

STEPHEN PASMORE

Introduction

Les médecins de famille sont souvent réticents à attribuer des causes émotionnelles aux symptômes de leurs patients, en partie parce qu'ils ont reçu un enseignement médical où l'accent a été mis sur les aspects "organiques" de la maladie et, en partie, parce qu'ils répugnent à se mettre à la place de leurs malades et à se laisser impliquer dans des problèmes personnels. Les praticiens sentent instinctivement qu'il est moins risqué d'entrer dans le corps de leur malade, avec des médicaments, un bistouri ou une sonde, des rayons X ou des prises de sang, que de pénétrer dans son psychisme avec cet instrument peu connu que constitue leur propre système psychique.

Cependant ces mêmes praticiens sont tout prêts à reconnaître que, tandis qu'ils harcèlent leurs patients avec des remèdes psychiques appropriés à la maladie organique, ils sont souvent pris dans une autre recherche : celle d'un rôle que leurs malades les amènent à jouer. Ce rôle qui apparaît, par exemple, quand le médecin sent qu'il a été appelé pour apaiser une querelle domestique, plutôt que pour prescrire des médicaments, où quand il réalise qu'on l'a fait venir auprès de quelqu'un qui a une maladie banale simplement pour soulager l'angoisse ou la culpabilité du patient, d'un parent ou d'un ami, ce rôle, on ne peut le comprendre pleinement qu'en examinant le comportement du malade et du médecin au cours d'une consultation ou d'une visite à domicile.

Par exemple, pourquoi telle jeune femme vivant chez ses parents et qui est inscrite sur la liste du médecin depuis longtemps, choisit-elle tel soir plutôt que tel autre pour venir demander des comprimés qui la soulagent des maux de tête dont elle souffre depuis des années ? Pourquoi telle femme seule demande-t-elle au médecin de lui renouveler une ordonnance pour un médicament qui l'a soulagée de ses engelures l'année précédente, et s'enquière-t-elle (pour la première fois) de la possibilité de soigner la tendance à rougir qui la gêne depuis son enfance ? Pourquoi tel patient qui s'est plaint d'un symptôme banal et a laissé le médecin l'examiner et

même rédiger son ordonnance attend-il le dernier moment pour signaler, sans avoir l'air d'y attacher d'importance, un symptôme plus grave ?

Qu'est-ce qui tracasse vraiment cette femme mariée qui, au début d'une consultation, se plaint peut-être d'une douleur banale à l'index et qui passe le reste du temps à parler des échecs de son mari dans le domaine socio-professionnel ?

Qu'est-ce qui préoccupe cette mère âgée qui passe le temps de la visite du médecin à parler de la façon dont sa fille l'a abandonnée pour prendre des vacances plutôt que de la terrible douleur à la jambe qui a motivé sa demande de visite ?

Qu'est-ce qui pousse cet homme d'affaires fort occupé à choisir telle consultation du matin pour venir se plaindre d'une fatigue et de maux de tête qui durent depuis 18 mois ? Qu'est-ce qui incite tel employé à choisir la consultation du lundi après-midi pour se plaindre, pour la première fois, d'accès de dépression qu'il attribue à son entourage ?

Quelle est l'explication du comportement d'une patiente qui insiste sur l'existence en elle d'une anomalie physique, alors qu'après des explorations complètes, aussi bien le médecin que l'hôpital l'ont "rassurée" en lui disant qu'ils n'avaient trouvé aucun indice d'une quelconque maladie organique ? Ou du comportement d'un homme dont le médecin a manqué le diagnostic de tuberculose pulmonaire jusqu'à ce que le patient lui-même réclame une radio thoracique et qui a ensuite bien accueilli le repos prescrit et a même fait encore plus confiance au médecin pour la poursuite du traitement ?

Quelle est la difficulté qu'éprouve cette mère qui souffre de graves crises d'angoisse et qui, pourtant, ne peut en discuter qu'en termes de douleurs abdominales affectant son enfant ?

