

Que faire face à un patient souffrant d'une plainte chronique,

échappant à la plupart des traitements

médicaux, chirurgicaux et paramédicaux ?

Atelier Assises ORL Nice 27 janvier 2012 Prise en charge psychosomatique des troubles ORL chroniques. Dr Piffaut.

Cet article est destiné plus particulièrement aux médecins. Comment reconnaître qu'un patient a besoin d'une prise en charge psychosomatique? Cet article ne concerne pas les patients souffrant de cancers ou de maladies organiques ou psychiatriques évoluées. Aucun des traitements en cours ne sera changé.

Première consultation

Le sujet se présente souvent comme s'il était Le symptôme. « Mon » acouphène, « mon » vertige, « mon » hyperacousie, « ma » sinusite, « mes » angines et quand il s'agit d'un enfant il n'est pas rare d'entendre il « m'a fait » une otite ... Le patient ne parle que de son symptôme comme si la vie elle-même lui échappait.

Le travail sera cognitif en premier lieu. Ce symptôme, cette maladie surgissent des suites d'émotions bloquées dans un contexte qu'il reste à définir. Cela demande du temps, de la patience, une collaboration patient-médecin, sous-entendue une alliance thérapeutique de qualité, sans quoi il risque de ne rien se passer. Le médecin devra lui aussi changer ses croyances et mettre sa toute puissance dans sa poche car seul le malade peut se guérir de quelque chose. Malgré la classification en stades de gravité auquel, à chacun est proposé un médicament ou un acte chirurgical, les médecins ne sont pas sans savoir que des patients guérissent et d'autres pas. Pourquoi ?

Allons voir ou entendre ou sentir du côté de la vie laissant à Thanatos le moins d'emprise possible.

Quelques étapes :

Laisser décrire le symptôme sous toutes ses coutures est essentiel pour glaner des informations spontanées sur le vécu et les pensées du patient à son sujet

Etablir un lien de confiance

Interroger sur les circonstances d'apparition en posant des questions ouvertes : Où, quand, comment, avec qui, combien de fois, qu'avez-vous pensé ou ressenti ?

Sentir. N'est-ce pas ce qui nous donne le sentiment d'exister ? Odorat, goût, sensations kinesthésiques et équilibration, vue, audition...L'ORL est concerné ! C'est la spécialité de la communication par excellence. Fliess, l'ami et le correspondant de Freud n'était-il pas ORL ?

Tourner autour du symptôme, y revenir.

Finalement le patient établira des liens de lui-même entre les situations de sa vie à l'origine du ou des symptômes, des émotions manifestées par des signes fonctionnels physiques, les sentiments de honte, d'envie, d'impuissance, d'injustice, de jalousie si ce n'est la peur, la tristesse, la colère, la joie car même un sentiment positif peut être à l'origine de troubles somatiques. Ne pleure-t-on pas de joie à moins de tomber dans les pommes ? Cela arrive souvent.

Un symptôme est un ami, une sonnette d'alarme qui signifie que quelque chose ne va pas dans la vie et c'est ce sens qu'il nous reste à découvrir autant du côté du patient que du médecin.

Le traitement

Si l'on cherche à envisager le traitement, en fait il a déjà commencé du moment où le patient a pris son rendez-vous. Une personne désespérée ne consulte pas. Elle n'imagine pas que quelqu'un (un soignant) puisse faire quelque chose pour elle. Elle-même ne peut déjà rien. Si le patient consulte, il y a un espoir. C'est ce que le médecin doit faire valoir.

Si le patient se présente démuni précisant qu'il n'y a « que vous qui puissiez faire quelque chose pour moi », il s'agit de taire son égo et de lui renvoyer qu'une seule personne peut faire quelque chose pour lui, c'est lui ! Le psychosomaticien de préférence médecin, sert de catalyseur. Qui devra changer de comportement, de conjoint, d'amis, d'habitudes toxiques, de dépendance, de logement, de travail ? Seul le patient peut changer.

Le changement effraie. Certains ne sont pas prêts à s'y résoudre. Le thérapeute servira de guide, de soutien, de modèle, de protecteur, de Parent permissif (tel qu'il est décrit en analyse transactionnelle). Il guidera le sujet sur le chemin de sa vie avant qu'il ne soit trop tard.

Le problème de notre médecine occidentale est qu'elle n'apprend pas au patient à se prendre en charge. Elle intervient alors que les « mal a dit » sont déjà constituées.

Il n'est pas rare que des patients consultent après avoir rencontré six, sept, huit praticiens dont plusieurs ORL. Le problème est que notre médecine est souvent iatrogène. Parfois quelques mots suffisent à rassurer et ce n'est pas si simple quand la faculté ne nous a pas formés. Devenir psychothérapeute s'apprend.

Les patients ont subi tous les examens, pris tous les traitements, ont même été opérés pour certains mais ils souffrent toujours. Il est fréquent qu'après avoir pris le temps de les interroger et de leur avoir fait comprendre par le questionnement socratique qu'à l'origine se situait un conflit interpersonnel, un harcèlement, un deuil non résolu et après avoir exposé les possibilités de traitement, les symptômes ont déjà diminué en fin de consultation ou à la séance suivante.

Apprendre à gérer les conflits, passer par les étapes du deuil et surtout ressentir physiquement la colère, la peur, la tristesse et exprimer ces sentiments par des mots et non plus des maux, aboutit en quelques séances à un mieux-être. Certains iront jusqu'à dire que « les symptômes, ce n'était pas le plus important ». « Ce n'est pas tant le symptôme qui est important que l'idée, la perception qu'on a ».

Les techniques d'affirmation de soi, nommées apprentissage des compétences sociales sont une aide non négligeable. Les patients eux-mêmes expriment qu'« elles ont rendu leur vie plus douce ». De symptômes, on ne parle plus.

Il arrive toutefois que ces techniques ne suffisent pas. Les personnes ont vécu des traumatismes si intenses qu'elles ne peuvent pas les dépasser : agressions sexuelles, accidents violents, témoins de scènes impensables, pertes d'un enfant, d'un organe, d'une fonction, cataclysme, faits de guerre. Dans ce cas qu'il s'agisse d'un stress post-traumatique tel qu'il est décrit dans le DSM IV ou non, l'EMDR est proposée pour traiter « les situations vécues les pires de la vie du sujet ».

Cette méthode est décrite sur le site www.EMDR-France. Elle consiste à désensibiliser au niveau émotionnel et à restructurer du point de vue cognitif. La scène violente devient de plus en plus éloignée, floue parfois comme si la personne devenait le témoin et non plus l'acteur ou la victime de la situation. Sa perception se modifie. L'EMDR a le mérite de permettre au sujet de trouver à l'intérieur de lui-même les ressources nécessaires et utiles à la résolution de son problème. Il change ses croyances vis à vis de lui-même. Par exemple s'il pensait ne pas pouvoir être capable de s'en sortir, il va récupérer ses moyens et penser qu'il est capable ou qu'il va apprendre, demander de l'aide dont il a besoin ou refuser ce qui ne lui convient pas. S'il s'est senti coupable d'avoir ou de ne pas avoir agi correctement, il va « sentir comme vraie » cette phrase : « J'ai fait du mieux que j'ai pu » ou « il n'était pas possible d'agir autrement ». Ce qui est traité en EMDR l'est définitivement.

Cette présentation ne concerne pas les sujets souffrant de cancers ou de troubles psychotiques.