
UNIVERSITÉ DE LAUSANNE - FACULTÉ DE BIOLOGIE ET DE MÉDECINE

DEPARTEMENT UNIVERSITAIRE DE PSYCHIATRIE ADULTE

Chef de département: Professeur Patrice Guex

***Le trouble somatoforme douloureux et le syndrome de
fatigue chronique, des nouvelles expressions de la
médicalisation de la souffrance***

THESE

**préparée sous la direction du Dr. Jacques GASSER, Professeur associé
et présentée à la Faculté de Biologie et de Médecine
de l'Université de Lausanne**

pour l'obtention du grade de

DOCTEUR EN MÉDECINE

par

Angeles PEREZ FUSTER

Médecin Diplômée de d'Espagne

Originaire d'Espagne

Lausanne

2006

REMERCIEMENTS

J'aimerais en premier lieu remercier le Dr Jacques Gasser, mon directeur de thèse, pour sa confiance, ses critiques constructives, son soutien et sa patience qui m'ont permis de mener ce travail à sa fin.

Mes remerciements également au Professeur François Ansermet pour l'intérêt dans la lecture du chapitre "Langage et corps" et la richesse de ses commentaires.

Je tiens à exprimer mes remerciements à la Drsse Denise Burnier (médecin-conseil de l'Office de l'Assurance Invalidité du Canton de Vaud) qui m'a transmis les données statistiques sur lesquelles s'appuie une partie importante de ce travail.

J'aimerais aussi exprimer mes remerciements au Dr Nicolas de Coulon, médecin directeur de la Fondation de Nant et le Dr Gérard Winterhalter, médecin responsable de la PPEV, qui m'ont mis à disposition les données statistiques de l'institution apportant des éléments intéressants pour nourrir la réflexion.

Ma gratitude à Mlle Sophie Banderet pour son aide dans la révision de l'orthographe.

Finalement, mes remerciements à ma famille et à mes amis qui m'ont accompagné avec leurs encouragements tout au long de ce travail.

Résumé

Le trouble somatoforme douloureux persistant et le syndrome de fatigue chronique constituent des entités cliniques qui incarnent la position particulière du corps dans notre société actuelle. Tous les deux se situent dans un carrefour entre le psychique et le somatique, en interaction étroite avec l'entourage socioculturel, soulignant ainsi la nécessité de considérer l'être humain dans son intégralité.

La société actuelle, pauvre en repères collectifs, où l'exaltation de l'individualité est un critère primordial et où le corps social réparateur n'existe pas, provoque un grand mal être. Le sentiment de ne pas être reconnu dans son intériorité est incorporé et après s'exprime ensuite sous la forme d'une plainte douloureuse. Le contexte de l'émigration et celui des systèmes de prévoyance sociale dans les pays occidentaux, sont des exemples de conditions qui favorisent le changement dans la dynamique de la maladie.

En s'appuyant sur la représentation du corps dans un moment historique précis, l'homme cherche à exprimer une souffrance profonde dans le vécu de soi-même, qui n'a pas accès à d'autres voies d'expression. Le contexte social, culturel, médical, professionnel, lui facilite les moyens d'obtenir la reconnaissance de son affliction sans être exclu du groupe d'appartenance sociale. Les deux symptômes, douleur et fatigue, rassemblent les conditions nécessaires, dans la conception actuelle du corps, sociale et médicale, pour transporter le désir et la demande d'une partie de la société qui ne peut pas exprimer sa souffrance.

« Mais en un mot, je peux vous le dire, souffrir est le mot »
(Henri Michaux, *Lointain Intérieur*)

Es una tarde cenicienta y mustia,
destartalada, como el alma mía;
y es esta vieja angustia
que habita mi usual hypocondría.

La causa de esta angustia no consigo
ni vagamente comprender siquiera;
pero recuerdo y, recordando digo:
--Sí, yo era niño, y tú, mi compañera.

Y no es verdad, dolor, yo te conozco,
tú eres nostalgia de la vida buena
y soledad de corazón sombrío,
de barco sin naufragio y sin estrella.

(Antonio Machado, *Antología Poética, Soledades*)

“Tremblements du corps ou de l’âme, il n’existe pas de sismographie humaine qui permette à qui me regarde d’arriver à une évaluation de ma douleur plus précise, que celle, foudroyante, de mon esprit!”

(Antoine Artaud, *Lettre à Monsieur le Législateur, L’Ombilic des Limbes*)

TABLE DE MATIERES

INTRODUCTION.....	9
-------------------	---

PREMIERE PARTIE: La place du corps

<u>1.1.</u> - Le corps du point de vue anthropologique.....	18
<u>1.2.</u> - Le corps dans la Philosophie et la psychanalyse.....	22
<u>1.3.</u> - Le corps dans la Médecine.....	26
<u>1.4.</u> - Le corps dans la Psychiatrie.....	32

DEUXIEME PARTIE: La Douleur, cette souffrance indicible

<u>2.1.</u> - La somatisation comme catégorie diagnostique.....	39
<u>2.2.</u> - Le Trouble Somatoforme Douloureux.....	50
2.2.a.- Vignettes cliniques.....	62
2.2.b.- La douleur comme symptôme prépondérant dans un processus d'inadaptation.....	69
2.2.c.- La douleur comme langage.....	72
<u>2.3.</u> - La relation Médecin-Malade.....	77

2.4.- Trouble Somatoforme et rupture de vie :
 l'exemple des émigrés.....86

2.5.- L'expertise dans les cas des Troubles Somatoformes.....100

TROISIEME PARTIE: La Fatigue, l'actualité revisitée de la plainte corporelle

3.1.- La Fatigue au XIXème : La Neurasthénie.....111

 3.1.1.- La Neurasthénie dans l'œuvre de Pierre Janet120

 3.1.2.- La Neurasthénie dans l'œuvre de Sigmund Freud.....123

3.2.- Le nouvel visage de la fatigue:
 le Syndrome de Fatigue Chronique.....130

LANGAGE ET CORPS.....139

CONCLUSION.....152

BIBLIOGRAPHIE.....165

INTRODUCTION

Lorsqu'on s'intéresse à l'étude de la place du corps dans la psychiatrie, on est confronté à une diversité d'approches très surprenante. L'étude des maladies psychiques pourrait laisser penser à priori, que la partie corporelle de l'individu serait peu représentée. Cependant, on voit que les dimensions psychique et corporelle se développent de manière parallèle, en étant directement ou indirectement représentées dans la maladie.

Aujourd'hui, il nous semble superflu de s'appesantir sur une réflexion autour du corps, conçu comme participant à tout processus psychique ou physique et de considérer que corps et esprit ne peuvent pas exister de manière partielle, ou indépendante. Néanmoins, la dimension de l'unité de l'être humain, étroitement liée aux mouvements socioculturels et dépendante de différentes orientations de ceux-ci, n'est que rarement prise en compte dans ses implications. Sans nous étendre au sujet des divergences sur l'unité corps-esprit, nous aimerions évoquer les réflexions de M. Bunge autour du "Mynd Body problem" en soulignant la difficulté à établir un réductionnisme absolu de la psychologie à la neurophysiologie. Ceci pour deux raisons: connaissance incomplète actuelle des processus neurocérébraux et importance de l'influence des variables sociologiques sur le comportement humain. Dans ce contexte, le matérialisme émergent (faisant partie du paradigme moniste) est, pour cet auteur, la seule philosophie valable car elle tient compte des limitations imposées à un réductionnisme à outrance (1).

La naissance de la psychiatrie n'a été possible que parce que le questionnement sur les relations corps-esprit s'est fait à partir de la fin du XVIIIème, considérant que l'être humain pouvait exister en tant qu'individu, indépendant du sein de la communauté. La philosophie rationaliste du siècle des Lumières conçoit l'homme comme un être supérieur, au-delà de l'insertion

physique à un corps et à une société, possédant une pensée pure, abstraite, qui n'est pas troublée par le monde pulsionnel. Celui-ci appartient à une catégorie inférieure du fonctionnement humain et pour cela est méprisé. Le corps est un objet désaffecté, apparemment dépourvu d'affects.

La genèse de cette discipline médicale va bénéficier de la marginalisation d'une partie de la société qui n'adhère pas aux critères de compréhension du fonctionnement psychique humain. L'intérêt se porte sur l'étude de l'être humain à travers les manifestations d'un psychisme rationnel défaillant, qui s'appuie sur un corps vide, mécanique, conçu uniquement en tant que support anatomique, physique de l'existence humaine. L'intérieur de ce corps n'existe que comme un ensemble d'organes anatomiques, la psyché appartenant à la raison ou la religion. L'expression du fonctionnement psychique humain est expliqué en termes d'action réflexe sous l'emprise du système nerveux moteur et indépendant des interrelations de l'individu avec l'entourage. L'être humain semble étranger aux vicissitudes de sa propre existence. La compréhension de l'homme suit donc, un mouvement centripète et autant le monde scientifique que social cherchent, dans le deuxième tiers du XIXème, à présenter l'homme sur son versant externe. Il n'est pas considéré alors, comme maître de son destin.

Si au sein de la médecine, les maladies sont étudiées sous l'angle de la méthode scientifique, les maladies psychiatriques ne vont pas échapper à cette approche et leur description est soumise à une catégorisation rigoureuse et à la confirmation d'une étiopathogénie organique. Les travaux sur l'hystérie à la fin du XIXème siècle apportent une vision révolutionnaire de la maladie psychique et de la maladie en général, car le malade est considéré comme un élément actif participant à l'expression de la maladie. Les manifestations de l'hystérie montrent que le monde émotionnel de l'individu est un participant du fonctionnement psychique. Le malade n'est plus le sujet qui subi une maladie, la

portant dans son corps, il est directement concerné dans sa formation. Cette nouvelle prise en compte du malade souligne le mouvement d'ouverture vers une considération du psychisme dans son aspect émotionnel, lui donnant son importance, sans le marginaliser.

Le début du XX^{ème} siècle se caractérise par le changement dans l'appréhension du mécanisme de l'expression des symptômes qui est également considéré dorénavant, à partir de la voie sensitive et plus uniquement sur le registre paradigmatique du système moteur. Dans ce changement d'attitude, il s'agit de souligner la prépondérance d'un inconscient cérébral organisé sur la reconnaissance d'une vie pulsionnelle qui était en vigueur à la fin du XIX^{ème} siècle au moment du développement du modèle réflexe. Cette façon d'aborder le monde émotionnel prend sa place à l'insu des théories freudiennes, en ce qui concerne l'inconscient, et d'autres courants développés sur un aspect plus philosophique (spiritualisme, idéalisme) (2).

L'hystérie remet en question les conceptions prévalentes sur les maladies psychiques, régies par le modèle anatomo-pathologique, basé sur le système nerveux central. Cette nouvelle vision de la maladie laisse la place à l'imaginaire du malade et à l'existence d'une souffrance interne qui cherche des voies d'expression vers l'extérieur. Ce mouvement trouve aussi son assise dans la configuration du corps du XIX^{ème}, qui est ambivalente face à la reconnaissance du monde sensoriel et des émotions, tout en permettant des innovations. Le corps régi par la morale victorienne est un corps clivé, qui favorise l'alternance entre un corps mécanique, produit de la société industrialisée, vidé, et un corps souffrant, chargé d'affects, exprimant la lassitude d'un individu, dans une société qui ne lui permet pas d'exister comme tel.

Dans ce contexte, un phénomène intéressant apparaît. Il s'agit de l'influence des changements sociaux qui conditionnent la psychopathologie et

qui modulent le mode de présentation de la souffrance individuelle. L'approche qui se fait de la fatigue, par exemple, est déterminée par la transformation de la pensée sociale qui, à la fin du siècle, se construit sur les progrès de la société industrielle, sous le paradigme de la transformation de l'énergie. Les plaintes évoquées par les malades sont intégrées dans une maladie reconnue par la société et le collectif médical. La neurasthénie permet de recueillir un tableau clinique qui reflète le malaise d'un groupe social. Il s'agit ici de la maladie comme le résultat de l'interrelation entre l'individu et la société, conception plutôt innovatrice qui est apparue avec le développement de la société moderne. Ce qui est innovateur ici, c'est la reconnaissance du support corporel à la souffrance psychique, la possibilité pour l'individu, selon sa propre idiosyncrasie, d'utiliser les mouvements variés de son corps. Ici on peut rejoindre les postulats de certains auteurs qui défendent que la présence de la maladie psychosomatique est le résultat de l'interaction entre le bagage génétique (donc la susceptibilité physique et psychique de chaque individu) et l'environnement culturel. Il n'est plus possible dans ce cas de soutenir le réductionnisme scientifique pour expliquer l'apparition de la maladie (3). Cependant, malgré ce changement dans la conception de la maladie psychique, son abord en général est soumis aux directives de la médecine scientifique.