Comment se fait-il que certains patients réagissent à la mort d'un proche en se sentant coupables, ou à un accident de travail ou de la circulation, en développant une "névrose de compensation" ? Et pourquoi y a-t-il des malades qui critiquent leurs médecins, qui leur disent que leurs médicaments ne valent rien, qui réclament chaque semaine une prescription différente et qui pourtant s'accrochent à ces médecins jusqu'à ce que la mort les séparent ?

Il y a aussi les questions qui se posent quand on étudie le comportement des médecins. Pourquoi y en a-t-il qui sont tellement irrités quand leurs malades n'arrivent pas à savoir exactement quand ils peuvent leur téléphoner sans les déranger ? Pourquoi y en a-t-il d'autres qui passent leur indignation concernant les défauts des patients sur leur femme ou sur leur secrétaire, plutôt que sur les patients eux-mêmes ? Pourquoi les médecins ont-ils tous l'impression de se comporter comme de bons médecins, alors que certains soumettent leurs patients à leurs exigences, tandis que d'autres se soumettent aux exigences de leurs patients ?

On ne peut pas vraiment répondre à ce genre de questions en déclarant que les patients consultent leur médecin à cause de leur désir naturel de savoir s'ils ont une maladie, ou pour être soulagés d'une sensation physique pénible, ou pour venir chercher un conseil concernant un problème lié au maintien de leur santé. Pas plus qu'on ne peut répondre que les médecins ne s'intéressent à leurs malades que pour préserver leur santé et pour diagnostiquer et traiter leurs maladies.

On ne peut répondre à ces questions sur le comportement des malades que si on se rend compte qu'ils recherchent souvent l'aide du médecin pour un motif différent et plus profond : il s'agit pour eux de retrouver leur équilibre personnel qui a été bouleversé par un événement, un accident ou une maladie. Tout se passe comme si le psychisme du patient était un navire qui ne pourrait garder sa stabilité que si la mer reste calme et son chargement immobile, mais qui se mettrait à rouler dès que la mer s'agite ou dès que ses passagers ou sa cargaison se déplacent. Comme si l'esprit du patient avait besoin d'un stabilisateur pour retrouver son équilibre perdu. Le patient perçoit souvent le médecin comme quelqu'un qui va rétablir l'équilibre ; quelqu'un qui va lui permettre de retrouver son estime de soi ; quelqu'un qui comprendra ses sentiments d'angoisse ou de peur, de culpabilité ou de colère, de dépression ou de frustration - même s'il est incapable de les exprimer autrement que par référence à des malaises corporels ; quelqu'un qui agira comme antidote aux choses affreu-

ses qui occupent son esprit ; quelqu'un qui sera capable de supporter des sentiments incontrôlables et de résister à leur invasion ; quelqu'un qui sera capable de comprendre et qui, par là même, pourra, d'une certaine façon, pardonner.

Michael Balint (1957) a résumé les "troubles de l'adaptation" par ces mots : "La maladie est un combat stérile que mène le patient pour résoudre ses conflits ; la thérapie est une tentative que fait le médecin pour intervenir dans ce processus, de telle façon qu'un meilleur équilibre puisse être atteint". De nombreux médecins ne reconnaissent les troubles réactionnels comme des maladies que s'ils se manifestent clairement sous forme d'angoisse, de dépression ou d'états analogues : ils supposent que le seul type de médecin capable d'intervenir efficacement pour rétablir l'équilibre du malade est le spécialiste de psychiatrie. Cependant la déclaration de Balint s'étend à un champ beaucoup plus vaste de la pathologie, un champ où le médecin praticien risque de conduire les explorations et le traitement appropriés à la maladie "organique" sans se rendre compte de l'importance des facteurs de tension sous-jacents à la maladie qu'il essaie de traiter et du rôle qu'il joue lui-même dans le processus.

