

La plainte fonctionnelle

G. Ostermann

Professeur de Thérapeutique, Psychothérapeute-Analyste, Médecine Interne, Bordeaux

Résumé Les patients dits «fonctionnels» ou «anorganiques» sont ceux dont les troubles somatiques expriment une agression psychologique ou un désordre émotionnel; il est courant de voir comment un organe ou une fonction peuvent réagir électivement à une situation de stress et comment certains états d'anxiété sont susceptibles d'engendrer des troubles somatiques (digestifs ou sphinctériens, par exemple). Il est souvent possible de dégager avec le patient une relation de cause (psychologique) à effet (organique) tout en sachant que cette mise en évidence est de peu d'effet thérapeutique et que ce dernier ne peut résulter que d'un travail sur l'agression psychologique de départ.

Mots-clés: Patients fonctionnels, psychologie.

Summary Patients are defined as functional or anorganic, when their somatic disorders express psychological aggressions or emotional disturbances. It is often noticed that an organ or a function can react electively to a situation of stress, and that some states of anxiety are able to generate situation of stress, and that some states of anxiety are able to generate somatic (e.g. digestive or sphincterian) disorders. It is often possible to find, together with the patient, a relationship of of (psychological) cause and (organic) effect, always bearing in mind that underscoring such a relationship has little therapeutic effect. That can be achieved only by working on the original psychological aggression.

Key-words: Fonctional patients, psychogenic pain.

«La plus atroce offense que l'on puisse faire à un homme, c'est de nier qu'il souffre.»

Cesare Pavese, *Le Métier de vivre*

Les patients dits « fonctionnels » sont ceux pour lesquels aucune lésion organique n'a été trouvée, malgré un bilan étiologique attentif.

La notion même de douleurs psycho-fonctionnelles ou algies psychogéniques, comme on voudra, est issue du clivage entre psyché et soma.

Les dangers du clivage psyché – soma

Avec *Patrice Queneau* (7), nous avons écrit que la douleur est 100% psychique et 100% physique, manière un peu provocatrice pour dire que la douleur est par définition psychosomatique, quelle qu'en soit la cause, du cancer à la céphalée de tension. La douleur, ce phénomène sensoriel complexe, subjectif par essence même, est toujours filtrée par les multiples contrôles du système nerveux central.

Nous savons que nulle objectivation neurophysiologique ou neurochimique n'a jamais permis de juger de l'intensité de la douleur ni d'en évaluer l'organicité. Il est illusoire de tracer une frontière étanche entre douleurs psychogènes, c'est-à-dire des douleurs engendrées par le psychisme et perçues au niveau du corps, et douleurs

dites organiques. Dire: « c'est fonctionnel ! » est pourtant, on le sait, une manière de dire: « c'est psy, c'est dans la tête », et le plus souvent, cela procède d'un diagnostic d'élimination. Mais il faut le reconnaître: quand on a dit « psy », on n'a rien dit, et même bien souvent, celui ou celle qui éprouve cette souffrance, car il y a bien souffrance, est comme un « ballon que l'on passe et qu'on se repasse jusqu'à ce qu'on le mette en touche ».

Le clivage entre psyché et soma favorise une moindre attention à la réalité de la souffrance sous-jacente, et ces patients sont volontiers taxés de malades imaginaires, d'hystériques et pire encore, de simulateurs.

On sait aujourd'hui combien de troubles antérieurement considérés comme psychogènes peuvent s'avérer avoir une raison neurophysiologique avec l'évolution du savoir médical. Ainsi par exemple, dans les acouphènes considérés très longtemps comme purement fonctionnels et souvent, il est vrai, déclenchés par des événements « stressseurs » comme un divorce par exemple, on a trouvé des soubassements organiques à savoir des équivalents épileptoïdes comme dans la névralgie faciale.

Surtout ce dualisme peut induire des attitudes inappropriées, mal interprétées par le patient, qui y voit le reflet d'une incompréhension ou pire d'un rejet de la part de son médecin, ceci en raison de la pauvreté des signes objectifs, tant il est vrai que, selon le modèle médical actuel, le malade doit continuellement justifier de la réalité de sa maladie, de même qu'il doit fournir la preuve qu'il obéit aux consignes thérapeutiques données. En d'autres termes, il doit faire la preuve de sa bonne foi !

Le temps qui passe joue d'ailleurs contre le patient qui, faute d'avoir été entendu à temps, risque de rater son

Correspondance: Gérard Ostermann, Professeur de Thérapeutique, Psychothérapeute-Analyste, Médecine Interne, 139, rue Lecocq, F-33000 Bordeaux.

Texte présenté lors du Congrès SFD-SOFRED des 15-17 juin 2000.

« examen de passage somatique ». Alors, dans sa quête désespérée d'une solution, après avoir consulté de nombreux médecins inopérants (parce que ne l'ayant pas entendu au niveau réel de la plainte), le malade est devenu comme un objet que l'on passe et se repasse entre médecins jusqu'à devenir parfois un véritable « apatride » de la médecine.

La dramatisation de l'algie, la présentation anxieuse ou revendicatrice ne font que traduire une demande de prise en charge non satisfaisante jusqu'à présent.

Ici s'instaure une relation de dépendance archaïque, tantôt nécessaire, tantôt dangereuse. Ici, l'expression de *Michaël Balint*: « le médecin se prescrit lui-même » prend toute sa valeur. Ici l'hyper ou la non observance médicamenteuse signe la nature de la relation.

Dans le même temps, il faut bien reconnaître que l'algie psychogénique est le cauchemar du médecin.

C'est un cauchemar, parce qu'il y a en quelque sorte « brouillage du savoir ». Il y a en effet la double crainte : celle de passer à côté de quelque chose de lésionnel et celle, opposée, de sortir du système de « l'Ordre Médical » comme dirait *J. Clavreul*, crainte qui incite à multiplier et à renouveler les examens, qui pousse à s'accrocher au moindre symptôme valable. Le médecin, déçu de son échec thérapeutique et progressivement agacé par l'agressivité et l'inertie de son malade, est souvent tenté de s'ériger en juge critique. La relation thérapeutique se pervertit insensiblement, avec durcissement des positions entre un médecin de moins en moins efficace qui finit par douter de la bonne foi de son patient (« malade imaginaire ») et un malade plus ou moins rejeté qui finit par douter de la bonne volonté, voire de la compétence de son médecin (« médecin malgré lui »).

