

En nous trouvant dans un champ éminemment subjectif, la relation médecin-patient joue un rôle important et la question de l'exagération se pose très souvent, surtout quand la douleur s'accompagne d'un arrêt de travail de longue durée. Dans une telle situation, il peut être utile de faire appel au *postulat de sincérité*.⁴ Ce postulat peut évidemment être révisé si les indices du doute se renforcent. Il faut cependant se rappeler qu'on n'obtient pratiquement jamais de preuves irréfutables permettant d'affirmer que le patient simule ou exagère et qu'on peut se tromper malgré le caractère pertinent de nos indices.

Comment peut-on penser la «transformation psychosomatique» d'un événement de vie en une douleur corporelle ?

Nous connaissons tous des patients avec des douleurs sans explication somatique satisfaisante qui résistent à tout traitement et

chez qui on subodore une problématique psychique, généralement en relation avec un événement de vie que le patient a tendance à banaliser. Comment peut-on penser l'articulation entre événement de vie et vécu corporel au moyen du modèle psychanalytique ?

D'une manière très générale, on peut dire que la «transformation» d'un événement de vie en une douleur corporelle, ce passage «psycho-somatique», reflète la *difficulté de vivre psychiquement un tel événement*, un événement qui «apparaît» alors sous forme d'un *vécu corporel*. Ces patients ont de la peine à insérer un événement perçu (constat) dans leur monde associatif (pensées) et émotionnel (sentiments) – ils présentent des troubles de la mentalisation^{5,6} – pour le vivre psychiquement avec toute son intensité, ses contradictions et sa polysémie. Le patient ne peut ni contextualiser, ni historiser l'événement et a tendance à l'enkyster. Il est alors banalisé, devient ordinaire et perd le peu de signification psychique qu'il avait encore initialement. Cela n'empêche cependant pas l'événement de faire un «travail en profondeur» comme un corps étranger invisible à la surface et «apparaître» sous forme d'une douleur.

Y a-t-il des terrains psychiques qui favorisent une telle transformation ?

Ce n'est généralement pas n'importe quelle personne qui développe un trouble somatoforme douloureux. L'apparition de ce genre de plainte est favorisée par un *certain type de fonctionnement psychique*. Il s'agit généralement de personnes avec un *caractère fort en apparence*. Cette carapace cache cependant une grande fragilité psychique qui explique la difficulté pour ces personnes à supporter des frustrations et à «digérer» psychiquement des événements de vie.

Le mode de fonctionnement sous-jacent (mécanismes de défense) se caractérise par une tendance à fonctionner avec une *vision «noir-blanc» des événements* (clivage), à avoir un grand besoin de *maîtrise* et à voir la *faute chez les autres* (projection). Ces mécanismes font partie du mode de fonctionnement habituel de ces personnes et se voient accentués en cas de *séparation* et de *deuil*. La séparation concerne aussi bien la perte d'une personne proche que l'atteinte à l'intégrité corporelle et fonctionnelle du sujet lui-même. Un tel fonctionnement peut être mis en relation avec des troubles lors des processus de séparation pendant la première année de vie.

Ce fonctionnement fait que la perception d'un événement est homogène et d'une *intensité explosive* telle que ces personnes mobilisent, inconsciemment, toute leur énergie psychique pour *réprimer* la charge émotionnelle, pour banaliser et finalement «enkyster» l'événement.

Etant devenu un événement banal, ces patients ont de la peine à le penser et à en parler. Les excitations internes ne sont cependant pas diminuées pour autant et elles débordent dans le soma sous forme de troubles fonctionnels, voire de maladies somatiques.

Le contexte et l'histoire de l'événement

La tendance à la somatisation dépend donc de la capacité à «digérer psychiquement» un événement. Cependant, cette «capacité de digestion» dépend non seulement du *fonctionnement psychique habituel* et du degré de *gravité objective du traumatisme* mais aussi d'autres facteurs.

Ainsi, l'état psychique du patient au moment où survient l'événement en question joue un rôle important. Un patient préoccupé, angoissé ou stressé pour des raisons familiales ou professionnelles vit un accident ou un autre événement désagréable bien plus dramatiquement que si cet événement était survenu à un moment plus calme de sa vie. Il y a également la compréhension et le soutien que le patient reçoit ou ne reçoit pas de la part de son entourage familial, social et médical. Enfin, il n'est pas indifférent si un événement, un conflit ou un accident s'insèrent dans une dynamique répétitive. Les répercussions psychiques d'un événement sont donc influencées aussi bien par le *contexte* dans lequel il survient que par *l'histoire* dans laquelle cet événement s'insère.