Les médecins ont tendance à négliger le fait que d'innombrables problèmes affectifs se présentent eux-mêmes sous le déguisement de maladies "organiques" ; ça commence par des symptômes et on en arrive à des signes objectifs, si on a laissé les problèmes persister pendant plusieurs années. Le cas d'un ulcère peptique chronique qui commence comme une "dyspepsie nerveuse" en est un exemple typique. De tels cas, où les tensions psychiques du patient se sont converties en symptômes plus acceptables d'un trouble corporel, sont rarement reconnus, du moins au début, comme relevant d'un traitement psychiatrique. Et pourtant c'est une certaine forme de psychothérapie qui est appliquée, du fait de la présence même du médecin et de la relation qu'il établit avec son malade. Le praticien peut-il être satisfait de rester dans l'ignorance de cet autre rôle qu'il joue (inconsciemment) auprès de certains de ses malades ; un rôle dans lequel il répond à certains besoins du malade qui est incapable d'expri-

mer en mots ses sentiments réels ; un rôle qui n'a rien à voir avec les médicaments qu'il prescrit ou avec les propos qu'il tient sur la maladie organique ; un rôle dans lequel il "se prescrit lui-même" inconsciemment, comme un stabilisateur pour rétablir l'équilibre de ses malades ?

Quand un patient tombe malade du fait qu'il n'a pas réussi à résoudre ses conflits, il se met à vaciller et, consciemment ou inconsciemment, il cherche à retrouver son équilibre. Il tend la main pour agripper quelque chose ; ce peut être un livre, une bouteille ou un téléphone grâce auquel il peut réquerir l'aide d'un parent, d'un ami ou d'un médecin. Le plus souvent c'est l'aide du médecin qui est demandée, car c'est d'habitude le parent ou l'ami qui a perturbé l'équilibre du patient. Si c'est le médecin qui est choisi, le malade sent instinctivement qu'il aurait l'air ridicule s'il lui demandait de rétablir l'équilibre perdu et c'est pour cela qu'il exprime son malaise dans des termes dont il pense que le médecin les comprendra : "Je suis fatigué, docteur, j'ai besoin d'un fortifiant", ou "Mes nerfs sont à bout, et je dors mal", ou "Y a-t-il un nouveau remède pour faire cesser les maux de tête", ou "J'ai besoin d'un check-up". Parfois un patient sera venu pour un motif banal concernant une verrue ou une petite plaque d'eczéma qu'il a depuis longtemps et puis, au moment où le médecin finit d'écrire son ordonnance, il dit joyeusement "Pourriez-vous ajouter un remontant, docteur, car je me suis senti plutôt à plat ces derniers temps" ? parce qu'il sait que la consultation est officiellement terminée et qu'il peut s'esquiver rapidement, si le médecin choisit de répondre par l'ironie ou ne réussit pas à comprendre ce qu'il a eu tant de mal à lui dire.

Si le médecin se contente de prendre les mots de son malade à leur valeur apparente et de l'interroger sur ses symptômes, leur début, leur siège, leur répartition, il n'apprendra rien de ce qui concerne un éventuel élément de tension psychique et il n'obtiendra même pas un tableau clinique complet dans les cas où il existe une maladie "organique". Le praticien doit étudier son patient comme un tout ; il doit tenir compte de ses origines, de son comportement, de sa tenue vestimentaire, du moment de la consultation ou de la demande de visite, du vocabulaire qu'il utilise et des derniers mots qu'il prononce à la fin d'une consultation. Le praticien doit observer également les moments de pleurs aussi bien que de ri-

res, et les moments de silence embarrassant aussi bien que de vive expression émotionnelle. Il doit effacer sa propre personnalité dans toute la mesure du possible, afin d'"écouter" ce que ses patients essaient de lui dire, et il doit apprendre à interpréter le langage par lequel ils tentent d'exprimer leurs émotions et leurs craintes à moitié cachées.