La pérennisation de ces algies finit alors par apparaître comme entretenue par une maladie de la relation thérapeutique, véritable « système en miroir » dominé de part et d'autre par l'impuissance et l'agressivité. Le symptôme douleur (« j'ai mal ») s'adresse à l'entourage et apparaît d'autant mieux supporté à partir du moment où son contenu latent, c'est-à-dire la souffrance psychologique qu'il traduit « j'ai mal d'être » est reçu et entendu.

Cette souffrance est bien sûr du côté de l'imaginaire, c'est-à-dire de quelque chose qui est « bloquée » dans l'imaginaire, mais cela n'en fait pas pour autant des malades imaginaires.

Dans le rapport *Béraud* (1) en 1992 à la demande de la Caisse d'Assurance Maladie et que l'on cite toujours dans les débats de Santé Publique, il y est dit que les troubles fonctionnels composés principalement de douleurs abdominales, de rachialgies, de céphalées, constituent près de 50% des consultations des médecins généralistes. Pour le Professeur *Béraud*, ces symptômes ne seraient qu'une manière, pour les enfants comme pour les adultes, d'être au monde.

Ce chiffre est considérable, et le trouble fonctionnel constitue la plainte la plus fréquente en médecine. « Il s'agit heureusement d'une morbidité sans gravité », dirait-on. En effet, elle n'a qu'exceptionnellement une conséquence létale. Mais le mal-être qu'elle provoque, les investigations ou interprétations qu'elle suscite dont certaines ne sont pas exemptes de danger les répercussions existentielles, professionnelles et familiales qu'elles entraînent, sans oublier les coûts matériels, ne peuvent être considérés comme bénins.

On affirme volontiers que le trouble fonctionnel ne devient jamais organique, vérité toute relative, car pour prendre un exemple en matière d'ulcère de l'estomac,

quand un sujet a une muqueuse gastrique génétiquement, constitutionnellement à risque, à force d'avoir des libérations d'acide, on peut aisément supposer que cela finisse par « faire des trous » !

Entre médecine et psychiatrie, le terme même de psycho-fonctionnel est à la fois un terme galvaudé et inclassable. La médecine le rejette et la psychiatrie le suspecte. La psychopathologie il est vrai, ne l'a prévu que comme un phénomène bâtard, rattaché tantôt à l'hystérie, tantôt à la folie.

Aurait-il sa place en médecine psychosomatique ? Certes non, puisqu'en rigueur de termes, des auteurs tels *Bonfils* et *Lambling* (2) le séparent de ce que l'on appelle les maladies psychosomatiques, celles qui comportent une lésion et qui sont liées à des traits de personnalité et à une structure psychosomatique telle qu'elle a pu être développée ensuite par l'École de Paris.

Un article célèbre de *Sandor Ferenczi* écrit en 1921 et cité par *Michel Sapir* (10), permet d'entrevoir ce que l'on nomme aujourd'hui « les troubles fonctionnels ». *Ferenczi* écrit : « Il n'existe pas à mon avis de phénomène fonctionnel sans parallèle matériel, c'est-à-dire sans référence à des représentations d'objet... D'autre part, il n'existe peut-être pas non plus de phénomène psychique « matériel » auquel ne s'ajouterait quelques traces mnésiques, même faibles, de la perception de soi qui l'accompagnent.

De grandes batailles sont ouvertes entre rationalistes et spiritualistes, entre neurophysiologistes et psychanalystes, combat de peu de portée en clinique quotidienne. Aller du soma à la psyché, de la sensation à la perception, de l'émotion à la représentation, sont certes des démarches très diverses, mais dont le support reste le même, à savoir le corps. Il faut une conception moniste du biologique fondamental au psychique le plus élaboré. De quel corps parle-t-on ?

L'acte même de connaître n'est pas le fait d'une intelligence coupée du corps. L'image inconsciente du corps est la synthèse vivante de nos expériences émotionnelles. L'expérience des sensations est individuelle et collective. L'histoire du corps d'un sujet est liée à son histoire affective, familiale, sociale et culturelle. On n'a pas de mal à imaginer que le bébé emmailloté du Moyen Age ne vivait pas la même expérience corporelle que le bébé nageur.

Le corps propre ne peut se réduire au réel parce qu'il médiatise tout un monde de l'imaginaire.

Le problème de la genèse du corps imaginaire doit être posé en termes de degrés de différenciation par rapport à la mère. Parce que la création de la mère interne trouve son origine dans la séparation, l'absence et la désillusion, un contexte relationnel sécurisant est indispensable pour que se déploie à travers toute la sensori-motricité, un processus projectif du bébé qui découpe un dedans et un dehors, un soi et un non soi, avant d'introduire la dimension de proximité et d'éloignement.

A partir du stade du miroir, le corps et sa structure libidinale entrent dans ce que l'on appelle le corps imaginaire. L'identification par l'image dans le miroir entraîne l'unification. On sait avec *Lacan* que le Moi est constitué comme un autre. D'abord « comme » un autre, puis différent de l'autre. Le stade du miroir permet de vérifier l'acquisition d'un espace entre le Moi et l'objet par le biais de la troisième dimension : la profondeur. L'activité imaginative englobe dès lors l'activité perceptive.

Le corps imaginaire est constitué, qui sera ensuite interrogé dans le miroir ou dans le regard de l'autre ou dans la démarche projective qui est faite à partir du corps réel soit dans le sens d'une satisfaction « narcissique » ,

soit dans la quête de l'objet. Ces deux démarches sont souvent confondues.

On est déjà là dans le corps érotisé, où l'enfant est à la fois sujet et objet. L'objet maternel est assimilé au corps propre que l'enfant peut faire apparaître et disparaître devant lui. Il est la source lorsqu'il disparaît, de l'auto-érotisme.