Il existe néanmoins, des mouvements qui sont en faveur d'un lien étroit corps-psyché, comme en témoigne le développement de la psychosomatique. Ce nouveau champ de travail, aux limites incertaines, a beaucoup suscité de controverses très acharnées en ce qui concerne les troubles qualifiés de somatisations. La présence de symptômes physiques qui sont impliqués dans un trouble psychique, constitue un terrain de discussion où le conflit pour déterminer la limite corps-psyché ne trouve pas d'issue. Cette frontière si peu précise favorise le déplacement de plusieurs problématiques à l'origine des

troubles psychosomatiques et en rapport avec le contexte socioculturel du malade.

Ces troubles somatiques, pour lesquels aucune cause organique n'a été trouvée, sont décrits depuis le début du siècle. Ils sont constatés après des événements traumatiques (guerres, accidents,...) ou, en tout cas assez stressants, pour modifier considérablement l'équilibre de vie. D'autres cas, sont observés dans des situations de détresse, moins spectaculaires, mais qui font impression sur la personnalité de l'individu. Ces troubles, qui font partie des tableaux cliniques, sont mal acceptés par certains professionnels de la médecine, car leur étiologie est difficile à comprendre et la réaction assez pauvre au traitement remet en question la capacité professionnelle du médecin. Malgré l'étendue du problème, ces troubles sont mis en marge des différentes classifications des maladies psychiques, considérés plutôt comme une pathologie par défaut, ou prise en compte par exclusion d'autres troubles avec des limites psychopathologiques plus nettes.

Dans la réflexion qui suit, on peut s'atteler à relever les raisons qui expliquent le fait qu'il ait un développement si hétérogène de ce type de pathologie, présente dans différents environnements socioculturels.

L'industrialisation de la fin du XIX^{ème} siècle provoque un profond changement dans la société occidentale, où la société, fondamentalement rurale jusqu'alors, devient majoritairement citadine. Cette transformation, qui bouleverse les rapports de l'homme à son environnement, a lieu dans un très court laps de temps. L'homme doit trouver de nouvelles formes de vie qui se démarquent de la forme de vie traditionnelle et chercher des nouveaux repères et formes d'expression. Si son esprit est exalté par l'essor des sciences, son corps reste un objet non intégré dans l'individu. La souffrance psychique exprimée à travers le corps restitue à l'homme une place qu'il avait perdue. Le langage qui

permet le dialogue et la compréhension par l'autre est le langage du corps à travers la maladie. Celle-ci exprime la souffrance d'un mal être existentiel qui réside à l'intérieur de soi. Ainsi, les troubles classés sous l'appellation de neurasthénie montraient le compromis qui pouvait être permis entre la souffrance individuelle et l'intolérance à un mode de vie insatisfaisant ou douloureux. La promotion de l'individuation amène le fait que l'homme est, en soi-même, un monde en interrelation avec l'univers qui l'entoure. Il s'agit de deux systèmes en interaction continue, s'influçant réciproquement, se modifiant en conséquence. Dans cette dynamique, le corps peut aussi devenir le siège de transformations provoquées par cette interaction, et les manifestations de celle-ci vont se développer en fonction de l'évolution de la société.

Face à cette variabilité de troubles somatiques liés à facteurs psychiques, la psychiatrie a fait de nombreuses tentatives pour les définir dans des catégories cliniques aux limites incertaines et dépendantes de différents mouvements théoriques à la mode. La présence de ces entités cliniques souligne la nécessité d'octroyer une place à une modalité d'expression de la souffrance psychique qui trouve son intermédiaire à travers le corps. L'association fréquente de facteurs psychiques dans la formation de troubles somatiques conduit au fait que certains somaticiens résistent à s'en occuper, ce qui s'inscrit dans le cadre d'une relation médecin-malade perturbée. Cette dynamique problématique a des répercussions sur la relation patient-système de soins. En effet, les changements dans l'abord du malade qui se sont produits depuis le début du siècle, liés à la dynamique progressiste dans une société moderne, ont beaucoup influencé les modalités d'expression de la maladie et donc du "tomber malade".

Le malade doit se placer d'abord dans un système de soins, pris dans un système de santé. La création d'un système de prévoyance sociale dans les pays occidentaux, modifie une dynamique de la maladie, qui ne se mesure plus en

termes de souffrance, mais en termes de faiblesse, d'invalidité, de handicap. Cette structure sanitaire, qui est "l'organe exécutif" de la médecine institutionnelle, présente des failles dans sa constitution, qui sont relevées par l'action inefficace face aux troubles nommés somatisations. Parmi ceux-ci, le trouble somatoforme douloureux constitue l'exemple d'un trouble qui se situe à la frontière des différentes approches d'un patient (somatique, psychique, social), soulignant la nécessité de considérer le malade sous différents aspects et de le prendre comme un sujet tout entier. Dans ces troubles, sont incluses plusieurs manifestations qui sont, elles-mêmes, des manifestations limites entre la souffrance psychique et physique, comme la douleur et qui accentuent la difficulté à mettre une limite entre psyché et soma.

Une manifestation également très courante dans ces tableaux cliniques est celle de la fatigue. Il s'agit d'une manifestation du vécu émotionnel de chaque individu, en rapport avec la culture environnante et faisant partie d'autres troubles psychiques comme la dépression, avec lesquels la confusion s'installe facilement lorsqu'on est face au patient. Le recours à cette plainte, pour exprimer une souffrance psychique n'est pas un sujet nouveau, la neurasthénie de la fin du XIX^{ème} en témoigne. Actuellement, la réutilisation de cette manifestation revalorise la place de l'intérieur du corps, dans l'expression d'un mal être existentiel.

D'une manière analogue à la neurasthénie, les troubles somatoformes représentent la capacité du corps de refléter la souffrance d'une existence en détresse, sur l'écran offert par la maladie. Dans certains troubles psychiques, comme l'hystérie, prévalait l'idée que la cause pathogène se trouve à l'intérieur du psychisme, et qu'elle cherche à se manifester par différentes voies (psychiques, somatiques). Toutefois, pour d'autres troubles, on observe une dynamique différente. Dans le rapport que les troubles somatoformes ont aux

différentes dimensions de l'existence humaine (sociologiques, psychiques), l'origine est située à l'extérieur du corps, puis est intériorisée et devient agent producteur de symptômes qui peuvent se constituer en miroir de la souffrance du malade. Comme certaines des maladies psychiques de la fin du siècle passé, telle que la neurasthénie, certains troubles d'aujourd'hui montrent la capacité de l'individu de faire sienne, une détresse individuelle qui trouve son origine à l'extérieur et qui est renvoyée sur le même système qui l'a créé.

La première partie de ce travail est consacrée à un bref parcours historique de la place que le corps a pris au sein des différents domaines qui s'occupent de l'homme. L'attention dont a bénéficié le corps dans les différentes disciplines, indique l'importance qu'il a dans l'histoire de l'homme. Le rôle qu'il détient au sein de la médecine en général et de la psychiatrie en particulier, n'est lié qu'aux mouvements de la pensée sociale.

La deuxième partie est consacrée au rôle du corps en tant que véhicule d'expression de la souffrance psychique, qui ne peut pas être circonscrite au dysfonctionnement psychique et qui atteint la sphère sociale. Le trouble somatoforme douloureux, constitue, parmi l'éventail des catégories inscrites sous le terme somatisations, l'exemple qui intègre les différents aspects qui entourent l'homme malade: corps et psyché, en interaction avec l'environnement. Il s'agit, d'ailleurs, d'un trouble récent dans l'histoire de la psychiatrie et qui répond à une nécessité de définir certaines observations du domaine médical et social. Ce trouble se situe au carrefour entre le psychique et le somatique en interrelation étroite avec l'entourage socioculturel. La réflexion autour de cette pathologie, nous permet d'aborder différents aspects qui

signalent l'étendue de l'atteinte psychique chez ces patients: leur histoire de vie, la constitution de leur personnalité, l'évolution personnelle, sociale, médicale.

La dernière partie est dédiée à une réflexion autour de la fatigue, comme manifestation limite entre l'expression corporelle et l'expression psychique de la souffrance de l'individu. Sa présence dans certains tableaux cliniques réactualise une entité clinique comme la neurasthénie, porteuse d'un mal être existentiel, qui ne peut que s'exprimer par voie corporelle.

Le trouble somatoforme douloureux persistant et le syndrome de fatigue chronique constituent des entités pathologiques qui incarnent la place particulière du corps dans notre société actuelle. On est confronté là, à la dimension de l'intime qui reflète le sentiment de mal être de l'individu face à une société qui ne le reconnaît pas dans son intériorité.

PREMIERE PARTIE: La place du corps depuis 1980

1 1. Le Corps du point de vue anthropologique

Dans une conception cosmologique du monde, tel qu'elle était prédominante jusqu'à la Renaissance, le corps est partie intégrante et non différenciée, des éléments qui constituent la Nature. Le processus d'individualisation qui se développe par la suite donne au corps une place différente dans la société. Le corps comme facteur d'individuation (4) permet une séparation d'avec le cosmos et par conséquent, marque une limite avec la communauté. Dans ce contexte, le lien que l'individu a avec ce corps semble ambigu, car il est perçu plus comme un attribut que comme une identité: avoir un corps plutôt qu'être un corps. Ce changement donne lieu à un regard différent sur ce corps qui devient objet d'étude direct, tel qu'il est abordé par les anatomistes (Vésale) ou les artistes (Leonardo da Vinci). Le corps devient un objet d'exhibition (5).

A partir du XVI^{ème} siècle, avec l'apparition de la Réforme, cet individualisme s'accroît (l'homme est seul devant Dieu), laissant la place à une nouvelle conception de l'homme dans la société, favorisant le développement du capitalisme et la modification du sens des valeurs sociales (5). En même temps, il y a une survalorisation de l'interdit, le corps est considéré comme lieu d'inscription du mal et dans cette vision dévalorisante, il représente plus la mort que la beauté. C'est la période de propagation de l'Inquisition qui témoigne de la position extrême de disqualification dans laquelle le corps est mis (6).

Cette pensée concernant la notion de corps, considéré de manière indépendante du sujet qui l'habite, s'est consolidée fermement par la suite. La conception mécaniste du monde qui caractérise la pensée du XVIII^{ème}, continue et amplifie cette séparation du corps et du sujet ce qui se perpétue jusqu'à

présent. Le dualisme cartésien est le modèle théorique toujours en vigueur pour l'étude de l'homme qui s'est étendu sur plusieurs disciplines scientifiques. La pensée rationaliste dominante a relégué les aspects plus sensitifs de l'homme au deuxième plan, lesquels n'ont trouvé d'autre moyen d'expression qu'à travers les soins esthétiques donnés au corps, ce qui est à l'origine du souci social pour l'apparence externe. L'importance du regard de l'autre est majeure. Le corps du siècle des Lumières a une fonction de contention des capacités imaginatives (6) et ce besoin de contrôle du corps va se prolonger tout au long du XIXème.

Ainsi, on arrive à ce que la forme du corps soit le résultat d'un processus culturel. Elle donne à l'individu un statut précis dans la société et est un critère de normalisation (7). Le corps devient le symbole d'une culture et l'image sociale de celle-ci, la métaphore d'une réalité socio-politique (7, 8). Il a d'ailleurs un rôle très important dans les relations interpersonnelles et dans le positionnement que l'individu a vis-à-vis de l'autre (9).

Dans la société actuelle, la dualité corps-esprit atteint des limites extrêmes et il se produit une exaltation des valeurs du corps. Le culte de la jeunesse, d'un corps standardisé, faisant abstraction du temps, ainsi que le déni de la mort en sont l'expression. On peut parler de la présence d'un corps désincarné (10) et de la glorification du corps érotique, qui est l'exaltation d'une culture érotique, le corps ayant une *valeur-fétiche* (11). L'idéologie du corps est à la base d'un nouveau narcissisme (6, 8) qui exalte ce qui était autrefois dénigré, considéré comme négatif et qui désormais érige le corps en faire-valoir (8).

Il y aurait donc, une tendance à la psychologisation de ce corps-machine mécaniste qui est hissé à la catégorie d'alter ego. Les modifications de la vie peuvent se faire à travers le travail sur le corps (par exemple la bioénergétique) (8). Le corps est la voie d'intégration de l'individu dans la

société, mais ceci, face à une société qui n'a pas des repères solides, qui est désinvestie par ses membres. Il y a donc un retournement de valeurs et le corps cherche l'épanouissement dans l'intime. L'intimité comme valeur sociale remplace la convivialité très répandue dans les années soixante (8). Cette nouvelle valeur est déposée sur le corps, lequel acquiert ainsi une place essentielle dans l'intégration sociale de l'individu. Ce bouleversement des rapports dans la société est en fait, une tentative de cacher la peur de l'autre, et de retrouver au travers de la parole, l'importance du corps et la présence de l'autre (6).