Quand le médecin peut se rendre compte avec Pascal que "le coeur a ses raisons que la raison ne connaît pas" et que les malades recherchent l'aide du médecin autant pour retrouver leur équilibre perdu que pour soulager leurs maux corporels, il acquiert une meilleure compréhension des mystères apparents de la médecine générale et en arrive à reconnaître la vérité de cette autre pensée profonde de Pascal : "Tout comprendre, c'est tout pardonner". Si le médecin ne prend pas conscience de son rôle de "stabilisateur" aussi bien que de son rôle de "maître de l'art du diagnostic et du traitement de la maladie organique", il sera entraîné dans une collusion avec son patient, ce qui l'amènera à parler de tout sauf des problèmes réels du malade et il gaspillera du temps et de l'argent à essayer d'exclure une maladie organique dont l'existence n'est pas vraiment envisagée. Si le médecin se posait des questions comme : "Pourquoi ce patient vient-il me voir aujourd'hui pour une douleur qui dure depuis cinq semaines" ? et : "Quelle est la maladie organique qui peut rendre compte de cette douleur" ? il ferait rapidement la distinction entre les cas où son rôle est de stabiliser et ceux où il doit agir en tueur de microbes et il pourrait reconnaître plus facilement les troubles réactionnels qui prennent le masque d'une maladie organique.

Observations Cliniques Illustratives

Les cas suivants sont présentés pour illustrer ce qui vient d'être dit :

Cas 1

Une jeune femme, âgée de 23 ans, vivant dans un petit appartement avec ses parents, vint à la consultation du soir avec un air négligé et misérable et me demanda des médicaments pour soulager ses maux de tête. Cette patiente était sur ma liste depuis 3 ans,

mais elle n'était venue qu'une fois auparavant. Au lieu de lui tendre une ordonnance et de la féliciter de savoir exactement ce qu'elle voulait, je lui donnai le temps de me dire, entre autres choses, qu'elle avait souffert de fréquents maux de tête depuis l'âge de 11 ans, la première crise étant survenue après qu'elle se fut fait gronder, le jour de son entrée au lycée. Ce fut seulement au quatrième entretien, sur rendez-vous après les heures de consultation, qu'elle put me dire la raison qui l'avait poussée à venir me voir le premier jour : elle avait eu une violente dispute avec sa mère et avait bondi hors de l'appartement pour se précipiter dans mon cabinet qui est situé dans le voisinage.

Il fut intéressant, dans ce cas, où cinq entretiens suffirent à rétablir l'équilibre de la patiente (sans qu'on essaie d'effectuer une cure de longue durée), de noter le changement dans l'habillement et l'apparence de la patiente, tandis qu'elle retrouvait son estime d'elle-même. Dès le quatrième entretien, elle se présente bien habillée avec l'allure d'une femme adulte et non plus comme une enfant misérable qui ne pouvait pas supporter la colère de sa mère.

Cas 2

Une femme célibataire de 31 ans vint à mon cabinet et demanda des comprimés pour les engelures. Elle ajouta qu'elle était aussi préoccupée par sa tendance à rougir. Elle signala alors qu'elle se faisait du souci au sujet de la décision qu'elle avait prise une quinzaine plus tôt d'épouser un fermier qu'elle connaissait depuis deux ans. Par la suite, elle insista sur le fait qu'elle rougissait à la moindre occasion et qu'elle pensait que c'était anormal. Au troisième entretien, je lui demandai si elle avait encore des choses à dire et elle me répondit que non. Elle tira alors deux feuilles de papier de son sac à main et me les donna à lire. Elle y avait écrit une description des circonstances dans lesquelles elle avait rougi pour la première fois, quand elle avait été accusée à tort d'être à l'origine d'une mauvaise odeur que l'instituteur avait remarquée dans la salle de classe. A la suite de mes questions, elle me dit qu'elle ne se faisait pas de soucis à cause des rapports sexuels si elle se mariait, mais qu'elle pensait que son futur mari la trouverait sotte si elle continuait à rougir, sans envisager pourtant une rupture. Ce ne fut qu'au huitième entretien que le sujet des rapports sexuels put être discuté. Elle pensait que ce serait une affaire pénible et effrayante, et elle montra une ignorance complète de la sexualité et des rapports sexuels. Elle se montra très intéressée quand on lui expliqua tout cela avec l'aide de schémas. Il y eut un entretien de

plus et elle retourna alors à la campagne, gardant encore une grande appréhension de l'avenir. Ce fut avec satisfaction que j'appris, 18 mois plus tard, par une relation commune, qu'elle avait épousé le fermier et lui avait donné un fils.