À travers les stimulations agréables ou désagréables, le corps progressivement organise un dialogue tonique (*Ajuriaguerra*) entre le sujet et l'objet, véritable communication affective avec l'hypertonie d'appel de l'objet et l'hypotonie de soulagement, détente, satisfaction. Là encore, le psychoaffectif va s'étayer sur une fonction corporelle.

Si la fonction imaginaire prend le pas sur le réel, on peut voir apparaître des manifestations hystériques. Dans l'hystérie, le corps a le même statut que dans le rêve, et les symptômes ont le même niveau de sens qu'un symbole du rêve. L'hystérie est une somatisation de l'imaginaire. Si au contraire, le réel prend le pas sur l'imaginaire, la fonction tonique, réelle prend le devant de la scène symptomatique.

Il ne faut pas faire de la pensée une instance séparée du corps. Quand je suis devant un corps, ce que je vois c'est comment la personne pense avec son corps. Ce qui n'est pas une sémiotique rigide comme au XIX^e siècle. L'être humain ne peut penser qu'avec son corps; il n'est pas judicieux d'attendre qu'il parle ou manifeste un discours rationnel conscient pour considérer qu'il pense. C'est un travail sur l'incorporation, la mémoire, la perte, le temps. Je crois qu'on ne peut séparer l'Homme pensant de l'Homme inscrit dans sa chair. Nous voyons combien sont complexes les relations entre l'esprit et le corps. Ayons toujours à l'esprit que lorsque l'on dit: « c'est nerveux ! », ce n'est pas rien, et là où il y a du corps parlé (psychologique), il y a du corps écrit (biologique). La pensée pas plus que la douleur n'est *sine materia*.

L'opposition entre fonctionnel et organique ne sert qu'à connoter péjorativement le premier terme, à savoir: fonctionnel. Ce trouble fonctionnel est à mon sens, le fourre-tout du néant fabriqué de toutes pièces, succédant d'ailleurs à l'impossible « dystonie neurovégétative » pour devenir le réceptacle de toutes plaintes basées sur « rien ». Ce « rien », qui comme le dit *Sapir* (11), n'appartiendrait pas à la médecine sérieuse. Longtemps, on l'accepte tout au plus comme un diagnostic différentiel, on l'évacue ensuite, faute de pouvoir le caser. Comme l'écrit *Michel Sapir*, « il n'a pas de maison, tout au plus des hôtels de passage ». On peut dire aujourd'hui au mieux: des centres de la douleur. « Le soignant lui-même est enfermé dans un mode de pensée opérationnel dû à sa formation. Si son écoute est trop complaisante et son attention trop fixée sur le psychisme, il risque de perdre pied et de commettre une erreur médicale. Et s'il rejette le trouble fonctionnel, il s'opère en lui et chez le patient un clivage au sens freudien du terme. C'est-à-dire qu'il est le bon médecin sérieux qui rejette les malades imaginaires, et ces derniers sont à leur tour partagés en bons et mauvais patients ». En rejetant ce qui ne peut être cadré par une nosologie, ces praticiens éliminent le désir et le manque, les aspirations et les frustrations. Se fermant ainsi au mal de vivre de leurs patients, ils occultent ce qui en eux correspond à cette demande.

La plainte

Expression élémentaire de la douleur qui est aussi la forme élémentaire de la parole, voici la plainte. « La dou-

leur est toujours moins forte que la plainte », nous dit Jean de Lafontaine dans sa *Matrone d'Ephèse*. Là encore, pour forcer le trait, on peut dire que le médecin rêve d'un diagnostic assisté par ordinateur dont le malade ne fournirait que les entrées. De la plainte, les médecins vont chercher à extraire les signes pour établir un diagnostic et indiquer un traitement. Et il faut le reconnaître, notre formation clinique, attachée aux signes physiques, entend plus du bout des doigts que du creux de l'oreille.

Notre collègue, Madame *M.C. Maréchal* (6) a raison de dire que l'algie psycho-fonctionnelle est un « pied-de-nez à la démarche à laquelle aspire beaucoup de médecins et de malades; diagnostic précis, thérapeutique efficace, guérison rapide ».

La première mise en forme de la plainte consiste à l'adresser à quelqu'un qui sait ou qui est supposé savoir. Or, nous le savons bien, les patients souffrant de telles algies se tournent essentiellement vers les somaticiens. D'ailleurs, *Sylvie Chabée-Simper* (3), n'a-t-elle pas raison quand elle écrit: « Quant aux patients, ils ont bien raison de se défendre des « psy », car c'est justement pour que ça ne se passe pas dans la tête qu'ils somatisent, et les « psy » se mêlent alors de ce qui ne les regarde pas et deviennent des empêcheurs de somatiser en rond ». Et un peu plus loin, elle écrit: « Plutôt une douleur physique que la souffrance ».

Et si la plainte fonctionnelle s'exprime à la médecine, c'est en raison des promesses que le discours et la pratique médicale paraissent contenir, souvent d'ailleurs très amplifiés par les médias.

La plainte et la demande se découpent dans la même étoffe langagière; plainte et demande supposent une adresse. L'adresse est nécessaire, mais non suffisante pour qu'il y ait demande. Mais c'est bien à partir du moment où il y a adresse que la plainte peut passer à la demande. Le clinicien crée de la demande avec de l'offre. Écoutons *Delahousse* et *Pédinielli* (4) quand ils écrivent que « L'expérience nous montre qu'entre la demande et l'offre de médicalisation, l'articulation n'est pas toujours des plus faciles, et il est inévitable qu'une dimension soit en excès sur l'autre. »

Ces écarts sont essentiels à repérer, car ils rendent compte des nombreux ratés de la machine médicale, ratés que le médecin n'est pas toujours le mieux placé pour juger avec sérénité ».

Tous ces patients se plaignent de douleurs, certes, mais quelle est leur souffrance ?

La psychalgie, comme tout trouble fonctionnel, est un haut lieu de symbolisation. Monosymptomatique, l'organe incriminé et le trouble de son fonctionnement servent d'indices précieux. On sait à quel point l'expression: « J'ai mal au dos » peut signifier: « J'en ai plein le dos ». Toute métaphore vient du corps.