Tous ces changements sur la manière de considérer le corps par les individus et la société, indiquent l'importance qu'il acquiert dans la représentation que chacun se fait de soi-même et de l'autre. L'image du corps n'est pas unitaire, elle obéit aux différentes conceptions en vigueur, aussi bien celles qui appartiennent au savoir biomédical qu'à celles qui correspondent à l'imaginaire populaire, selon un modèle holistique. Il y a donc, une multiplication des images du corps qui sont assemblées de manière particulière pour chaque individu, donnant l'image d'un corps parcellisé, morcelé, mis en pièces ("habit ou manteau d'Arlequin") (12, 13, 14, 15, 16). Cette fragmentation du corps induit la possibilité de l'échange de ses parties et de la nécessité de réparation de tout corps hors-norme (transplantations, chirurgie,...) (7, 14), dans un contexte où la rationalisation du corps le transforme en machine dont on attend un rendement (machine cybernétique). A ce point, le corps devient un objet de consommation comme d'autres pour la société capitaliste (11).

Dans la configuration de cette image corporelle multiple, interviennent les éléments apportés par la culture environnante et l'expérience dans la relation avec l'autre: la réalité corporelle est diluée par la société à laquelle elle appartient en tant qu'organe et support de la culture. Ainsi par

exemple, suivant le modèle psychanalytique, le regard d'autrui, par le désir qu'il véhicule, est un élément de construction de cette expérience corporelle (13). Cependant, parallèlement, cette prépondérance du regard, dans la société actuelle, accroît la tendance du sujet à s'identifier à un corps réel, objectif et dépositaire dans le cas de la maladie, d'un diagnostic. En conséquence, l'image du corps est de moins en moins mentale et de plus en plus visible, provoquant une confusion entre la vision et la représentation (6). Le corps devient une entité concrète, objectivante, précise dans ses limites tel qu'un objet d'étude pour la science. Nous constatons alors, que l'homme se trouve réduit à une surface, support de l'observation, et que c'est la science qui s'occupe des profondeurs, donc de son individualité (6). Ainsi, le corps est considéré uniquement comme un écran de projection où sont exposées les manifestations de l'identité personnelle, modelées par les différents rythmes sociaux. Le dysfonctionnement de cette dynamique qu'essaie de rassembler ce corps parcellisé ne peut pas être compris, car un système d'interprétation valable et unitaire de cette nouvelle image corporelle est absent dans la société (ce qu'on constate, par exemple, chez les émigrés) (8, 14). La nature ne modèle plus l'identité de l'homme: avec les progrès scientifiques et les modifications des formes de vie, l'homme s'éloigne de la nature et il est défini désormais à partir de la science (17).

1.2. Le Corps de la Philosophie à la Psychanalyse.-

Au début du XXème siècle, le corps, comme objet d'étude épistémologique, est abordé, fondamentalement, par trois approches théoriques qui ne parviennent pas à donner une représentation du corps unitaire. Ce sont les "neurosciences", centrées sur l'étude du cerveau et héritières du dualisme

cartésien, la philosophie phénoménologique et la représentation de l'image du corps donnée par la psychanalyse.

La dimension du corps donnée par l'axiologie cartésienne domine le savoir scientifique jusqu'à nos jours. Elle a été, d'ailleurs, à l'origine de la médecine moderne (5) et du réductionnisme auquel on assiste dans les sciences biomédicales (14). La désacralisation de la nature et le processus d'individualisation ouvrent la porte à l'étude du corps humain séparé de l'individu et de sa partie moins humaine, le cadavre. Le corps est coupé du cosmos, de l'autre et de lui-même, il est le résidu de ces trois aspects (5).

Le dualisme de Descartes avait un double objectif. En premier lieu, dégager le sujet pensant, autonome, celui qui exerce le doute méthodique, des aspects plus obscurs de l'imaginaire et de la réalité corporelle quotidienne. En deuxième lieu, il s'agit de retrouver une autre réalité du corps (corps machine). Cette dichotomie a contribué d'une part, à la fécondité des sciences biologiques et de la culture technologique mais aussi au refoulement de corps vivant et d'autre part, elle élève la pensée (cogito) en même temps qu'elle dénigre le corps (18). Le refus du corps est la conséquence de la définition de l'âme, considérée comme l'essence même de l'être, alors que le corps n'est que la circonstance occasionnelle de l'existence incarnée, au service de l'esprit. Cependant, ce refus du corps est aussi le refus de la temporalité et l'échéance de la mort (17,19) tandis que, paradoxalement, la seule représentation acceptée pour le corps est celle de la mort (6). Dans cette logique cartésienne le temps n'est pas considéré comme l'élément qui rend possible la perception et la connaissance de soi-même (20).

Dans cette conception de la condition humaine qui réduit l'homme à une surface, tandis que la science s'occupe des profondeurs (sans lien apparent), la philosophie phénoménologique trouve une voie pour restaurer une

signification humaine au corps et rassembler ses différentes parties. Le vécu de la corporéité par soi-même est situé dans la relation avec les autres. Par ce vécu, le processus de la pensée est placé dans l'expérience concrète, fondée sur la conscience intime du temps qui est en train de se dérouler dans la rencontre.

Pour Husserl, le retour au corps se fait à travers l'expérience concrète du *sentir* (le sensible). La sensation, la perception seraient des activités appartenant au corps et au sujet pensant (la totalité du soi). Penser se constitue donc, en acte incarné. Cette expérience vécue de la corporéité est une manière de manifester la présence de l'être humain, de l'être-au-monde. Le corps est le lieu où se manifeste la présence de l'être humain, et n'est pas uniquement un lieu d'objectivation de ses parties ou de l'ensemble de celles-ci. Merleau-Ponty va aussi dans ce sens; le corps est réincarné sans cesse en lui-même, mais la rencontre avec soi se fait dans la relation au monde, c'est-à-dire, dans la rencontre avec l'autre. Cette question de la rencontre entre le corps propre et le corps étranger sera aussi abordé par d'autres auteurs tels que Sartre, Heidegger et Freud (16, 18, 21, 22).

Le concept d'incarnation a été utilisé par la phénoménologie moderne pour interpréter la nature de la chair. Elle évoque une opération de matérialisation, de corporéisation, de mise en relation, de dialogue constant entre corps et esprit: "Penser le corps, c'est avant tout penser le corps propre; penser implique une incarnation, un travail qui appelle à une mise en relation entre le sentir, le connaître, le dire du corps"(21). Le corps connote la chair dans le processus qui donne la vie à l'être. Heidegger a utilisé le néologisme *Leibkörper* pour signifier cette double valeur, faisant référence au corps-propre *habité* (23). Citant à nouveau cet auteur, Fernandez-Zoila dit par ailleurs: "la chair est comme l'esprit-du-corps, dans la mesure où les réincarnations sont constantes et pluriquotidiennes. Le soma et la psyché apparaissent comme des pôles extrêmes;

le charnel est entre les deux” (21). Ces idées rejoignent la conception du corps en tant que propriété de soi-même, ce qui serait fondamentale dans la relation entre l’esprit et son propre organisme. Le phénomène de propriété de mon corps se constitue en relation à ces processus qui font le soi-même et qui incarnent la vie psychique (24).

B. Andrieu (6) soutient que dans la philosophie de Bergson, sont déjà évoqués les aspects théoriques sur lesquels vont se fonder les trois approches principales de l’étude du corps et il décrit trois modèles selon les différents modes de représentation du corps humain. Le premier parle de la conscience de corps vécu, faisant référence à la chair (selon la tendance de la phénoménologie moderne qui s’occupe de définir l’incarnation du temps et de l’espace dans le corps humain), idée reprise, ultérieurement, par Merleau Ponty. Un autre modèle se base sur les découvertes en neurologie qui permettent d’établir des liens entre matière et mémoire. Il peut être représenté actuellement par les neurosciences et la neurophilosophie qui prennent d’ailleurs, une place de plus en plus grande. Et pour le troisième modèle, il est développé par la psychanalyse sur deux orientations principales à partir de l’idée de Bergson sur la relation entre perception, corps et image. Pour Freud, il s’agit de l’image libidinale du corps. Celle-ci est liée à la perception que le corps se fait de lui-même. Par la libido, le corps investit son image comme une partie de soi-même, le résultat étant l’investissement narcissique du Moi. Selon l’orientation lacanienne, ce qui est déterminant, est la prise de conscience de la valeur mondaine de cette image (expérience du regard d’autrui, par exemple) qui devient représentation (image mentale du corps).

Cependant, ces conceptions de Bergson, malgré le partage du même objet d’étude, traduisent une dispersion de la notion du corps (6). L’unité du corps est définie selon une représentation topographique: une topique interne

avec un fondement physiologique, représentée par le cerveau; une topique externe concrétisée dans le corps spatial, indestructible, garant de la présence d'un être, d'un sujet avec une histoire, et en relation avec autrui. Elle est représentée par l'image du corps. Entre ces niveaux, s'intercale l'interface, correspondant à la chair (le corps et l'esprit). La compréhension de cette dynamique exige une approche interdisciplinaire qui permet de ne pas en rester aux alternatives extrêmes: cerveau ou inconscient. Le passage entre les différents niveaux se fait de manière continue et discontinue, provoquant des déformations et des transformations au travers des interactions entre ceux-ci, et il donne lieu à l'incarnation, qui n'est pas simplement le mouvement de passage de l'âme au corps. L'expérience humaine est mise en relief par le mouvement de l'incarnation et c'est dans la chair que s'inscrit l'histoire du sujet (25). L'activité d'incarnation en tant que travail minutieux de liaison entre les différentes parties de ce corps parcellarisé ou fragmenté, induit un processus de différenciation. Lorsque ce processus n'a pas eu lieu, l'inscription n'est pas possible. Le non-historique du corps fait alors irruption et l'individu risque de tomber dans un fonctionnement psychopathologique, "faisant partie des morts vivants qui déambulent dans le monde" (23).

A partir des travaux sur l'hystérie, Freud élabore une idée sur la perception que chacun peut se faire de son corps. L'image du corps est la première manière d'être un corps humain lequel est lié à l'investissement libidinal du Moi. Cette image du corps n'est pas seulement le résultat d'une perception de soi-même, mais également le résultat d'une élaboration subjective du retournement de l'objet perçu, qui dépend de la nature de cet investissement. Il se dégage donc, deux tendances: l'image du corps libidinal permet au Moi de se construire dans le narcissisme (Freud, Abraham, Schilder, Dolto, Anzieu), l'image du corps est mentale, et par le stade du miroir jette le Moi dans

l'imaginaire et le symbolique (Rank, Wallon, Lacan) (26). Freud décrit différents stades du développement psychique (oral, anal, génital) en fonction des mouvements psychiques de fixation et de régression, sur différentes parties du corps, qui sont des éléments essentiels pour la constitution de l'image du corps (22). D'autres auteurs (Lacan, Bion, Kohut, P. Aulagnier, Tustin, Haag) développent des théories centrées sur les rencontres entre le sujet, pendant les périodes précoces de son développement et ses objets psychiques, notamment avec la mère (27). Selon ces courants, on retrouve dans les processus psychosomatiques des défaillances qui se sont produites dans les premières étapes du développement, et qui empêchent la formation d'une représentation adéquate du corps (27, 28).

1.3. Le corps dans la Médecine

La science médicale continue à s'intéresser au corps en tant qu'objet d'étude suivant le modèle du "corps machine" du dualisme cartésien et l'instrumentalisation qui caractérise le développement des différentes disciplines biomédicales porte la séparation corps-esprit à sa limite extrême. Cependant, actuellement, nous assistons à une tendance novatrice dans l'attitude que la science biomédicale adopte par rapport à l'approche que fait de l'individu. Le mouvement qui vise à déraciner l'homme de son corps aboutit à établir une nouvelle version du dualisme dans l'opposition de l'homme à son corps et non plus dans la dissociation âme ou esprit face au corps (10), et nous allons nous étendre sur cette idée autour de la place que l'imagerie médicale a prise.