Quel traitement peut-on proposer en début d'affection ?

Même s'il s'agit généralement d'une affection chronique dont l'évolution va en s'aggravant, la problématique psychique ne s'installe pas progressivement pour apparaître seulement après quelques mois d'évolution. La *problématique psychique*, accompagnant les facteurs somatiques, est *présente dès la première consultation*.

Pour saisir la possible problématique psychique, le médecin de premier recours doit avoir à l'esprit *lors de chaque consultation des organisateurs et les repères de lecture psychosomatique*. Evidemment, selon l'importance de la problématique psychique subodorée, une place plus ou moins importante sera accordée à cette lecture psychosomatique.

Les repères et organisateurs de lecture psychosomatique ont pour but de favoriser un travail de *contextualisation et d'historicisation de la plainte*. Il s'agit d'intéresser le patient à son histoire et de lui faire comprendre qu'elle n'est pas banale, qu'elle mérite d'être racontée. Il ne s'agit pas de faire une anamnèse, de remplir un

questionnaire ou une grille et encore moins d'appliquer des guidelines mais d'être à l'écoute d'une ébauche d'un sentiment, d'une hésitation, d'un fait un peu surprenant, d'une lacune ou encore d'une contradiction. Avec notre questionnement nous essayons de *toucher le patient*, de *provoquer des vaguelettes* ou encore de le *surprendre* par quelque chose qu'il n'a pas vu. Son récit est souvent d'une causalité irréprochable, sans la moindre faille et lisse comme une *pelote de laine parfaitement bien arrangée*. Dans de telles situations, il est utile de *tirer un peu les fils de la pelote de laine qui la dépassent* – il y en a toujours – pour rendre ainsi la surface moins lisse et pour commencer à former une petite couche d'aspérités et d'irrégularités, une structure bien plus conforme à la complexité de la vie réelle qu'une surface lisse ou un récit mono-causal. Il faut aider le patient à creuser et à complexifier ses sentiments et ses pensées. Il y a un travail de *désenchevêtrement et de décondensation de pensées* trop serrées à faire. Le fait de *vivre ses sentiments*, de penser des sens – qui sont toujours polysémiques et constituent tout autre chose qu'un récit factuel – est un travail éminemment thérapeutique car il offre au patient un écoulement à ses tensions et autres excitations internes. Une telle approche demande qu'on arrive à s'intéresser au patient en tant que personne, qu'on ait envie d'entrer dans sa vie et qu'on soit prêt à faire un long et souvent laborieux travail de «sédution».

Une telle démarche demande du temps, raison pour laquelle il peut être utile de proposer au patient 3-4 rendez-vous en les motivant par notre difficulté à comprendre l'origine de sa plainte et avec l'espoir d'arriver à mieux comprendre ce qui se passe en lui.

Ne pas oublier le corps

Cependant, il est capital de garder à l'esprit que la plainte du patient se manifeste dans son corps. *Une prise en compte de sa plainte corporelle, y compris l'investigation somatique et le traitement corporel, est donc essentielle*. L'approche corporelle, à côté de sa fonction somatique, permet également au patient de vivre une expérience psycho-corporelle, une expérience qui est probablement d'autant plus importante chez les patients souffrant de douleurs sans substrat somatique significatif qu'on peut imaginer que quelque chose ne se soit pas très bien mis en place lors de la toute première relation mère-enfant. C'est un peu comme si cette approche permettait au patient de revivre une expérience précoce (première année) basée sur une relation qui est d'ordre perceptif et corporel, tout d'abord sous forme d'un partage de sensations corporelles et par la suite moyennant un accordage affectif et émotionnel.⁷ Par conséquent, la prise en charge corporelle par le

médecin doit être faite avec «cœur» pour qu'elle puisse constituer une *expérience psycho-corporelle permettant un réinvestissement corporel différent et moins pathologique*. Il faut donc éviter que l'approche corporelle ne soit qu'une simple démarche somatique. L'approche corporelle prend parfois plusieurs années avant que le champ d'échange avec le patient ne puisse s'élargir. C'est probablement cette association entre approche corporelle avec «cœur» et ouverture à une lecture psychosomatique qui fait qu'il est tellement difficile d'insérer l'approche psychosomatique dans la pratique de la médecine de premier recours.