Ce cas montre comment une patiente, qui était inconsciemment tourmentée par le problème de sexe (elle avait refusé plusieurs propositions de mariage auparavant) a cherché de l'aide auprès du médecin pour retrouver son équilibre, ce qui lui a permis de se comporter comme une femme et d'épouser l'homme qu'elle aimait. Il est significatif que sa première demande, lors de la consultation initiale, concernait des comprimés pour les engelures, et il est évident que, si le médecin s'était intéressé aux engelures, il aurait pu recueillir une longue observation clinique et aurait ainsi empêché la malade de rassembler son courage pour exprimer son véritable problème (le rougissement) qui, au huitième entretien, quand la confiance a été établie, a pu conduire à une franche discussion sur les questions sexuelles. Il est clair que la patiente voulait dire, dès le premier entretien, "Je veux me marier. Je suis paniquée par les rapports sexuels. Pouvez-vous m'assurer que tout ira bien ?" Alors qu'en fait, elle a dit : "Pouvez-vous me donner un médicament pour mes engelures ?" La "psychologie du bon sens", si souvent invoquée par ceux qui dénigrent la psychiatrie, ne suffit pas pour découvrir les besoins réels du patient à partir de son discours. Cette traduction nécessite un certain degré de formation psychiatrique.

Cas 3

Un chef d'entreprise, âgé de 47 ans, marié et père de deux enfants, vint à ma consultation du matin, se plaignant de fatigue et de céphalées frontales. Après avoir parlé de ses ennuis de travail, il signala que ses beaux-parents étaient installés dans son appartement depuis 18 mois et ne faisaient rien pour se trouver un logement. Il ne pouvait pas supporter les exigences de sa belle-mère et sa femme n'avait pas l'air de partager son ressentiment à l'égard de cette situation.

Ce cas montre comment un homme, qui n'a pas un caractère aussi fort que celui de sa femme, cherche l'aide du médecin pour restaurer son équilibre - qui a été perturbé du fait de l'invasion de son domicile par ses beaux-parents. Cet homme sentait qu'il avait besoin d'aide ; il ne pouvait pas aller voir son médecin et lui dire qu'il n'arrivait pas à savoir com-

ment tenir tête à sa femme et à sa belle-mère, mais il pouvait lui dire qu'il se sentait à plat et le médecin a pu, le rassurer sur le fait qu'il était bien "un homme".

Il est très fréquent que les patients consultant leur médecin à la suite de difficultés domestiques, et qu'ils demandent un traitement pour des maux de tête, de la nervosité, de l'insomnie et ainsi de suite, sans oser mentionner le vrai problème, car ils craignent que le médecin ne manque de compassion ou qu'il se moque d'eux pour leurs peurs "imaginaires".

Cas 4

Un jeune homme, employé âgé de 33 ans, se présente à ma consultation du lundi soir et se plaint d'accès de dépression, qui durent depuis longtemps et qu'il attribue à son entourage. L'interrogatoire montre que ce qui l'avait poussé à venir chercher un traitement ce soir-là en particulier, c'était qu'il avait besoin d'un encouragement pour quitter l'appartement où il vivait avec son père et sa belle-mère pour laquelle il n'avait aucune sympathie. Il faisait la cour à une jeune fille et il avait été contrarié parce que sa belle-mère avait refusé de la recevoir dans leur appartement le week-end précédent, tandis que les parents de la jeune fille avaient accepté qu'il vienne chez eux. Son père lui avait promis de l'aider à trouver un arrangement pour que la jeune fille puisse rester chez eux, mais il l'avait laissé tomber en s'absentant lui-même. Il avait déjà essayé de quitter la maison auparavant, mais son père l'avait toujours persuadé de rester.

Voici un homme attaché à son père, souffrant d'un complexe d'infériorité, et qui est amené à chercher conseil auprès de son médecin pour rétablir son équilibre, au moment où son père l'a laissé tomber en méconnaissant ses efforts pour courtiser une jeune fille et quitter la maison de ses parents. Au troisième entretien avec moi, cet homme arriva accompagné de sa charmante compagne et commença la conversation en disant : "J'ai déménagé". Il semblerait que les médecins puissent parfois rétablir l'équilibre de leurs patients en les aidant à grandir.