Nous avons vu que dans le processus d'individualisation qui a eu lieu à partir du XVIème, le regard à l'autre a acquis une importance fondamentale. Cette nécessité s'est manifestée, non seulement dans les coutumes sociales (intérêt pour l'image sociale de soi-même), mais a également permis que l'observation directe, soit un élément qui permette l'accès à la connaissance (avec le développement des sciences physiques, de l'astrologie, des beaux-arts..). Cette attitude va perdurer dans les siècles suivants, favorisant dans le champ de la médecine, le développement et la prédominance de la recherche anatomo-pathologie, seule voie considérée comme valable pour la connaissance de la maladie. La technique de la palpation et l'écoute du patient étaient les moyens principaux dont disposait le médecin pour l'exploration du corps vivant. Ainsi le corps humain était examiné avec minutie. Cependant, il s'agissait de l'examen d'un corps et pas d'une personne, faisant abstraction du sujet et de son histoire personnelle.

Cette différenciation est plus évidente par la suite et les avancées technologiques en imagerie (rayons X, résonance magnétique, échographie) montrent la modification du rapport au corps. L'accès à l'intérieur se fait sans intermédiaire, de manière directe, ni la parole du patient ni celle du médecin ne semblent nécessaires et l'acte médical se réduit à l'utilisation d'un instrument ¹. L'intérieur du corps montré par l'image devient une réalité, qui ne peut pas être considérée autrement que de manière positive, sans possibilité d'imaginaire. Depuis que la dissociation corps-esprit gère les mouvements d'un large secteur de la médecine, il y a eu, progressivement, un passage de l'image-symbole à

¹ Plus spectaculaire est sûrement, la connaissance du fonctionnement cérébral à travers les nouvelles techniques en imagerie. Celui-ci nous apparaît comme une instantanée qui permet l'accès aux secrets du fonctionnement cérébral et en conséquence, la connaissance du fonctionnement humain. On devient, à travers le regard de notre oeil, le spectateur de notre propre intimité projeté, néanmoins, à l'extérieur.

² Par ailleurs, avec les moyens offerts par la technique, la médecine atteint le sommet de la maîtrise dans l'investigation et dans la connaissance du corps humain, elle peut négliger cependant, d'autres aspects importants dans son développement tel que la relation entre malade et praticien (29).

l'image-signe (30). Dans ce qui est montré, on ne tient pas compte de ce qui échappe à la technique: les zones d'ombre, l'insuffisance d'une image pour expliquer, à elle seule, l'apparition d'une maladie ou son inexistence, la représentation que le malade se fait de l'image de son corps dont il se sent dépossédé (les cas nombreux de patients fonctionnels en témoigneraient) (29, 30).

La fiabilité des résultats défendue par l'imagerie, corrobore l'idée que l'homme est dissocié de son corps. L'anatomie devient une réalité autonome et se constitue en point d'ancrage de la maladie, celle-ci ayant un caractère d'étrangeté pour la personne. Le malade devient l'épiphénomène d'un processus physiopathologique qui fait irruption dans son corps ("malade malgré lui"). En abordant le malade de cette manière on peut dire que le savoir de la médecine fait recours à un corps et pas à un sujet, et on arrive à penser qu'on soigne une maladie et pas un malade (31).

Avec cette approche partielle, une partie de la médecine fait abstraction de la présence humaine, ne tenant pas compte du fait que l'homme est une unité qui se construit dans la relation avec les autres et dont l'expression acquiert un caractère symbolique: "il est de la nature du corps d'être métaphore, fiction opérante" (31). Cette conception, assez novatrice, a été apportée par Freud et Breuer dans le texte "Etudes sur l'hystérie" (1895), introduisant les bases d'une nouvelle manière d'aborder le malade et de considérer la maladie, en particulier les troubles mentaux. Un secteur de la médecine actuelle est néanmoins, prise dans un système où elle est coupée des aspects plus subjectifs de la maladie (donc, tout ce que ne peut pas être observé et maîtrisé par la science et qui est par ailleurs, souvent laissé de côté). Cela met en exergue dans le temps, les insuffisances de sa pratique. Les limites d'une telle approche, qui n'accordent pas d'importance aux aspects symboliques de la maladie sont,

cependant, relevées dans la pratique (par exemple, l'effet placebo, les cas de sinistrose) (30, 31). Ce savoir médical, de plus en plus spécialisé, donne la priorité à la connaissance d'un corps anatomique, fragmenté, morcelé, interchangeable, qui devient un produit de marché rare et très sollicité (transplantations, chirurgie esthétique), illustrant à l'extrême le modèle de la machine humaine. Toutefois, il y a continuellement des faits qui montrent la limitation de cette conception, comme par exemple, les réactions immunologiques de rejet.

Cette conception de l'homme malade, partagé par une partie du système médical, dans laquelle l'homme est un objet et pas un sujet, écarte le vécu affectif inhérent à la pratique de la médecine. Les émotions et la souffrance liées à la maladie sont minimisées, et la représentation que chaque malade va se faire de la maladie, ne restera que d'un intérêt secondaire pour ce praticien. Cette attitude peut atteindre des positions extrêmes concernant la représentation que le patient se fait de la maladie en tant que questionnement sur la vie. Certains auteurs défendent l'argument que le savoir dominant que ce type de praticien possède sur le corps l'amène à repousser les limites naturelles données par la mort, faisant du *déni de la mort* un pilier sur lequel se consolide la médecine. Son efficacité indiscutable "fait de la mort une altérité absolue que rien ne rattache à la condition humaine" (10). Cette conception maintient d'ailleurs, un tabou social (la mort) et l'image d'un corps désaffecté et mécanique.

Le réductionnisme dans la science se fait de plus en plus marqué avec les progrès dans le domaine de la génétique. La maladie est expliquée dorénavant selon le paradigme de l'information. Tout ce qui est transmis (le code génétique, l'histoire somatique) répond à un programme établi qui est déterminé par les mouvements de l'évolution (32). Ce savoir est indifférent au

sujet incarné et l'homme est dépossédé de l'imaginaire de son corps, sans avoir non plus, accès à la connaissance scientifique (10, 31). Le savoir du corps implique la possibilité du pouvoir sur lui et c'est le savoir biomédical officiel qui en est le détenteur. Les repères dont l'homme disposerait pour lui permettre la compréhension de son corps et de sa personne face à la maladie, lui font défaut. L'homme ne peut pas relier ses souffrances à un système d'interprétation connu. Le praticien se trouve également dans cette impossibilité et ne peut pas faire des liens entre le sujet qui est face à lui, étranger, méconnu, et sa connaissance de l'homme, basée sur la science, car la "parcellisation du corps entraîne la désymbolisation" (14). Ceci soulignerait le fait que, autant la représentation sociale de la maladie comme celle de la santé, ne puissent ne pas être considérés dans le travail de compréhension de la maladie, faisant partie d'une approche globale du corps et de la personne (33)

Depuis la fin du XIX^{ème}, on assiste à une rupture progressive dans l'institution médicale dont l'origine se trouve, il nous semble, dans l'insatisfaction des patients et médecins, devant un système qui ne reconnaît pas les insuffisances dans la compréhension de la maladie. Ainsi le fait de se tourner vers les médecines traditionnelles traduirait un malaise profond parmi ces usagers du système de santé. Le paradigme scientifique, seul modèle de référence des sciences biomédicales, est l'élaboration théorique d'une culture déterminée, la culture occidentale, et d'une époque et sa prédominance dans tous les domaines de la science est claire. Cependant, ce système est remis en question car il obéit aux changements profonds de la société dans laquelle il a été conçu, et il n'a plus l'hégémonie de la connaissance. Son autorité unique est discutée, faisant apparition une nouvelle vision de la santé avec d'autres exigences, face à un système de santé qui devrait plus tenir en compte les aspects liés à la souffrance physique et psychique des individus.

Le pluralisme médical actuel répond probablement, à l'absence de cohérence et à l'excès de pragmatisme dans l'exercice de la médecine scientifique. Malgré leurs différentes orientations, ces diverses approches comportent un objectif commun: soigner les êtres humains (34, 35, 36, 37). L'essor des médecines alternatives correspond bien à une crise sociale caractérisée par l'absence de sens et de repères ainsi que par le démembrement des principes sociaux et culturels. La détresse sociale se manifeste à travers la recherche de soins et de bien-être, objectivés dans les *médecines de la personne*. Ainsi on pourrait dire que l'individu est en quête permanente d'un *corps perdu*, témoignant d'une *communauté perdue* (37). Pour les médecines alternatives, le sujet est en constante interaction avec son corps et le milieu qui l'entoure. Elles peuvent donner une réponse qui prend plus en compte les changements inhérents à la nature humaine et aborder la question de la souffrance physique et mentale (34, 36). Cette tendance remet en question la validité d'une partie de la médecine officielle pour comprendre la globalité de l'être humain et défend une approche holistique qui, pour se mettre en pratique, nécessiterait une transformation profonde des présupposés épistémologiques qui soutiennent une partie de la science biomédicale. La pensée de Von Weizsäcker, qui propose une action thérapeutique du médecin orientée vers l'inscription de la pathologie du sujet dans son histoire et vers l'accession à un sens de celle-ci, initie la construction d'une médecine plus humaniste (38).

1.4. Le corps dans la Psychiatrie

L'importance du corps en psychiatrie est étroitement liée à la notion de maladie mentale qui est, d'ailleurs assujettie aux mouvements théoriques qui dominent la médecine. Les débuts de la psychiatrie scientifique se situent au XVIIIème avec T. Sydenham (1624-1689) qui est un des précurseurs des premières études systématisées des maladies mentales. Il aura une notable influence sur les travaux de nosologie de W. Cullen (1712-1790) et P. Pinel (1755-1826). Au siècle des Lumières, le savoir scientifique se fonde sur les principes rationalistes et mécanistes, qui remplacent les théories vitalistes en vigueur jusqu'à là. L'objectif d'une pensée moderne est de rester séparée du corps physique ainsi que d'accéder à la connaissance de l'âme à travers l'expérience concrète, sans considérer les aspects plus irrationnels ou émotionnels. Ceci se réalise suivant les principes en vigueur du dualisme cartésien avec lesquels se renforce l'emprise sur l'univers physique. Dans cette conceptualisation, la maladie mentale est considérée comme un trouble de la raison, dont l'origine est située dans le cerveau et qui se manifeste par des troubles intellectuels provoquant un comportement qui transgresse la norme sociale. Le traitement se réduit à la réclusion des malades pour leur permettre des soins spécialisés, dans le sens d'une correction de ce comportement déviant. Dans un contexte social très rationaliste, où règne l'idée de la liberté individuelle et de la supériorité de la raison comme moteurs du développement social, la pathologie mentale (ou perturbation de la raison) constitue une menace pour la société, en tant que remise en question de ses principes et déviation de la norme. Dans ce sens la perturbation mentale est considérée le revers du progrès: l'homme irrationnel est séparé de la nature et il devient la conséquence des changements d'un entourage social en voies de développement. Le malade mental, si on utilise ce terme moderne, est regardé, en même temps, avec intérêt

car il interpelle l'autre dans ce qui constitue le noyau de la réflexion mécaniste, la limite entre la raison et la déraison.

La notion d'aliénation mentale a été préconisée par Pinel pour remplacer le terme de folie (perturbation mentale), pas suffisamment médical à son avis. Cette notion met en avance les aspects considérés dans la folie qui sont susceptibles d'être soignés par les médecins et qui peuvent être aussi transitoires. Elle signifie par ailleurs, selon un sens philosophique, que l'aliéné mental a perdu sa liberté morale en raison des troubles de l'entendement (de l'aliénation de son esprit). C'est au médecin alors, qui incombe la tâche de soigner et protéger le malade, ainsi que de l'assister. Ceci amène d'un côté, à l'instauration d'un dispositif médico-légal et d'un autre, d'assistance hospitalière (asile) (39, 40, 41, 42) ³.

La conception de la psychiatrie à la fin du XVIIIème se fait sur trois niveaux: un regard objectif lié aux progrès de la science, l'attitude empiriste du praticien (dont font partie autant les médecins que les philosophes ou les magistrats) et le savoir profane déposé dans la société du peuple. Ces niveaux se sont intégrés au début du XIXème avec le développement du paradigme anatomoclinique et l'influence de courants psychologiques (Sensualisme de J. Stuart Mill, Associationnisme anglais - influençant la théorie des localisations cérébrales-, la Naturphilosophie et le Positivisme de A. Comte, l'Evolutionnisme de Darwin, la méthode expérimentale de Claude Bernard). Vers 1860, la psychiatrie dirige son attention vers les troubles réunis dans la notion d'aliénation mentale. Elle les attribue un substrat organique, uniquement décelable par l'étude anatomo-pathologie. La PGP (Paralyse Général Progressive) constituait alors un modèle de référence que pouvait expliquer l'apparition du trouble mental à partir d'une affection organique du système

nerveux. L'intérêt du clinicien était centré sur l'étude descriptive de la lésion anatomique permettant ultérieurement, la classification de la maladie. L'application des méthodes d'autres disciplines comme l'anthropologie physique et la généalogie amène B. A. Morel (1809-1873) à établir la théorie de la *dégénérescence*, considérant ce processus comme l'évolution progressive d'une maladie à travers les générations. Cependant, dans cette conception ne sont invoqués, pour les manifestations de la maladie, que des aspects organiques. L'idiosyncrasie du sujet ne constitue pas un élément significatif. Le malade mental n'avait pas d'autre statut que celui de porteur d'une maladie organique, position qui n'avait pas été modifiée malgré l'attitude de Pinel qui, par la libération des patients au sein de l'institution ouvre une voie vers une psychiatrie plus humaniste (39, 41, 42, 44, 45).