Il est capital que notre projet thérapeutique s'insère dans le vécu du patient, dans sa compréhension et sa «théorie»⁸ qui, dans un premier temps – un premier temps qui peut donc durer plusieurs années – est souvent corporelle et non pas psychosomatique et encore moins psychique. Il s'agit de faire avec lui un lent voyage à petits pas en commençant par réaliser une expérience corporelle nouvelle. L'approche avec les repères de lecture psychosomatique doit donc être capable d'intégrer la «théorie» du patient avec sa compréhension et son vécu.

Que peut-on offrir aux patients souffrant d'une douleur chronique ?

Si le patient n'arrive pas à faire ce «travail de digestion psychique», *l'événement perçu – mais ni pensé ni vécu – s'enkyste* et s'enfonce de plus en plus comme un corps étranger pour devenir pratiquement immobilisable tout en continuant à faire mal, à provoquer des positions «vicieuses» et à évoluer souvent vers la chronicité et l'invalidité. Après six mois d'évolution, à peine un quart des patients souffrant d'un trouble somatoforme douloureux retourne au travail. Après une année d'évolution, pratiquement plus personne souffrant d'une douleur sans substrat somatique significatif ne retourne au travail!⁹

Par rapport à la douleur aiguë sans substrat somatique significatif, la douleur chronique se caractérise par le fait qu'elle n'est plus un simple symptôme mais qu'elle est devenue un élément *central de l'identité du patient*. La «douleur-symptôme», signal d'alarme, est remplacée par la «douleur-syndrome».¹⁰ Si le déclenchement de la douleur dépend de la gravité de l'atteinte somatique et de l'importance de la blessure du fonctionnement psychique du patient, son maintien dépend, certes, de l'importance de la blessure psychique et somatique initiale mais aussi de la *réponse apportée par l'entourage* affectif, familial, socioprofessionnel et médical ainsi que des *bénéfices primaires et secondaires*, souvent inconscients, d'ordre familial et asséculolo-

Bibliographie

- 1 Wolf F, Smythe HA, Yunus MB, et al. Classification of fibromyalgia. *Arthritis Rheum* 1990; 33: 160-72.
- 2 Pfister JA. Fibromyalgie, trouble somatoforme douloureux, syndrome de fatigue chronique – quels repères médicaux, humains, asséculologiques. *Rev Med Suisse Romande* 2003; 123: 650-9.
- 3 Luthy C, Allaz A-F, et al. Symptômes médicaux inexplicables en médecine interne. *Med Hyg* 2003; 61: 918-22.
- 4 Vanotti M, Célis-Gennart M. Les malentendus du diagnostic du trouble somatoforme douloureux. *Rev Med Suisse Romande* 1998; 118: 173-83.

- 5 Marty P. *La psychosomatique de l'adulte. Paris: Que sais-je? 1850; PUF; 1990.*
- 6 Marty P, Nicolaidis N. *Psychosomatique. Le Bouscat: L'esprit du Temps; 1996.*
- 7 Roussillon R. *Séparation et chorégraphie de la rencontre, dans La séparation sous la direction d'A. Barbier. Ramonville: Erès, 2002.*
- 8 Main C J, et al. *Musculoskeletal pain. BMJ 2002; 325: 534-37.*
- 9 Frank JW, et al. *Occupational back pain – an unhelpful polemic. Scand J Work Environ Health 1995; 21: 3-14.*
- 10 Allaz A-F. *La plainte douloureuse chronique dans le système médical; thèse de privat-docent à la Faculté de Médecine de Genève; 1998.*
- 11 Gédance D. *L'abord psychanalytique de la dépression. Med Hyg 2003; 61: 2407-10.*

Remerciements

Je tiens à remercier mes collègues du Groupe médical des Grottes, les Drs Davoine, Godinat et Petite, des discussions enrichissantes que j'ai pu avoir avec eux au sujet de la problématique de cet article.