Polymorphe, « J'ai mal partout » semble indiquer que tout s'écroule et que la situation ne peut plus durer. Si l'on dit des plaintes qu'elles sont fonctionnelles, c'est bien parce qu'elles ont une fonction, car sinon, comment aborder les problèmes émotionnels, les précarités, les ambivalences, les fatigues de vivre? Rappelons-nous aussi que se plaindre d'une souffrance ne signifie pas forcément que l'on veuille s'en débarrasser.

Nous pouvons partir avec *Michel Sapir*, du rejet d'une définition négative, le fonctionnel défini comme ce qui n'est pas organique, ce qui ne fonctionne pas bien est sans raison corporelle décelable.

Dans un article consacré aux troubles somatoformes, une intéressante synthèse a été proposée par *Guggenheim* et traduite en français par Lejoyeux et publiée par *Eric Serra* (11). Cette synthèse consiste à repérer les signes positifs en faveur de l'origine psychogénique de la douleur. Par un moyen mnémotechnique, on peut dire que quand la plainte fonctionnelle mène la danse, dansons le M.A.D.I.S.O.N :

- **M**: la **Multiplicité** de la douleur correspond à une douleur survenant simultanément ou successivement dans plusieurs parties du corps.
- **A**: l'**Authenticité** renvoie au temps passé par le patient à convaincre le clinicien du caractère authentique de sa douleur.
- **D**: le **Déni** porte sur le refus des conséquences psychiques de la douleur ou même de l'existence d'une dépression associée à cette douleur.
- **I**: la **dimension Interpersonnelle** fait état des modifications de l'intensité ou de la nature de la douleur en présence d'autrui.
- **S**: la **Singularité** apparaît dans la description que fait le patient d'une douleur singulière exceptionnelle.
- **O**: la **Fascination** correspond à l'idéalisation du médecin par le patient qui estime que celui-ci est le seul à pouvoir le soigner.
- Enfin **N**: avec le **Non-changement**, le patient considère que rien ne modifie sa douleur et que rien ne l'aide.

L'algie fonctionnelle comme tout trouble dit « fonctionnel » apparaît comme une maladie de la relation dont le retentissement est corporel. Il s'agit d'une mise en scène somatique d'un conflit non résolu entre besoin et désir. La satisfaction des besoins habituels donne à chacun une marge de sécurité considérable. L'apparition d'un désir peut mettre en danger le cadre quotidien de l'existence. Ainsi la douleur psycho-fonctionnelle est-elle, comme le propose *Sapir* (10), un appel à un mieux-vivre tout en payant le prix le plus bas. A chaque consultation, s'expriment l'espoir et la peur du patient. Espoir d'un soulagement, certes, mais crainte en même temps de voir son discours déchiffré ou réduit justement, à une symptomatologie corporelle. En présence de troubles fonctionnels, on se situe dans le prolongement pathologique de réactions physiologiques normales aux émotions. Qui de nous d'ailleurs, n'a éprouvé de douleurs par exemple musculaires, à la suite d'une tension psychologique résultant elle-même d'une contrariété, d'un stress ou d'une colère ? Qui d'entre nous n'a pas dit un jour : « tiens, je somatise ! »

Il y a bien un flou insupportable pour le soignant qui ne sait pas si le trouble fonctionnel fait partie de la médecine ou de la psychiatrie. Y-a-t-il lieu d'éviter les hospitalisations ou au contraire de les susciter, comme on a pu le faire pour ce qu'on appelle la spasmophilie ? L'approche psychosomatique, et là, le terme me paraît adapté, serait donc l'étude de cette souffrance réellement vécue, et ce, dans le cadre relationnel. On pourrait dire à ce propos : et Balint vint... Car dans ce cadre, le signe nous reliant à une référence qui serait la maladie ou le syndrome serait à distinguer du symptôme, et comporterait la mise en relation d'une plainte.

Il importe avant tout que le soignant reconnaisse à la fois la véracité du trouble et le sens qu'il comporte. Ce trouble du fonctionnement est un appel éperdu à la reconnaissance au sens de *Balint*. C'est-à-dire qu'il ne s'agit guère d'une demande de soutien, mais d'une reconnaissance de la contradiction entre les désirs et les besoins. Ce type de patients demande à être reconnu dans sa plainte sur ses deux versants, on pourrait dire : viscéral et symbolique, dans son désir et dans sa peur d'un changement. Si le changement vers un mieux-être implique un prix trop fort, le patient tend à se justifier en essayant de prouver que c'est la douleur qui a rendu ce changement impossible, d'où la tendance à la chronicisation quand ce n'est pas l'invalidité ; d'où également un discours brouillé auquel le soignant tente de résister. Ces études visant à une soumission totale à la Mère médecine, avec son savoir, ses plaintes, fantasmes, il est vrai, souvent contradictoires.

Un éclairage bio-psycho-social

On ne saurait en effet, mettre à l'écart l'incidence sociale et culturelle des algies fonctionnelles.

Nous sommes à l'heure où l'environnement soutient de moins en moins, et « l'homo sapiens » est devenu « homo-zappens ». On zappe dans sa vie professionnelle de façon volontaire ou non, on zappe dans sa vie familiale de façon volontaire ou non. La santé a remplacé le salut, comme l'a écrit *Michel Foucault*, et la santé est devenue idole et mythe d'un monde dans la technique duquel nous avons placé notre confiance, avec cette aspiration à s'abîmer dans un « état de non-souffrance imaginaire ». Les professionnels de la santé n'auraient qu'à produire techniquement la santé comme un objet que nous consommons de droit. Or, ce mythe de la santé est en train lui-même de basculer. Il est possible d'en voir un autre se mettre en place : celui de la toute-puissance de l'individu. L'individu est remis au centre, comme on remet la balle au centre. Il doit assumer ses responsabilités comme il doit assumer sa santé. Mais, devant la modification des repères, voire l'absence de repères et à bien des niveaux, il y a alors de la peine à vivre et la médicalisation de cette peine à vivre est devenue un problème de Santé Publique, comme le souligne justement *Edouard Zarifian* (12) dans son ouvrage : « Le prix du bien-être ». Les psychalgies ne seraient-elles que des « existencialgies » ?