Vers la fin du XIX^{ème}, la prédominance du modèle anatomoclinique coexiste avec celle du modèle physiopathologique, héritier des théories vitalistes du XVIII^{ème}, plus répandues en Angleterre et en Allemagne et qui a, comme critère d'investigation de base, l'expérience. Dans cette approche, la maladie est considérée comme un processus continu et mesurable et l'organe le plus étudié est le système nerveux. Parallèlement, un troisième paradigme se développe. Il s'agit de l'éthiopathogénie, qui relève l'importance des causes pathogènes dans l'apparition de la maladie. Néanmoins, et malgré les différents courants théoriques qui semblent se développer de façon indépendante, dans la pratique, une attitude éclectique est la règle parmi les professionnels de la médecine.

Dans cette fin du siècle, l'hystérie devient une entité nosologique problématique qui met à l'épreuve les postulats défendus par les modèles scientifiques dominants. En effet, la variabilité des manifestations cliniques ne correspond pas à la distribution topographique du système nerveux, très bien

³ Pour M. Foucault, c'est cette notion d'aliénation mentale qui est à l'origine de l'augmentation des institutions

connue par les médecins, mais à la représentation que le patient peut se faire de son propre corps. Les travaux de J.M. Charcot (1825-1893), P.J. Möebius (1853-1907), P. Janet (1859-1947) et S. Freud (1856-1939) montrent la participation du sujet dans l'origine de la maladie et par conséquent, l'importance d'une pathogénie psychique. Ceci va influencer une partie de la psychiatrie clinique qui, tout en gardant une attitude éclectique, donne plus d'importance à l'histoire du sujet. Le développement de la psychiatrie psychodynamique s'étend tout au long du XXème siècle, avec des orientations différentes.

On observe également, un autre phénomène intéressant dans cette même période. La nosographie classique de Kraepelin, dont l'influence sur les cliniciens est parvenue jusqu'à nos jours, est remise en question et en réaction, surgit la notion de syndrome. Dans ce concept plus souple dans la description des maladies mentales, le caractère plus dynamique et plus personnel des manifestations pathologiques retienne l'attention du clinicien. Deux facteurs interviennent: les conceptions psychogéniques de la maladie et l'importance des facteurs sociaux et familiaux dans la genèse de la maladie. Au début du XXème, on assiste à de nombreux changements sociaux, politiques, technologiques auxquels, ni la médecine ni la psychiatrie ne vont échapper (39, 41, 44, 45, 46).

Cependant, face à cette orientation de la psychiatrie qui tient compte de la subjectivité dans l'origine de la maladie, il y a une ligne de pensée que se développe suivant le paradigme expérimental et clinique, pour lequel la maladie est une affaire uniquement liée au corps. Ainsi, la psychiatrie biologique et les théories psychologiques dérivées de la réflexologie se développent rapidement en parallèle avec les orientations plus humanistes. Les transformations qu'expérimente la psychiatrie par la suite, répondent à ces deux tendances, qui peuvent se rapprocher, mais défendant chacune une approche du malade et de la

pour les malades mentaux et c'est la société qui provoque ce phénomène comme réaction à la "déraison". (43)

maladie très particulière, avec un point d'intersection important: le développement des psychotropes (45, 44).

Le contexte socioculturel du début du XXème siècle qui permet le développement de la théorie psychodynamique des maladies, est aussi le noyau d'où proviennent les philosophies phénoménologique et existentielle, avec une répercussion importante sur la pensée de nombreux psychiatres (Jaspers, Binswanger, Ey,..) (44, 45). Ainsi, à partir des théories de Freud surgit une nouvelle vision du malade et de la maladie. Il s'agit de ce qui a été appelé la *révolte du sujet* (pas seulement révolte clinique mais aussi sociale), favorisant l'apparition d'une médecine anthropologique qui rétablit une conception globalisante de la maladie. Celle-ci se développe avec la psychanalyse et plus tard avec la psychosomatique. La considération du malade comme personne, dénommé l'introduction du sujet en médecine par V. Von Weizsäcker, constitue selon lui, la caractéristique essentielle de la médecine du XXème siècle (42, 47).

La médecine psychosomatique trouve ses origines dans les observations que les psychanalystes font de leurs patients qui présentent, en cours de traitement, des troubles psychiques apparemment inexplicables, ainsi que dans l'expérience de ceux-ci d'une guérison inattendue. Le sens actuel du mot "psychosomatique" date des années trente, suite aux travaux d'un groupe de psychanalystes américains, en étroite collaboration avec F. Alexander (1891-1964). Ultérieurement se développent différents courants en Europe, dont le plus significatif est représenté par l'école de Paris, créée en 1962 (48).

Dans les années cinquante, la découverte des neuroleptiques transforme complètement la psychiatrie. L'assistance hospitalière est remise en question au bénéfice de la recherche d'autres approches thérapeutiques plus humanistes qui permettent au malade d'être réintégré dans la société. Il se développe alors, la psychiatrie de communauté (à partir de l'idée de

communauté thérapeutique) et la thérapie institutionnelle, avec une attention plus centrée sur le patient que sur la maladie. A la même période, se développent également les techniques d'approches corporelles qui essaient de rétablir une relation entre le malade et le soignant, en tenant compte de l'unité de l'être humain et en considérant que la communication passe aussi à travers le corps: le corps comme être de relation ou comme l'espace symbolique de la rencontre (18). Cependant, malgré leur utilisation très répandue dans la psychiatrie et la médecine l'unanimité ne se fait pas autour de ces méthodes et, encore aujourd'hui, un grand secteur professionnel continue à se montrer réticent à cette approche (18, 42, 44, 49, 50, 51, 52).

A l'opposé de l'approche plus humaniste, se trouve l'orientation biologiste. Dans la psychiatrie actuelle, avec les découvertes des neurosciences, la maladie mentale se réduit à un dysfonctionnement cérébral encore à découvrir. La difficulté se situe dans la mise en relation entre la quantité d'information obtenue concernant la physiologie cérébrale, qui est le résultat des expériences de plus en plus sophistiquées, et les facteurs psychologiques, sociaux et culturels qui interviennent dans le fonctionnement humain. Mais ceci n'empêche pas l'essor que cette orientation théorique atteint dans le sein de la psychiatrie et ainsi malgré l'importance qu'acquièrent les orientations psychosociales, familiales ou transculturelles. On constate de plus en plus, un mouvement qui est décrit par Costa e Silva comme une "désaffection envers la psychiatrie, une désaffection envers l'humanisme" (42).

DEUXIEME PARTIE: La Douleur, cette souffrance indecible

Chapitre 2.1.-La somatisation comme catégorie diagnostique

Nous avons vu d'une manière succincte, dans les chapitres précédents, que le contexte dans lequel la psychiatrie moderne prend forme au début du XIXème, était dominé par le rationalisme cartésien. Le dualisme psyché-soma était à la base de la construction des paradigmes scientifiques, qui, d'ailleurs restent en vigueur actuellement. La maladie psychique n'avait son origine que dans un dysfonctionnement ou une lésion organique. Cependant, les changements socioculturels et les progrès scientifiques de la fin du siècle ont mobilisé quelques positions très radicales face à la notion de maladie mentale et aux modalités de sa manifestation. Celle-ci a pu, désormais, être considérée dans une approche holistique de la nature humaine. Ainsi, malgré ce courant héritier du dualisme cartésien, une partie de la psychiatrie a réussi à se développer comme une discipline où les interrelations corps-esprit ont une grande influence, dans la formation des maladies psychiques.

La fin du XIXème est une période qui a beaucoup favorisé le développement de disciplines qui ont permis une meilleure connaissance de l'homme, sur son versant normal et pathologique. Les travaux sur l'hystérie (Ecole de Nancy, Charcot, Freud, Janet), montrent la participation fondamentale des émotions du sujet malade dans la formation de symptômes psychiques et, apport important, aussi corporels. Cette interrelation entre processus physiques et émotionnels avait déjà été signalée dans le domaine de

la psychologie ou de la philosophie: Ch. Darwin (1809-1882), P. Janet (1853-1907), W. James (1842-1910), ainsi que dans celui de la physiologie par le concept d'homéostasie de W.B. Cannon (1871-1945). L'évolution de l'intérêt pour cette relation est allée, d'un côté, vers une approche psychodynamique des processus physiques, à partir de la psychanalyse et de l'autre côté, vers l'étude des phénomènes psychologiques, en restant dans les postulats de la méthode scientifique. Cela a favorisé le développement de la psychologie expérimentale: G.Th. Fechner (1801-1887), W.Wundt (1832-1920), Th. Ribot (1839-1916) et celui de la psychologie de Y.P. Pavlov (1849-1936) (48).

Le lien étroit entre les processus psychiques et leur manifestation corporelle est aussi étayé par les observations cliniques réalisées dans le premier tiers du XXème siècle. D'une part, plusieurs psychanalystes avaient observé au cours des traitements, des changements inexplicables dans l'état de santé de leurs patients, soit dans le sens de la guérison, soit de l'aggravation, ou alors l'apparition de manifestations somatiques très soudaines. D'autre part, l'assistance médicale aux militaires de la Première Guerre Mondiale était entravée par la présence de troubles physiques, liés à un événement traumatique. Ceux-ci étaient appelés troubles *fonctionnels* et ils étaient bien souvent réfractaires au traitement médical et la cause fréquente d'invalidité. On observait alors, une amélioration importante, si un traitement psychothérapeutique s'associait au traitement médical habituel (48). Les tentatives pour expliquer la relation entre les manifestations physiques et leur origine psychique, se sont dirigées vers une systématisation d'un modèle général du fonctionnement psychique et ainsi, plusieurs orientations se sont développées.

L'intérêt de la psychanalyse pour la causalité des troubles organiques d'origine psychique a été fondamental pour permettre le

développement d'une partie de la médecine psychosomatique. Celle-ci, s'est également appuyée, à l'origine, sur la médecine cortico-viscérale de C. Bykov (enracinée dans les théories réflexologiques de Pavlov), qui servira de base à des approches plus organicistes (53, 47). Les premières tentatives d'explication du phénomène psychosomatique débutent avec les expériences cliniques de G. Groddeck (1864-1934), interniste en Allemagne et de S. Ferenczi (1873-1933), psychanalyste hongrois. Ce dernier, avec W. Reich (1897-1957) et F. Deutsch (1894-1965), auront une grande influence sur F. Alexander (1891-1964), fondateur de l'Ecole de Chicago. Sa théorie défend l'existence de corrélations entre les maladies physiques et certains processus psychiques (conflits psychiques spécifiques ou un niveau de régression libidinale qui s'est produite lors du développement psychique de l'individu). Ces maladies correspondraient donc, à un type de personnalité ou de fonctionnement mental spécifique. La réflexion autour de ce lien éventuel sera continuée ultérieurement par l'Ecole de Paris, créée en 1962 par M. Fain, M. de M'Uzan, Ch. David et P. Marty, qui définit un type de personnalité singulier, prédisposé à la maladie psychosomatique.

Pour P. Marty et M. Fain, le facteur le plus important intervenant dans le fait psychosomatique, est la participation du sujet dans l'apparition de la maladie. La question se focalise sur la notion de *relation d'objet*, où se situe la problématique du patient psychosomatique. Celle-ci est caractéristique des personnalités structurées autour de fixations très précoces dans les différents stades du développement psychologique (48, 53). P. Marty propose aussi la notion de *mentalisation*. Elle intègre les différentes opérations symboliques nécessaires à l'appareil psychique, pour régulariser les mouvements d'excitation (pulsions, instincts). C'est la défaillance de cette mentalisation chez certains malades psychiques ou somatiques, qui est à

l'origine des somatisations. Il définit également la *dépression essentielle* (1966). Il s'agit d'une dépression sans objet, accompagnée d'angoisses diffuses qui renvoient à une détresse profonde. Cet état précède souvent les somatisations (48).