Cas 5

Une jeune femme, secrétaire, âgée de 24 ans, vint à ma consultation du matin pour la première fois et me demanda un fortifiant, car elle s'était sentie "à plat" depuis deux mois et ne pouvait pas se concentrer sur son travail. Au lieu d'examiner son cœur à la recherche de séquelles de rhumatisme, ses poumons en pensant à la tuberculose ou ses urines à la recherche de sucre ou d'albumine, je lui dis : "Qu'est-ce qui vous a poussé à venir me voir ce matin en particulier ?" Elle répondit : "Eh bien, on peut dire que le coupe était pleine". J'ajoutai : "Alors, il y a un homme là-dessous ?" Elle répondit : "Oui, je viens de lire l'annonce de ses fiançailles avec quelqu'un d'autre, dans le journal, ce matin. J'ai rompu avec lui, il y a deux mois."

Cas 6

Une femme célibataire de 65 ans a eu une hystérectomie pour fibrome, en 1949. Elle a souffert de constipation depuis l'âge de 18 ans et a pris une quantité de purgatifs. Depuis l'opération, elle a présenté des crises de douleurs abdominales avec selles fréquentes et mucus, ce qui a provoqué plusieurs hospitalisations. En octobre 1957, lors d'un séjour à la campagne, elle a présenté une menace d'occlusion intestinale. Je la vis à son retour à Londres et je demandai une radio de la vésicule, car je me souvenais d'un cas analogue où on avait trouvé un calcul biliaire. La radio ne montra rien d'anormal, à part une ptose de l'intestin. Je continuai à traiter ses troubles abdominaux, sa flatulence et sa constipation par les médicaments habituels de la ptose et de la colite spasmodique. En Janvier 1958 elle fut réadressée à l'hôpital parce qu'elle s'inquiétait beaucoup de ses symptômes et elle fut hospitalisée en Mars, à cause d'une nouvelle douleur dans la fosse iliaque gauche, aggravée par l'alimentation. On fit une laparotomie exploratrice, mais on ne trouva rien d'anormal, à part un colon distendu et quelques adhérences qui attiraient le sigmoïde dans le bassin. La malade mourut six jours plus tard, d'embolie pulmonaire.

On dit souvent que le diagnostic de trouble "fonctionnel" comporte un trop grand risque, tant qu'on n'a pas éliminé toute possibilité de maladie organique et on cite des cas dans lesquels on est passé à côté d'une maladie organique parce qu'on n'a pas fait tous les examens possibles. Le cas qui vient d'être cité montre qu'une malade, qui avait consulté son médecin du fait d'un état de déséquilibre, a perdu la vie à cause de son désir partagé par ses médecins, d'exclure la possibilité d'une maladie organique. Les médecins de l'hôpital ont, sans doute, été satisfaits de leur compte rendu précis, disant que la mort était due à une "embolie pulmonaire consécutive à une laparotomie". Ils se seraient vraiment couverts de ridicule s'ils avaient ajouté : "dans un cas où on est passé à côté du diagnostic de trouble fonctionnel" - de la même façon que la malade se serait elle-même couverte de ridicule si elle avait osé montrer au grand jour les sentiments qui la perturbaient tellement qu'elle était obligée de les convertir en symptômes plus respectables de dysfonctionnement corporel. Cette malade était une femme agréable, efficace et tranquille, qui ne faisait pas d'histoires et qui se plaignait tout simplement de symptômes abdominaux, sans aucun sous-entendu dans sa conversation qui aient pu suggérer qu'elle souffrait en réalité de tensions psychiques. Sa vie aurait bien pu être sauvée, si les médecins qu'elle avait appelés à l'aide s'étaient autant occupés de la possibilité d'une "perte d'équilibre", que de la présence ou de l'absence d'une maladie organique.

Bibliographie: Selint, Michael (1957)

Lancet, ii, 1, 015

-1957 The Doctor, His Patient and the
Illness (Pitman)