Quant au voyage, il y a quelque chose de très enseignant : c'est que la plainte est très valorisée, si l'on peut dire, dans les cultures de l'avoir. Un auteur comme *Castoriadis*, en citant les modèles triomphants de l'avoir, souligne la difficulté dans laquelle se trouve un grand nombre de nos contemporains, de construire leur propre identité. Les modèles proposés par les médias, la publicité, sont des modèles de succès creux, plats, fonctionnant extérieurement et ne pouvant pas vraiment être extériorisés. On peut vraiment parler d'un érotisme de la plainte caractéristique de notre époque qui nous invite à nous inquiéter de notre Moi et de notre image. Se plaindre est une manière d'exister face à l'autre. Cette douleur « moderne » est souvent secrète, masquée, travestie, peu valorisée par l'entourage proche, et confiée au médecin, avec la mission de la prendre en charge. Le rythme de vie ne laisse souvent que peu de place à la douleur, à son écoute et à son accompagnement.

La douleur moderne est une douleur chronique, lourde, sourde, permanente, dans cette société du mal du

dos qui porte son fardeau comme un enfant qu'elle vient d'engendrer. La douleur moderne n'a que peu d'écho et ne parle pas, on la pose sur le bureau du médecin qui est parfois le seul avec qui elle peut être dite. La douleur moderne veut connaître sa cause, veut la voir en image et en comprendre les mécanismes intimes. Elle a si peu de systèmes d'explication du monde à sa disposition qu'elle s'accroche et qu'elle rationalise.

Le malade du XXI^e siècle veut faire son diagnostic, choisir ses examens et décider de son traitement. Il morcelle son corps et jongle avec les symptômes, au gré de sa structure mentale souvent capricieuse. L'hystérie complotante majore le réel à ne plus le reconnaître. L'hypochondrie délirante épuise le médecin. Ses effets sont imprévisibles, la souffrance est authentique d'une angoisse sans trêve qui cherche un coupable à ses maux. C'est souvent le médecin, coupable de la poursuite du mal, d'examens insuffisants, d'une écoute trop rapide. Car la douleur moderne est prise dans un temps souvent trop court pour qu'on écoute.

Parfois, si ce n'est de plus en plus, le trouble fonctionnel apparaît comme un véritable mode de ré-équilibrage du réseau social défaillant où l'organe malade ne prendrait pas seulement la place du mot manquant, du verbe impossible, mais aussi celle de l'autre manquant, du partenaire, celui vis-à-vis de qui la vie prend sens, comme le propose *Alain Malchair* (5). Il faut bien le reconnaître: Notre économie de marché se fait au mépris de l'économie psychosomatique.

Le trouble fonctionnel ne serait pas qu'une décompensation suite à une blessure non métabolisable et non verbalisable, mais il pourrait parfois être un palier d'arrêt dans la décompensation, une sorte d'effort de restructuration anti-dépressive face à une angoissante situation de solitude, fût-ce au prix d'une importante focalisation hypochondriaque.

C'est par exemple la trajectoire de ceux qui, en situation de précarité, se marginalisent. C'est la trajectoire de toutes ces personnes qui, mi-désespérées, mi-obligées se coulent dans une inexistance sous contrôle au prix d'une véritable mutilation qui leur interdit tout jugement, toute action, somme toute d'assumer leur condition d'homme. Tous ces sujets en situation de précarité, voire d'exclusion, sont seuls dans la déchirure du social, du médical, du psychologique et de l'administratif. Seuls, avec rien à dire, rien à faire, assistés, suivis, traités.

Sentiments incommunicables de solitude, de cette solitude, d'autant plus insupportable qu'elle n'intéresse pas l'autre, mais le fait fuir. Qu'aurait d'ailleurs à raconter celui qui est seul, qui ne travaille pas: chômeur, invalide, R. M. Iste ou malade? Ses ruminations douloureuses d'un passé amplifié au présent? Le vide sa vie? Raconter qu'un petit logement et une allocation permettent un peu de vie, mais ne sont pas la vie?

Ces personnes disqualifiées basculent dans l'univers morbide de la honte et de la désespérance. Faut-il le rappeler, ce n'est pas l'exclusion qui est une maladie, c'est l'exclusion qui est pathogène.

Ce douloureux qui ne se sent plus exister pour personne, existe au moins pour ce corps souffrant qu'il va promener de médecin en médecin, non pas tant pour établir une relation avec eux, comme le dit encore *Alain Malchair*, que pour les prendre à témoin de l'utilité de sa vie, du sens de sa vie.

Si le câblage de la douleur est identique, l'apprentissage et la programmation des seuils de déclenchement

reflètent les tonalités émotionnelles ou affectives de l'histoire individuelle, et la valeur que notre société accorde à la souffrance. La douleur est une sensation très complexe qui implique affect, image de Soi, regard des autres... Et si l'on souffre si différemment d'un individu à l'autre, d'une tradition, d'un pays ou d'une culture à l'autre, c'est simplement parce que l'on nomme très différemment la douleur quand on va de par le monde.

Pour un trouble égal, la métaphore utilisée est sémantiquement différente en fonction de la culture, ce qui rend l'écoute encore plus difficile. Ainsi: « j'ai mal au foie » est une entité française, alors que: « j'ai mal au ventre » est plutôt une entité anglaise.

Les Maghrébins ne disent jamais: « je suis déprimé » ou « je suis triste ». En arabe « dialectal », le mot « triste » n'existe pas, alors que les intellectuels maîtrisant l'Arabe littéraire traduisent aisément ce concept. Lorsque l'on cherche à obtenir des métaphores rendant à peu près compte du concept de tristesse, on obtient trois groupes de réponse.

Un premier groupe comprend des phrases comme: « j'ai mal partout », « je ne peux plus bouger » ou « je suis fatigué », ensemble de formulations que *Rescnik* a appelé la « dépression du corps ».