Dans la compréhension des phénomènes psychosomatiques apportée par l'Ecole de Paris, il est important de souligner la pensée de M. Fain autour de la vie fantasmatique, considérée comme une fonction paraexcitante des pulsions provenant du ça (1974). Les travaux de L. Kreisler ouvrent le chemin à la psychosomatique infantile. Celle-ci postule que la vulnérabilité de certains systèmes de représentation et de liaison psychique est liée à la relation précoce mère-enfant (48).

De ces hypothèses, il ressort comme idée générale que, dans les manifestations psychosomatiques, la vulnérabilité précoce de l'appareil psychique est réactivée par un évènement qui a une valeur traumatique, car il représente une surcharge ou une effraction du Moi, ayant un effet d'après-coup. Les défaillances de la vie psychique, qui ont lieu à un moment évolutif antérieur, ne permettent pas de gérer la charge de cet évènement (48)¹.

D'un point de vue organique, en s'appuyant sur les théories de H. Selye sur le stress (Syndrome général d'adaptation, 1936) ainsi que sur les travaux sur l'homéostasie de W. Cannon, M. Ziwar propose, en 1948, de considérer les troubles psychiques et somatiques comme la conséquence d'un échec de l'adaptation. Le modèle psychophysiologique s'est fortement développé aux Etats-Unis, dès les années soixante. Certains ont essayé de concilier ce modèle avec les théories psychanalytiques. C'est dans ce contexte que surgit le concept d'*Alexythimie* (Sifneos et Nemiah, 1970) pour décrire un

¹ Cette affirmation nous renvoie à la constatation d'une fragilité de l'appareil psychique chez les patients souffrant de troubles somatoformes. Dans ce contexte, la survenue d'un évènement significatif acquiert un caractère traumatique, réveillant les défaillances psychiques liées à une histoire personnelle et familiale lourde (54). Mais nous reviendrons à ce sujet dans les chapitres suivants.

syndrome clinique évoquant un trouble neurologique, mais sans lésion anatomique, chez certains patients souffrant d'une maladie organique. Cette notion est assez proche des conceptions de l'Ecole de Paris sur la *pensée opératoire* (48)

La psychosomatique est également abordée par la pensée systémique (Bateson, Watzlawick), pour laquelle l'organisme humain est considéré comme un système en état de quasi-équilibre. Le modèle bio-psycho-social de Rochester et Engel (1977) surgit face à un modèle biomédical trop réductionniste (48)

Cependant, malgré le développement de la psychosomatique et sa tentative d'approcher le patient dans une perspective holistique, l'abord du malade et de la maladie se fait toujours sur un mode mécaniste, attitude d'autant plus marquée, du fait des avancées technologiques de la médecine. Le professionnel de la santé fait partie d'ailleurs, d'un système culturel qui règle en exclusivité les critères de compréhension de la maladie et le mode de réaction face à celle-ci. Dans ce contexte, il se produit un phénomène singulier: l'expérience de la maladie peut se lire sur un double versant; d'une part la maladie comme trouble organique et d'autre part la maladie comme mode de vie par le patient de sa condition humaine et utilisée comme expression de son vécu émotionnel. La tentative de compréhension de ce double mouvement, malgré les connaissances scientifiques d'un côté et le développement des théories psychologiques de l'autre, provoque une perplexité chez le professionnel de la santé, qui est incapable d'intégrer ces deux pensées, lorsqu'il est face à un *problem-patient*, par exemple (47, 55). Ainsi, la causalité multifactorielle d'une manifestation psychosomatique (celle-ci comprise dans un sens large), n'est pas prise en compte par le

médecin, qui ne comprend pas la spécificité psychique de chaque patient, ni les aspects relationnels impliqués dans la demande de soins (56, 57, 58, 59).

La difficulté à concilier les deux aspects implicites de toute maladie (physique et psychique) dans une pensée unique, donne à ce phénomène psychosomatique un caractère d'insaisissabilité qui est mis en évidence, dans les tentatives de définition et de catégorisation. Ainsi donc, l'expression d'une détresse psychologique à travers une manifestation somatique a reçu de nombreuses dénominations qui restent souvent ambiguës ou contestées.

Faisant recours au modèle médical anatomo-pathologique, l'absence de lésion organique démontrable amène l'introduction du concept de trouble *fonctionnel*, en opposition à celui de trouble organique^{2 3}. Cependant, cette distinction ne s'appuie pas sur des bases solides. Cette définition du trouble fonctionnel est ambiguë, car à la limite, derrière un trouble organique, il y a toujours une perturbation fonctionnelle, si on s'adresse aux limites de la physiologie. Le trouble fonctionnel serait considéré comme une exacerbation de la physiologie, qui dépasse la capacité d'adaptation de la "fonction au fonctionnement". Une deuxième compréhension de cette définition est l'aspect de conflictualité, implicite dans le terme fonctionnel. Le trouble fonctionnel renvoie à la notion de clivage soma-psyché, institué par le médecin qui assume sa toute-puissance: c'est l'organe qui est malade par conséquent, traité de manière prioritaire, en excluant tout ce qui ne correspond pas à ces critères. Le trouble fonctionnel est à la périphérie de la médecine organoclinique et est adressé au psychiatre,

² En fait la polémique entre l'origine organique des troubles nerveux et la maladie fonctionnelle (présumée organique) avait déjà commencé avec Griesinger (concept de "Irritable Weakness") (60).

³ Cette réflexion s'établit de manière analogue à la démarche théorique qui avait permis l'isolement nosologique de l'hystérie par Charcot à la fin du XIX^{ème} siècle. Celui-ci considérait que l'hystérie était un trouble dont l'origine se trouvait dans une *lésion fonctionnelle* du SNC.

qui est, à son tour, aux frontières des disciplines médicales. Il devient, à ce moment, une maladie de la relation, qui s'exprime dans une souffrance corporelle. En dehors de toute pathologie acceptée par l'idéologie médicale, le trouble fonctionnel est classé comme pathologie fausse, mettant en difficulté la relation médecin-malade (61, 62).

Plusieurs tentatives de catégorisation du trouble fonctionnel n'ont pas permis, d'ailleurs, une meilleure clarification. D'un point de vue psychiatrique, le trouble fonctionnel serait un *hybride* entre la névrose (névrose actuelle, hystérie de conversion), la psychose et la maladie psychosomatique, avec lesquelles il conserverait des points communs (63, 64). Par rapport aux critères moins précis (dictés par un besoin de théorisation), le trouble fonctionnel (ainsi que d'autres faisant référence à l'expression somatique des perturbations psychiques, par exemple: l'hypocondrie, les troubles ou maladies psychosomatiques, aiguës ou chroniques, les troubles psychogènes, la mélancolie) a été inclus dans le terme, très générique, de somatisation.

La somatisation fait référence à un processus d'expression d'une détresse psychologique qui se fait plus facilement par des mécanismes somatiques, avec une tendance à chercher l'aide médicale (57, 58). La somatisation est accompagnée souvent de troubles psychiatriques (anxiété, dépression majeure ou équivalents dépressifs). Toutefois, on observe aussi des symptômes somatiques, très nombreux en soins primaires, qui ne s'associent pas à des symptômes psychologiques. Et ainsi, malgré leur composante psychopathogénique, les somatisations sont un motif de consultations plus fréquentes chez les médecins somaticiens que chez les psychiatres. Ceux-ci sont confrontés souvent à leur difficulté à faire face aux patients, tout en ayant une attitude compréhensive de leur demande, et ces

plaintes semblent disproportionnées par rapport aux résultats des examens médicaux. D'ailleurs, malgré l'évidence du lien avec un stress psychosocial, les patients refusent souvent de l'accepter (57, 57, 58)

L'absence de spécificité du terme "somatisation" ne permet pas de donner une définition satisfaisante du phénomène. Afin de pallier à la confusion des termes et d'éviter les préjugés théoriques, le terme "symptômes médicalement inexplicables" a été proposé par certains auteurs, lequel permet une définition assez large des catégories à y inclure (57). Cependant, bien que ce terme soit plus nuancé que celui de somatisation et qu'il ne considère pas l'absence de lésion organique comme critère exclusif de normalité, il ne s'engage pas clairement dans une causalité psychique de la maladie. La diversité de définitions montre plutôt que la somatisation est un concept descriptif et pas une vraie catégorie diagnostique (58)⁴. Les difficultés liées à l'ambiguïté de la terminologie se sont exacerbées avec l'introduction du concept de trouble somatoforme dans la classification DSM-III. Celle-ci apporte quelques nuances par rapport au concept général de somatisation. Toutefois, cette catégorisation reste toujours en termes descriptifs, faisant abstraction des aspects étiologiques.

La présence dans les classifications nosologiques, de catégories diagnostiques soulignant l'origine psychique de certaines manifestations physiques, avec résultats négatifs lors de l'investigation somatique, se repère pour la première fois dans l'ICD-8 de 1968 (International Classification Disease), à partir de laquelle se développe le DSM-II de 1968 (Disease Statistical Manual) (66). Le terme utilisé par cette dernière est *trouble physique d'origine probablement psychogène*, alors que dans l'édition

⁴ Un autre exemple de définition très large et peu spécifique est celle donnée dans un traité de psychiatrie général: il s'agit d'une plainte somatique à composante psychologique avec ou sans modification anatomophysiologique, transitoire ou prolongée (65).

précédente, le DSM-I (1952), était incluse le terme de *psychophysiologic autonomic and visceral disorders*, dont la définition est basée sur le modèle de *réaction* dans la pathogenèse des maladies d'Adolph Meyer. L'ICD-8 avait établi une classification en fonction de l'étiologie, suivant le système original des ICD, mais le DSM-II n'est pas assujettie à un modèle théorique concret. Dans la même lignée que la précédente, l'ICD-9 (1975) (67) propose le *trouble du fonctionnement physiologique d'origine psychique* et introduit le mot *psychalgie* pour souligner la particularité d'une douleur physique, sans diagnostic somatique ou psychiatrique concret. Par la suite, se développe le DSM-III (1980) (68), avec une approche athéorique, du point de vue étiologique et descriptif, quant à la définition des concepts. Il y apparaît les expressions de *troubles somatoformes* et *douleur psychogène*, termes analogues à ceux de la classification précédente. Dans la révision de 1987 (DSM-III-R) (69), ces derniers sont remplacés par *trouble somatoforme douloureux*. Autant le DSM-III que le DSM-III-R, considèrent la somatisation comme une catégorie faisant partie des troubles somatoformes.

Finalemt, la dernière classification ICD-10 (1992) (70) élargit les catégories diagnostiques, en modifiant la dénomination *trouble somatoforme douloureux* en *syndrome douloureux somatoforme persistant* et en éliminant deux termes dont la signification était ambiguë, en fonction des différences théoriques: psychogène et psychosomatique. De son côté, le DSM-IV (1994) (71) consacre un chapitre sur les troubles somatoformes, avec les critères déjà utilisés pour le DSM-III-R, dans laquelle est inclus le trouble *somatisation* (correspondant au tableau clinique de l'hystérie ou syndrome de Briquet), différent du trouble de conversion et du trouble douloureux, où la douleur est au centre du tableau clinique. Par rapport à cette catégorie, le DSM-IV introduit une nouveauté dans les critères diagnostiques,

établissant différents sous-types qui sont définis de manière spécifique, en fonction des facteurs impliqués dans l'étiologie et dans le maintien des douleurs (prédominance de facteurs psychologiques, de facteurs médicaux, association de tous les deux dans le déclenchement, intensité, aggravation ou persistance de la douleur). Selon certains auteurs (72), par rapport aux classifications précédentes, cette nouvelle catégorie diagnostique proposée par le DSM-IV, faciliterait le travail diagnostique, car elle est plus compatible avec les différents présupposés théoriques et relève mieux l'importance des facteurs psychologiques. Elle évite ainsi la nécessité de faire une corrélation excessive entre lésion organique et douleur, ce qui renvoie à un point de vue dualiste, plus présent dans la catégorie trouble somatoforme douloureux.

La diversité de définitions du phénomène psychosomatique et les tentatives de sa catégorisation dans les différentes classifications diagnostiques, montre l'intérêt croissant pour systématiser un événement qui échappe aux postulats de la médecine scientifique. Bien qu'il ne s'agisse pas de phénomènes nouveaux et que l'influence des aspects psychiques dans la manifestation d'une maladie ait toujours été une question embarrassante dans la médecine moderne, les raisons qui suscitent cet intérêt répondent plus à une réalité clinique dérangeante qu'à une profonde conviction de l'indissolubilité du lien corps-esprit. Il y a une nécessité absolue de comprendre et de gérer ce phénomène, qui dépasse les limites du système médical et atteint les structures sociales, remettant continuellement en question la validité de la méthode scientifique.