Adresse de l'auteur:

Dr Andreas Saurer
FMH Médecine interne –
médecine psychosomatique
Groupe médical des Grottes
23, Louis Favre
1201 Genève
saurerandreas@bluewin.ch

gique que cette affection peut procurer au patient. La douleur est pour le patient un puissant moyen de communication qu'il adresse à l'ensemble de son entourage, y compris au médecin.

Sur le plan thérapeutique, la technique est la même que celle utilisée en début d'affection. Il est cependant illusoire de penser que cette démarche supprimera la douleur. Elle permet au patient – si tout va bien et seulement très progressivement – de se décentrer par rapport à la douleur et de trouver un espace de liberté de penser plus grand. Il s'agit de l'aider à ne pas parler uniquement de sa douleur, de la vivre un peu moins mal et de retrouver dans sa vie d'autres centres d'intérêts. Comme chez les patients dépressifs, il s'agit de les aider à *retrouver un peu de sens à leur vie et du plaisir à vivre*.¹¹

Ainsi, il arrive que les consultations s'espacent, que la pression pour des investigations radiologiques, souvent aussi coûteuses qu'inutiles et iatrogènes, s'amenuise, que la prescription médicamenteuse ne prenne finalement plus que quelques minutes et qu'on puisse parler des enfants, de son pays d'origine, des problèmes dans le monde et des choses de la vie en général.

Ce travail relationnel est une activité extrêmement fine et difficile à mener. Il est facilité par un travail sur ses propres émotions, une démarche qui peut s'apprendre dans le cadre de supervisions, de groupes Balint ou d'une psychanalyse personnelle.

Faut-il transférer ce genre de patients aux psychothérapeutes?

Le patient ne le demande que rarement. Rappelons qu'il est venu voir un médecin de premier recours en raison d'une souffrance corporelle, d'une douleur vécue dans et avec le corps. Ce n'est pas le caractère fondamentalement psychosomatique de la plainte douloureuse et notre conviction de l'importance de l'origine psychique de cette douleur qui permet de la transformer pour le patient en une souffrance psychique. Nous devons tenir compte et partir de la «théorie» du patient. Si le patient exprime la demande et fait réellement sien la proposition d'aller voir un psychothérapeute, il s'agit évidemment de l'encourager à aller dans ce sens. Cependant, ce serait *une erreur de l'envoyer à un psychothérapeute* uniquement à cause de la problématique psychique et du fait que les plaintes, qui sont en relation avec une problématique psychique, ne seraient pas du ressort du médecin de premier recours.

Rappelons aussi que faire un travail psychothérapeutique peut constituer une atteinte narcissique. Cela signifie qu'on n'est plus en mesure de se débrouiller seul. Ce qui est valable pour nous, l'est tout autant pour les patients. Admettre d'avoir des difficultés justifiant une demande d'aide psychique constitue une toute autre atteinte de son identité humaine que de souffrir d'une HTA, d'un diabète insulino-dépendant ou d'une maladie asthmatique. ■

QCM D'AUTOÉVALUATION

(Suite de la page 696)

Les réponses se trouvent à la page 735

- **Glycoprotéine P: un transporteur de médicaments à ne pas négliger**
(voir article p. 704)
- 4. Un patient est mis sous digoxine pour une insuffisance cardiaque. Son traitement est bien toléré. Se sentant d'humeur dépressive, il s'automédique avec une préparation à base de millepertuis. Il fait alors une décompensation cardiaque, on mesure sa digoxinémie qui se révèle être en dessous des valeurs thérapeutiques. Parmi les affirmations suivantes, lesquelles sont correctes ?
 - A. La P-gp est un transporteur important dans le processus d'absorption de certains médicaments à partir du tractus gastro-intestinal et est impliqué dans le transport de la digoxine
 - B. La P-gp ne transporte que les médicaments anticancéreux
 - C. Cet effet est dû à une mauvaise observance médicamenteuse et indépendant du millepertuis
 - D. L'induction de la P-gp par le millepertuis favorise l'inefficacité de la digoxine par diminution des concentrations plasmatiques de digoxine
- **Mesure de la concentration des médicaments psychotropes à l'ère de la pharmacogénétique**
(voir article p. 693)
- 5. Demander un génotypage des enzymes hépatiques du cytochrome P450 permet:
 - A. D'exclure une intoxication médicamenteuse
 - B. D'évaluer une non-compliance du patient
 - C. De choisir la posologie initiale
 - D. D'exclure une hépatite C