Un deuxième groupe formé de métaphores du type: « Mon âme est restée chez mes parents », « je suis comme un chien qui aurait perdu ses maîtres », voila un ensemble de phrases que le psychanalyste entend par la perte d'objet. Il s'agit là, du mal du pays, d'un véritable état de deuil.

Le troisième groupe est constitué de phrases comme: « Je suis habité par des Djinn », le sujet est persécuté par toutes sortes d'esprits venus de son pays, c'est le mauvais œil, et là encore, on retrouve un clivage entre le médecin occidental qui est celui qui sait mais qui ne peut pas comprendre, et le guérisseur de son pays qui comprend, mais lui, il ne sait pas.

C'est pourquoi la réponse classique: « Vous n'avez rien au corps, votre esprit est malade, je vous propose de le soigner », est tout à fait irrecevable. Toutefois, cette importance du facteur social et culturel n'explique pas quelle voie il emprunte pour atteindre l'individu. Comment passe-t-on du collectif à l'individuel, vieille question sans réponse.

Algies fonctionnelles et psychopathologie

Si l'organicité à tout prix présente des dangers, le psychisme en présente tout autant.

Ceci est une raison supplémentaire pour insister sur le fait que le diagnostic psychologique ne doit pas être d'exclusion après l'échec des thérapeutiques médicales.

Il doit être fait parallèlement à la prise en charge organique, et non après, et ce sur des éléments précis qui attestent de la dimension psychologique.

Ce sur quoi il convient d'insister, c'est que nous avons affaire, dans la douleur quelle qu'elle soit, à des symptômes, et d'un diagnostic de symptômes ne découle pas nécessairement un diagnostic de structure. À la question: « Existe-t-il un profil psychologique particulier des personnes douloureuses chroniques porteuses de psychalgies? », la réponse, à mon avis, est non. Toutefois, les deux diagnostics: symptômes et structure sont indispensables et incontournables.

On ne peut pas démarrer une prise en charge sans avoir une notion de l'arrière-plan psychopathologique des patients.

D'autre part, d'un diagnostic de structure ne va pas découler nécessairement un traitement standardisé.

On peut avoir selon le courant dans lequel on s'inscrit, des approches et des abords différents.

Il me semble souhaitable que soient évalués très tôt à la fois le symptôme et la structure, car la plainte affective coexiste très tôt avec la plainte sensorielle. Et l'on pourrait dire que la plainte se colore différemment selon la nature du sujet, selon le terrain, la culture dont il est issu.

La dimension psychologique d'une douleur est plutôt l'expression d'un message à décrypter, à décoder, avec un sens ou une fonction précise, variant avec la psychopathologie sous-jacente.

Cette fonction n'a bien sûr rien à voir avec le signal d'alarme que représente la douleur aiguë, pour la sauvegarde du corps physique, et elle ne peut se comprendre en termes de logique ou de rationalité.

D'ailleurs, à un certain stade, il n'est plus possible d'expliquer la douleur dans un système causal linéaire, et ce, quelle que soit la théorie à laquelle on va se référer.

L'abandon de la recherche de la causalité du premier temps : « Pourquoi cette douleur ? », peut se faire au bénéfice de la recherche de sa finalité : « Pour quoi en deux mots, cette douleur ? », et cette interrogation nous place au centre d'une perspective que l'on peut qualifier de perspective économique, c'est-à-dire qu'il convient d'envisager le symptôme dans une organisation d'ensemble et sans préjuger de sa cause.

On pourrait parler donc de causalité d'après-coup, en totale rupture avec la conception médicale classique, c'est-à-dire que le point de vue économique explique le maintien d'un phénomène par sa finalité plutôt que par sa cause. Là, on pourrait dire, comme le font certains : quel bénéfice peut-il y avoir à se créer des douleurs ?

Et pourtant, il faut bien le reconnaître, une douleur psychogène peut être l'expression d'une blessure, et peut parfois protéger d'une souffrance plus menaçante.

Mais pour comprendre cela et aller plus avant, on ne peut ignorer les conflits internes du patient.

Seule la prise en compte des facteurs intra-psychiques permet de comprendre certains mécanismes fréquemment retrouvés chez les malades douloureux chroniques.

Le simple fait de tomber malade de manière durable, renvoie à la blessure narcissique sous-jacente, et entre en résonance avec l'ensemble des deuils, déceptions, renoncements qui ont jalonné l'existence d'un sujet.

Assez souvent, pour autant qu'on l'écoute, le sujet relie, consciemment ou non sa douleur à un événement ou des événements perçus comme traumatiques. Mais on le sait : il n'y a pas de parallélisme entre l'intensité du traumatisme, qu'il s'agisse d'une séparation, d'une perte d'emploi, d'une mise à la retraite, de l'annonce d'une séropositivité ou d'un accident ou intervention.

La décompensation parfois catastrophique n'a rien à voir avec l'événement déclenchant qui sert de référence.

La psychalgie n'est pas une conversion, car non seulement cette douleur peut toucher des patients de structure plutôt hystérique, mais d'autres plutôt obsessionnelle, voire à mon avis des sujets présentant un état-limite, comme dans bon nombre de cas de fibromyalgies.

Il serait plus juste et plus prudent de parler de douleur à caractère hystérique, obsessionnel ou limite.

Si l'entrée se fait par le complexe d'Œdipe rarement liquidé même à l'âge adulte, on sait que ce théâtre œdipien touche aussi des sujets à traits obsessionnels ou à prédominance hystérique, voire psychotique.

Il n'est guère de trouble fonctionnel sans un Œdipe mal-en-point. Une question plus délicate semble concerner la proximité clinique entre trouble fonctionnel et trouble phobique.

Pourquoi fabrique-t-on tantôt des troubles fonctionnels et tantôt des phobiques ? Car il y a dans les deux, le même appel de vie, la même expression du désir et de la peur, la même envie de changer à bas prix, comme le souligne *Michel Sapir*.

Quel est, en effet, le phobique qui n'ait quelques palpitations ou précordialgies ?