Le trouble somatoforme constitue la catégorie diagnostique type, le carrefour, qui permet aux diverses forces de s'opposer différemment. Les aspects physiques, psychiques et sociaux y sont représentés, démontrant

l'impossibilité d'exclure l'individu, avec son histoire personnelle, du processus de la maladie.

Chapitre 2.2.- Le Trouble Somatoforme douloureux

L'apparition dans les classifications internationales de la catégorie trouble somatoforme a permis la réunion, sur une entité clinique, d'un ensemble de troubles que le clinicien avait constaté dans sa pratique quotidienne. Il s'agit d'une pathologie très répandue dans les pays occidentaux et repérée autant dans le milieu hospitalier que dans les soins primaires. Lipowski (1986) (58) signale que dans le 30% des consultations d'un hôpital général pour des manifestations physiques, des troubles psychologiques y sont associés. En médecine primaire, la prévalence des troubles psychiques oscille entre 10% et 30%, avec la présence surtout de dépression et troubles anxieux. La somatisation affecte plutôt une population entre 20 et 60 ans, sans différences notables entre hommes et femmes. Le travail de Reich (1983) (73) sur les patients suivis à l'hôpital, qui présentent un diagnostic de douleur chronique, signale que dans 32% des cas, il s'agit d'une douleur d'origine psychologique. Dans 98% des cas, on trouve un diagnostic psychiatrique correspondant à l'Axe I du DSM-III et parmi ceux-ci, 30% correspondaient au trouble somatoforme.

La définition de plus en plus précise du trouble somatoforme est censée pallier les insuffisances apparues dans l'émergence d'une pathologie qui échappe aux critères d'évaluation standardisée par la médecine. L'effort pour circonscrire dans un seul syndrome toutes les manifestations cliniques qui ne peuvent pas être répertoriées ailleurs, ne semble pas obtenir un résultat satisfaisant, compte tenu de l'implication de plusieurs facteurs qui interviennent de manière variable. Si, d'un côté, l'extrême hétérogénéité du syndrome permet une approche large de la dimension clinico-sociale du patient, d'un autre côté, cela rend difficile la compréhension rationnelle du problème, en raison de la multiplicité des variables: comorbidité (somatique et psychiatrique), aspects

socio-familiaux, socioprofessionnels. Ainsi, l'étude de ce type de patients se fait surtout de manière partielle, à partir d'un des aspects qui relève de leur pathologie. Il s'agit des troubles associés (troubles de l'appareil locomoteur, troubles gynécologiques, neurologiques) ou des conséquences de la maladie sur la famille (détérioration de la relation), ou sur la société (incapacité de travail, litiges avec les assurances...).

Ce syndrome se caractérise autant par son hétérogénéité que par le peu de spécificité des symptômes, malgré le diagnostique plus ou moins rapide fait par le clinicien. En prenant comme exemple, une des manifestations les plus fréquentes associées au trouble somatoforme, le mal au dos, cela permet d'éclaircir cet aspect de la question. Dans une étude (74) sur patients avec douleur chronique, il est signalé 97% de diagnostics de trouble somatoforme (selon le DSM-III-R), chez les patients avec dorsalgie chronique. D'autres travaux confirment ce taux élevé dans l'association de pathologies et ainsi il est signalé 68% de trouble somatoforme pour le même diagnostique, chez les patients avec lombalgie chronique, dans une population suisse (75). Ce taux est de 54% (1993-1995) et de 59% (1996), lorsqu'on considère une population avec un diagnostic plus large de douleur chronique (76). Autres exemples montrent l'intérêt suscité par cette pathologie, répertoriée dans différents travaux qui essaient de comprendre l'étendue de ce phénomène, par exemple en Espagne, et les difficultés trouvées lors du traitement (77, 78).

La dorsalgie est le trouble bénin le plus répandu dans les sociétés occidentales et il est constaté que son augmentation est disproportionnée par rapport à la population générale. Elle frappe un large spectre de la population, ceci de l'adolescence à la vieillesse. Dans la société scandinave, par exemple, la probabilité dans la population générale (entre 30-50 ans) de présenter un épisode de dorsalgie dans le cours de la vie est de 60-65% (79). Malgré ce caractère

général, il n'y a pas de définition formelle, ce que signifierait la participation de plusieurs facteurs dans les différentes formes cliniques et leur évolution. Celle-ci est bénigne pour les formes aiguës, mais de pronostic plus sombre pour les formes chroniques; car malgré le faible pourcentage d'évolution vers la chronicité, les répercussions sont lourdes au niveau des traitements médicaux, des prestations d'assurance pour invalidité, du manque de productivité, des conséquences psychologiques de l'invalidité, etc.... Bien qu'elle soit la première cause d'invalidité au-dessous de 45 ans (80), sa présence n'indique, ni n'annonce forcément une évolution torpide vers une maladie invalidante. Ainsi donc, l'absence d'homogénéité dans les définitions des critères de chronicité dans les lombalgies, amène à considérer la douleur chronique comme un syndrome multifactoriel, où les déterminants sont eux-mêmes fluctuants (81). Dans cette causalité, sont évoqués des facteurs d'ordre familial (renforcement par l'entourage du comportement douloureux), social (conditions d'assurance maladie), médical (relation médecin-malade) et professionnel (insatisfaction au travail) (82, 81).

Un autre élément important de la constellation symptomatique du trouble somatoforme est la comorbidité psychiatrique, même si celle-ci ne constitue pas une condition préalable à l'apparition du trouble (par exemple une dorsalgie peut s'associer à une dépression ou à un trouble anxieux, sans développer un trouble somatoforme). Dans certains cas, si on considère une population avec douleur chronique, 77% des patients avec dorsalgie ont un diagnostic sur l'Axe I (selon le DSM-III-R), ce qui constitue une proportion nettement supérieure à ce qu'on trouve dans la population générale (74). Nous référant toujours à ce même groupe de patients, il est signalé qu'en absence de trouble somatoforme et parmi les patients avec dorsalgie chronique, la dépression est le premier diagnostic (64%), suivi de l'abus de substances

(36%) et les troubles de personnalité avec 54% des diagnostics. La dépression, dans ces cas, est un trouble qui prédispose, mais c'est aussi la conséquence d'une douleur chronique.

La présence d'un trouble dépressif avant et après l'apparition de la douleur chronique est également une constatation réalisée dans une population suisse (54). Des proportions semblables peuvent être trouvées dans d'autres études, faites dans une population suisse, qui évaluent l'association de cette comorbidité, en utilisant les critères du DSM-III-R, avec l'évolution vers une incapacité de travail. Dans un premier groupe de patients avec lombalgies chroniques, 44% ont reçu un diagnostic de dépression et 62% présentent un diagnostic de trouble de la personnalité (75); dans un deuxième groupe, formé de patients avec douleur chronique, la proportion de diagnostics de trouble de l'humeur (dépression et trouble dysthymique) est de 20% (1993-95) et de 30% (1996), le diagnostic de trouble de la personnalité est posé dans 63% (1993-95) et 48% des cas (1996) (76).

Lorsqu'on se centre sur le deuxième axe des manifestations du trouble somatoforme, focalisé sur son évolution et les répercussions à un niveau socioprofessionnel, il est constaté une détérioration importante du fonctionnement social. De nombreux travaux établissent une relation entre douleur chronique et la diminution des performances socioprofessionnelles. En Suède, la cause de 60% des retraites anticipées était la conséquence de l'évolution des douleurs chroniques, dont l'origine était souvent située dans l'appareil locomoteur (83). Les prestations d'invalidité ont augmenté de 50% en 1990 (30% en 1985), dont 40-50% ont pour origine une douleur chronique (84). En Espagne, les statistiques sur l'épidémiologie de la dorsalgie signalent un taux de 5% d'incapacité professionnelle et de 4.8% de journées avec congé maladie. Ce pourcentage touche les personnes âgées entre 45-50 ans, dont le 5-7% vont

évoluer à la chronicité, avec la présence des troubles 6 mois après la première consultation (85). Dans le cas d'invalidité, l'association d'un trouble de l'appareil locomoteur avec un trouble psychologique est une observation fréquemment repérée dans certains statistiques, même qu'elles sont circonscrites à une région déterminée (86). Dans celles-ci, l'invalidité d'abord provisoire, devient définitive pour différentes raisons: il s'agit de troubles difficiles à évaluer car il y a une absence de lésions organiques (ce qui amène à des évaluations médicales répétées), le patient est considéré un malade fonctionnel qui conteste la négativité des examens médicaux, et l'assurance n'accepte pas l'invalidité car il n'y a pas des troubles organiques qui l'expliquent.

En Suisse, selon une statistique de l'Assurance Invalidité, les troubles du système locomoteur d'origine psychologique, constituent la deuxième cause des maladies donnant droit à une rente d'invalidité (27.9% des maladies invalidantes), après les troubles psychiatriques, qui représentent 35.5%. Entre 1982 et 1996 les prestations AI pour maladie ont augmenté de 60.3%, bien que la population générale n'ait augmenté que de 10% (87) ¹.

Les facteurs qui interviennent dans le développement d'une invalidité ne font pas l'unanimité dans les différentes études. Certains défendent la prédominance des aspects psychosociaux de la maladie et signalent l'association fréquente entre douleur chronique et détresse sociale (niveau socio-économique et éducatif bas, émigration, chômage) (83, 84, 89). Ce résultat s'expliquerait par le fait que la clinique douloureuse perturbe la capacité de l'individu à faire face aux demandes sociales, ce qui provoque une difficulté à s'adapter, et a comme conséquence l'apparition du trouble somatoforme. Le développement de l'incapacité serait lié à des facteurs psychosociaux qui

¹ Cette situation suscite par ailleurs, nombreux débats qui questionnent la fonction des assurances sociales en général et de l'AI en particulier.

augmenteraient la vulnérabilité des individus atteints d'une douleur chronique. L'apparition d'une psychopathologie, souvent très associée à la douleur chronique, serait secondaire à la chronicité du trouble somatique et à l'invalidité provoquée (80). D'autres travaux suggèrent par contre, l'association entre la maladie psychique et la sévérité du trouble physique avec l'incapacité (75). C'est la situation constatée dans les statistiques sur la dorsalgie en Espagne déjà citées. Celles-ci montrent qu'ils sont impliqués, comme facteurs influençant l'évolution: les troubles psychiques associés (troubles de la personnalité, alcoolisme, toxicomanie) avec une prévalence allant jusqu'à 70-80%, les conditions défavorables au travail et le niveau socioculturel très bas (85).

Une situation similaire peut être constatée en observant les statistiques de l'OFAS de 1997 pour la Suisse romande à partir de 419 rapports psychiatriques établis dans un période de 6 mois entre 1995-1996 dans le canton de Vaud ². Les principales causes d'incapacité pour des raisons psychiatriques sont en premier lieu, le syndrome somatoforme douloureux persistant (18.3% des rapports ou expertises); en deuxième lieu, le trouble d'humeur (associé au Trouble anxieux, l'Abus de substances ou d'un trouble de la personnalité) et en troisième lieu, les troubles de la personnalité.

La constatation, par les institutions de prévoyance sociale de l'augmentation des prestations liées au diagnostic de trouble somatoforme, provoque un mouvement général de remise en question de la nature de celui-ci. Il en va de même pour les systèmes de santé qui voient croître les coûts, à cause de l'augmentation des consultations occasionnées par ces patients, et en général, par ceux à qui il n'est pas possible d'attribuer un diagnostic précis.

Ainsi, lorsqu'on observe la clinique, on remarque la pluralité d'aspects de ce syndrome, souvent représentés par les différents intervenants présents dans

² Statistiques OAI-Vaud de 1997. Renseignements donnés par la Drsse. Burnier.

la prise en charge de ces patients. Pour illustrer ce point, on pourrait dire que le trouble somatoforme est le négatif d'un film, dont le développement se fait à partir des nombreuses manifestations qui sont, finalement, l'aspect positif de la maladie, définie généralement, selon des critères négatifs (l'absence des troubles observables). Le caractère multifactoriel de ce trouble semble donc évident. Cela signifie qu'il faut une conjonction d'éléments pour que la constellation symptomatique prenne forme comme trouble somatoforme (81, 82). Cette nature pluridimensionnelle suscite le débat entre ceux qui relèguent à un deuxième plan (ou ne les considèrent pas du tout) les aspects psychologiques impliqués dans l'échec d'un processus d'adaptation sociale, conduisant à une maladie invalidante et ceux qui défendent leur étroite interrelation, soulignant ainsi la nécessité d'une approche multidisciplinaire (82, 87, 90).