Quel est le sujet fonctionnel qui n'ait quelque appréhension dans un magasin de grande surface ? Pourtant, la différence existe bien. Le trouble fonctionnel ne peut être confondu avec l'hystérie d'angoisse. La phobie concerne toujours un corps dans un mouvement inhibé, le trouble fonctionnel touche une fonction interne.

Dans les deux cas, il existe une déstabilisation œdipienne.

Le phobique cependant, paraît plus proche de la surface, tandis que le fonctionnel paraît plus immergé, crie sa plainte, moins pour ne s'en défaire que pour se faire entendre.

Peut-être que l'érotisation de la souffrance dans le trouble fonctionnel s'ajoute, dans la phobie, la notion de ce qui se passerait si... Ce qui a fait écrire à *Michel Sapir* : « Peut-être que le trouble fonctionnel nous dit : « Si je cessais de souffrir, que serais-je ? » A quoi la phobie répond : « Si je bouge, je fais un malheur ! »

Ce qui ne fait guère de doute, c'est que le trouble fonctionnel s'accompagne d'angoisse souvent très marquée.

Quant à la question de la dépression sous-jacente, en particulier de ce qu'il est convenu d'appeler la dépression masquée, elle existe probablement dans certains cas, mais il importe de ne pas la généraliser dans la vogue actuelle du « tout dépression ».

Il est vrai que l'on voit assez souvent cette alternance somatisation/dépression.

Le désir de comprendre, voire le prurit de tout comprendre risque d'être assumé comme une obligation de comprendre et de transmettre ce que nous aurions compris, avec comme le dit *S. Consoli* : « Le danger corrélatif d'un aveu de non-compréhension dont on aurait à avoir honte ».

On ne se méfiera jamais assez de l'illusion de clarté qui se dégage lorsque l'on croit avoir restitué la survenue d'une algie psychogénique dans un parcours individuel !

C'est peut-être utile pour notre narcissisme, mais pas toujours honnête, ni pour nos patients, ni pour nos relations avec nos interlocuteurs somaticiens.

Que faire ?

Il est important de pouvoir aborder l'algie psychogène sous ses deux versants, à la fois celui de la plainte littéraire, d'où parfois des investigations nécessaires, et sous le versant symbolique, c'est-à-dire de l'écoute sous-jacente.

Il nous faut quitter la démarche habituelle qui consiste à demander aux patients de décrire leurs symptômes, puis de répondre à nos questions. Cette procédure question – réponse à quelque chose de bien réducteur. *Balint* d'ailleurs, n'écrivait-il pas : « Si l'on pose des questions, on obtiendra des réponses, mais guère plus ». Ecouter, c'est admettre une médecine à deux personnes.

Le patient et le soignant, pour espérer une écoute réciproque dans cette atmosphère de la relation que Balint nomme : « La compagnie d'investissement mutuel ». Car il s'agit bien au départ d'un malentendu.

Si la rencontre n'est pas fermée d'emblée sur non-lieu, elle peut offrir l'occasion et le lieu d'un « mal entendu » potentiellement fécond.

Mais ceci suppose que :

- que nous croyions sincèrement à la réalité de la souffrance de la personne qui se plaint ;
- que Contrairement à la démarche technique habituelle, nous acceptions de n'y rien comprendre, ignorance nécessaire pour laisser à l'autre « sujet », le temps et l'espace pour se dire (passer de l'interrogatoire au récit) : « Je n'y comprenais rien, j'étais toute oreille », *Françoise Dolto* ;
- Que dès le départ, puisse se construire une relation avec la personne, où elle se sente en confiance et en sécurité, et qu'elle puisse également penser que le rôle du « psy » est de l'aider, tout en reconnaissant sa souffrance ;
- que nous osions nommer l'angoisse et la souffrance tout en s'abstenant de toute formulation pseudo médicale. Si l'on perçoit parfois chez un patient une crainte déterminée, il peut suffire d'une négation comme : « Vous n'avez pas de cancer ».

Si le patient paraît ne rien redouter de précis, on peut souvent se dispenser de toute conclusion diagnostique. Beaucoup plus souvent qu'on ne pourrait le croire, le patient s'en passe volontiers.

Si le « psy » a besoin, quand il prend en charge un patient de se faire une opinion sur le diagnostic psychopathologique, c'est-à-dire sur les caractéristiques du fonctionnement psychique du patient, c'est pour l'aider à atteindre un certain niveau d'abstraction par rapport aux associations fournies par le patient. C'est aussi ce qui lui permet d'évaluer ce qui peut être mobilisable. En revanche, l'étiquette « diagnostic » risque de figer le malade. De plus, si des traits dominent le tableau à un moment donné, ils sont susceptibles de s'améliorer si la conjoncture émotionnelle s'améliore.

- Que nous sachions être pédagogique : il est possible d'expliquer en termes simples qu'il y a chez tout le monde, comme une sorte de modulateur neuropsychique qui augmente la perception de la douleur, et que ce modulateur est mis en place en grande partie au cours de l'enfance, et c'est comme s'il y avait un hyper fonctionnement de ce système.

A partir du moment où la « psy » n'est pas cadrée comme : « Vous n'avez rien, c'est dans la tête », l'intervention du « psy » peut être vécue comme celui qui évalue les capacités psychologiques pour précisément, diminuer la perception de la douleur.

Et là ensuite, il y a des approches qui peuvent être tout à fait complémentaires, tout dépend du niveau théorique que l'on s'est fixé.

- Soit on considère que c'est à un niveau culturel, sociologique, voire surtout psycho-dynamique qu'il faut aborder la souffrance, et là on est vraiment en amont.

– Soit on considère que c'est la capacité de l'organisme à maîtriser le stress qui est en question, et là on se situe à un niveau neurobiologique. On commence d'ailleurs à appréhender l'abaissement du seuil nociceptif ; il est lié par exemple aux influences hormonales œstrogéniques, et peut-être également aux modifications du métabolisme sérotoninergique ou dopaminergique.

– Soit on se situe encore plus en aval, et l'on pense que c'est sur le comportement douloureux qu'il convient d'agir, et là, on se situe dans une perspective cognitivo-comportementale.

Ce sur quoi il convient d'insister vis-à-vis de la plainte fonctionnelle, c'est que tant que l'on trouve une causalité externe, ce que l'on pourrait appeler « Papa, Maman, la bonne et moi », il n'y a aucune raison que ça s'arrange, que ça se résolve. Quand on fige les gens dans la construction de leur détresse, c'est-à-dire lorsqu'ils disent : « c'est parce que mon père n'a pas été là » ou « ma mère était trop symbiotique », et bien, ils répètent cela dans la plainte, et le fait de leur en faire parler, les fige dans la plainte et les empêche d'élaborer, en dehors du pardon quand ils arrivent d'ailleurs à pardonner, leur propre problématique, puisque la cause est extérieure. Et là, on ne peut que rejoindre *François Roustang* (8) qui oriente vers l'action, la question étant : « Comment faire pour me rendre disponible au réel actuel ? »

Ne pas bloquer, ne pas réduire, ni par un organicisme à tout prix, ni par un dogmatisme « psy ». Tout doit demeurer souple et obéir à la règle des règles : c'est le patient qui sait et c'est de servir son propre chemin dont il est question. *Winnicott* ne dédiait-il pas l'un de ses livres : « A mes patients qui m'ont payé pour m'enseigner ». Qu'on le veuille ou non, c'est bien dans le cadre de la relation soignant-soigné et dans l'intimité du face à face que s'inscrit le Soin. Pour *Jean-Louis Pédinielli*, la reconnaissance de la maladie du malade est un préalable nécessaire au Soin.

Cette maladie du malade qui est constituée de l'ensemble des croyances et interprétations, qui puise dans l'expérience du malade, dans son histoire personnelle et familiale et dans sa culture. Elle lui permet de se représenter, de donner du sens et de comprendre sa maladie. Cette maladie du malade vient souvent se heurter au savoir du médecin qui porte sur « la » maladie. Écouter, c'est être attentif à l'échange verbal, mais aussi infra verbal des rencontres, et nous le savons, il y a des écoutes particulièrement difficiles, car elles peuvent réveiller l'angoisse du soignant. *Balint* avait coutume de dire : « Le malade me fait mal là où je suis déjà blessé ».

Il nous faut passer progressivement d'une compréhension intellectuelle à une compréhension émotionnelle des situations relationnelles.

Formé de plus en plus à voir l'invisible et à préserver son regard et son ouïe de tout ce qui est intime et significatif, il faudrait que le médecin soit davantage préparé à reconnaître l'Imago, celle du patient et la sienne derrière l'image, et se permettre à partir de là, ce va-et-vient entre le droit à la bêtise dont parle *Balint*, autrement dit entre les images et les fantasmes d'une part, et le choix des décisions de l'autre.

A mon avis, les algies psycho-fonctionnelles restent l'apanage du médecin généraliste, à la condition qu'il soit formé.

L'envoi vers le psychiatre, aussi utile qu'il soit dans certains cas, pose en effet problème, car survenant trop tôt, il peut être vécu comme un rejet, arrivant trop tard, il interfère sur des liens déjà tissés entre soignant et soigné.

Souvent, l'envoi vers le psychiatre marque l'existence d'un trouble hors du domaine des systèmes corporels, ce que le patient ne manque pas de traduire en termes de culpabilité et de dévalorisation : « Ce n'est tout de même pas ma faute si j'ai mal ; je suis nerveux, c'est vrai, mais je ne crois pas que cela explique ma douleur ».

A côté des médicaments antalgiques qui sont souvent prescrits et souvent nécessaires, la dimension thérapeutique consiste essentiellement dans la reconnaissance du sujet, reconnaissance qui est bien distincte du soutien.

Il s'agit de reconnaître le patient dans sa lutte entre ses besoins et ses désirs, d'évaluer les possibles qui s'offrent à lui et dans son environnement. Il me semble impératif cartes sur table, autrement dit de faire sentir au patient que moi, soignant, je sais que toi, patient, tu sais que je sais. Ainsi, une double voie s'ouvre : celle du soulagement de la plainte et celle de l'authenticité.

Le patient est libre de son choix dans ces conditions. Il n'y a point d'intrusion de la part du soignant, tout simplement une ouverture dont le patient peut profiter ou au contraire se résigner à une médecine d'accompagnement.

Bibliographie

1. *Béraud C. : La Sécu c'est bien, en abuser ça craint.* Caisse nationale de l'assurance maladie des travailleurs salariés, Paris, 1979.
2. *Bonfils S. et Lambling A. : Quelques problèmes psychosomatiques particuliers.* In: Aboulker P., Chertok L., Sapir M., Psychosomatique et gastro-entérologie, Ed. Masson, Paris, 1962.
3. *Chabee-Simper S. : Consultation psychosomatique.* In: La dimension de la souffrance en psychosomatique, Ferragut E., Ed. Masson, Paris, 2000.
4. *Delahousse J. et Pedinielli J.-L. : La médicalisation de la plainte.* *Psychologie Médicale* 21, 325-328, 1989.
5. *Malchair A. : Troubles fonctionnels et gastro-entérologie.* *Méd. et Hyg.* 19, 1073-1074, 1987.
6. *Marechal M. C. : Qu'est-ce que la psychalgie, et dans quelles circonstances l'évoquer ?* *Le Concours Médical* 119 (41), 3131-3134, 1997.
7. *Queneau P. et Ostermann G. : Soulager la douleur.* Odile Jacob, Paris, 1998.
8. *Roustant F. : La fin de la plainte.* Odile Jacob, Paris, 1999.
9. *Sapir M. : Soignant-Soigné: Le corps à corps.* Payot, Paris, 1980.
10. *Sapir M. : Troubles fonctionnels et gastro-entérologie.* *Méd. et Hyg.* 45, 257-261, 1987.
11. *Serra E. : Douleur, angoisse et dépression.* In: La dimension de la souffrance en psychosomatique, Ferragut E., Masson, Paris, 2000.
12. *Zarifian E. : Le prix du bien-être.* Odile Jacob, Paris, 1996.