Or, on peut s'interroger sur les conditions qui ont permis le choix d'un trouble et pas d'un autre, sur le type de population qui est atteinte ou sur les conséquences qui ont découlé de la pathologie. Si on tient compte, par exemple, des données statistiques de l'Assurance Invalidité de l'année 1997 ² la plus grande proportion de patients atteints de ce trouble correspond à une population d'émigrants (88.1% de diagnostiques de trouble somatoforme donnant droit à une invalidité). S'agit-il du choix d'un groupe d'émigrants dans un pays donné ou est-ce que l'acculturation est un facteur prédisposant pour la population générale, dans n'importe quel pays? Certains travaux semblent corroborer le fait que les conditions sociales défavorables, l'émigration en faisant partie, sont un élément de risque (83, 84). Pour d'autres, il n'y a pas de différence significative, en rapport avec l'origine ethnique, pour les patients présentant une douleur chronique (73).

Pour illustrer cette situation, nous aimerions réfléchir autour de quelques données obtenues à partir d'un échantillon de patients consultant dans une Polyclinique Psychiatrique ³ et que présentent des troubles psychiques avec une prépondérance de manifestations somatiques (N=112). Ces données, en valeurs absolus, sont représentés dans la Table I

TABLE I

	<u>SUISSE</u>	<u>FRANCE</u>	<u>ESPAGNE</u>	<u>ITALIE</u>	<u>PORTUGAL</u>	<u>AUTRES</u>	
<u>DSM-III-R</u>							
300.80	4	0	4	3	3	2	6
300.81	3	0	0	3	0	1	7
300.70	5	0	0	0	2	9	11
<u>CIM-10</u>							
F45.0	10	0	0	3	3	4	20
F45.1	1	1	0	1	4	3	10
F45.2	2	0	0	0	1	0	3
F45.3	5	0	0	0	3	3	11
F45.4	3	2	1	3	5	13	27
F45.8	1	0	0	0	0	0	1
F45.9	3	0	0	2	0	3	8
Total	37	3	5	15	21	31	N=112

Nombre de patients avec plaintes somatiques consultant la PPEV entre 1.01.1994 et le 31.12.1997 sur un nombre total de dossiers de 2.290. La population prise en compte est composée de 61 hommes et 51 femmes, entre 25-55 ans, d'origines différentes: Suisse, France, Italie, Espagne, Portugal, autres nationalités: ex-Yougoslavie, Kosovo, Albanie, Grèce, Turquie, Iran, Algérie, Zaire, Belgique, Australie.

DSM-III-R

300.80 Trouble Somatoforme Dououreux
300.81 Somatisation
300.70 Trouble Somatoformne Indifférencié,

CIM-10

F45.0 Somatisation
F45.1 Trouble Somatoforme Indifférencié
F45.2 Trouble Non Spécifié, Hypochondriaque
F45.3 Dysfonctionnement Neurovégétatif Somatoforme
F45.4 Trouble Somatoforme Dououreux persistant
F45.8 Autres Troubles Somatoformes
F45.9 Troubles Somatoforme sans précision

³ Polyclinique Psychiatrique de l'Est Vaudois (PPEV), Fondation de Nant, Corsier/Vevey.

La Table II montre les pourcentages de population étrangère par rapport à la population total, résidant dans les districts du canton dont est issue la population consultante à cette Polyclinique .

	<u>1994</u>	<u>1995</u>	<u>1996</u>	<u>1997</u>
<u>Vevey</u>	28.59%	29.49%	29.61%	29.76%
<u>Pays d'Enhaut</u>	16.95%	16.68%	17.04%	16.76%
<u>Lavaux</u>	16.84%	17.16%	17.42%	17.30%
<u>Aigle</u>	27.78%	28.06%	28.20%	27.77%

Nous relevons les constatations suivantes selon les deux classifications. Par rapport au DSM-III-R, le diagnostique plus souvent posé a été le trouble somatoforme douloureux (300.80) dans un 50% de cas, dont le 25% suisses, 25% espagnols, 18.7% italiens, 18.7% portugais et 12.5% d'autres nationalités. En deuxième lieu, la somatisation (300.81) avec un 21.8% de cas (dont 42.8% suisses, 42.8% italiens, et 14.2% autres origines. Concernant la CIM-10, le trouble plus souvent diagnostiqué a été le trouble somatoforme douloureux persistant avec un 33.75% des cas, suivi de la somatisation avec un 25% des cas. La distribution par origines se fait de la manière suivante: pour le trouble somatoforme, 48.1% autres nationalités, 18.5% Portugal, 11.1% Suisse, 11.1% Italie 7.4% France, 3.6% Espagne. Pour la somatisation, 50% Suisse, 20% autres pays, 15% Italie, 15% Portugal. (La Table I donne en valeurs réelles la distribution de cas).

Ces données, bien que ne puissent pas être considérées comme concluants, permettent néanmoins, de faire quelques constatations qui mériteraient une plus large réflexion que celle qu'on pourra faire dans les limites de ce travail. Nous pouvons ainsi signaler les points suivants: 1) La population autochtone est assez bien représentée dans ces catégories diagnostiques

représentant l'expression somatique d'un trouble psychique. 2) Le choix de diagnostique est différent avec des populations étrangères. La question que peut être posée est si ce choix est lié à une tendance à la chronicité et à l'invalidité propres à une population déterminée, ou à des circonstances socioculturelles autres (telles que les conditions de travail, dépaysement, niveau culturel, etc...). 3) L'évaluation avec classifications diagnostiques différentes a une influence dans le diagnostique des troubles. Si on compare les données obtenues pour la population suisse avec le DSM-III-R et la CIM-10: la proportion de trouble somatoforme douloureux avec la première de ces classifications est plus grande pour la population suisse, tandis que pour la CIM-10, la proportion est plus marquée pour les étrangers. 4) Une autre question qu'on peut se poser est si on peut considérer qu'il y a une différence dans les résultats en raison des différentes périodes de temps considérés. Le pourcentage correspondant aux étrangers malades est différent pour les différentes nationalités, ceci voudrait signifier, par exemple, que les espagnols étaient plus malades à un moment donné et que, par la suite ce sont les yougoslaves qui ont pris cette place? Si c'est le cas, ceci voudrait dire que les étrangers, résidents de longue date, suivent les mêmes critères de la maladie que les autochtones? Une étude plus exhaustive, avec des échantillons plus larges, devrait pouvoir ouvrir de nouvelles voies de réflexion pour mieux comprendre ce phénomène.

La rareté des études épidémiologiques ne permet que catégoriser partiellement la population atteinte, ainsi que les mouvements évolutifs de la maladie. Il en va de même pour la corrélation entre douleur chronique, comorbidité psychiatrique, invalidité et trouble somatoforme ⁵. Cette absence de données objectives par rapport au trouble somatoforme, du moins en Suisse, est un signe de la difficulté dans la pratique, de le mesurer dans sa totalité. Par

⁵ Et à ce sujet nous pouvons signaler la polémique suscitée au sein de l'AI concernant l'augmentation de rentes d'invalidité liées à affections psychiatriques et troubles ostéomusculaires (88).

contre, des nombreux travaux peuvent être consultés quant aux aspects qui font partie de l'ensemble des manifestations cliniques du syndrome: douleur chronique, dépression, anxiété, trouble de la personnalité, questions asséurologiques, et le trouble somatoforme se trouve à l'intersection de toutes ces manifestations.

Nous voyons bien que le trouble somatoforme est un phénomène qui touche plusieurs secteurs du système médical et social. L'augmentation des prestations pour invalidité en Suisse, liée à cette catégorie diagnostique est un exemple clair de cette implication ⁶. On peut se demander si ceci est le reflet d'une nouvelle expression de la maladie qui atteint les limites du cadre social, celles imposées par le système médical n'étant pas suffisantes. Ceci impliquerait la recherche, de la part du patient, de voies d'expression de sa souffrance différentes, qui lui permettent d'interpeller l'autre (l'entourage social) afin d'obtenir de l'aide.

La demande de soins physiques et le tourisme médical est un phénomène bien répandu dans les sociétés occidentales. Il témoigne probablement de la défaillance d'une partie du système de santé à écouter la souffrance du patient. Le fait que le trouble somatoforme constitue le diagnostic le plus fréquent pour les invalidités AI d'origine psychique (OFAS, 1997) sert de base à notre avis, à une stratégie réductionniste utilisée pour défendre la thèse de l'excessive médicalisation des problèmes sociaux. D'autres contestent cet argument, en soulignant la comorbidité psychiatrique fréquente chez les patients porteurs de ce diagnostic, qui est souvent sous-estimée par les médecins dans les premiers temps de la prise en charge. En même temps,

⁶ Certains données précisent, pour la période 1993-1995 un 54% de troubles somatoformes dignostiqués chez des patients avec une douleur chronique ayant droit à une invalidité. Pour l'année 1996 ce pourcentage est de 59% (76).

cette réalité donne au médecin somatique un argument pour se retirer et ne plus s'intéresser à la souffrance du patient.

La dichotomie entre aspects sociaux et maladie est particulièrement marquée dans le cadre d'une expertise d'évaluation d'incapacité professionnelle. Lors de cette évaluation, qui se fait en fonction de critères de rendement économique (capacité de travail et capacité de gain), le profond désarroi, dont le patient témoigne par la douleur, n'est que rarement reconnu ou alors, cette reconnaissance se fait par le recours à la psychiatrie. A ce moment-là, le patient identifie la souffrance à la maladie psychiatrique. Il ne peut donc que se sentir rejeté, une fois de plus, dans sa tentative d'exprimer sa détresse et son désarroi. Avec l'intervention de la psychiatrie, une partie de la médecine légitime sa propre incapacité de comprendre le malade à part entière et entretient la séparation corps-esprit. Elle déplace le problème, en le transformant en une *psychiatisation des problèmes sociaux*.

Le long parcours de ces patients montrerait que le trouble somatoforme est la maladie d'un système médical qui n'a pas de réponses aux questions du malade et qui, ne pouvant pas reconnaître le poids d'une détresse existentielle dans la demande de soins, préfère la dénier en prolongeant les interventions thérapeutiques. On observe alors, la détérioration de la relation médecin-malade et les conséquences provoquées par la chronicisation de la maladie. Certains auteurs considèrent qu'un diagnostic précoce de la part du médecin en soins primaires serait crucial pour éviter cette évolution (91). Cependant, par définition, le trouble somatoforme est celui qui ne guérit pas, ni tôt, ni tard. Lorsqu'il est diagnostiqué, l'irréversibilité de l'évolution est déjà présente. Et ainsi, dans ce contexte, le trouble somatoforme constitue-t-il une révolte de la part du malade face à un système de soins (médecins, assurance)

qui ne le considère que d'un point de vue dualiste, portant à l'extrême la représentation cartésienne de l'homme-machine?

Le trouble somatoforme permet une voie d'expression de la souffrance à plusieurs niveaux, autour d'un symptôme principal: la douleur chronique et ses conséquences autour de la demande de soins. Le caractère multiple de cette pathologie pourrait être illustré par deux vignettes cliniques, représentatives de la complexité de cette dimension clinique.

2.2.a.- Vignettes Cliniques

Vignette n° 1 - Mme. F. est née en Galicie en 1948 dans le sein d'une famille paysanne et elle est la 7ème d'une fratrie de 10 enfants. Son père est décédé à l'âge de 75 ans, suite à un infarctus et elle a pu rentrer en Espagne tout juste avant son décès. Elle est encore très touchée par ce souvenir, environ 14 ans après qu'il ait eu lieu. Elle garde une image de son père comme quelqu'un de bon, aimant les enfants. Sa mère, âgée de 84 ans, est décrite comme une personne dynamique, "à l'esprit jeune", que Mme. F considère comme une sœur. De son enfance, Mme. F ne relève rien de significatif. Après les études primaires, elle quitte l'école pour aider dans les tâches ménagères, ce qu'elle a toujours regrettée. Elle aurait voulu continuer ses études comme avaient pu le faire ses frères. A 19 ans elle se marie avec un homme de 18 ans avec qui elle aura deux enfants: un garçon né en 1967 et une fille née en 1969. Après 4 ans de mariage, le couple vient travailler comme saisonniers en Suisse et depuis 1972, il y reste définitivement. Les enfants sont restés en Espagne avec la grand-mère paternelle et une tante, le couple allant une ou deux fois par année les rejoindre. Un projet de retour a toujours été évoqué, tout en étant sans cesse

renvoyé. Mme. F reconnaît que cette situation était dure au début, mais par la suite elle considère que ce n'était pas si mal, car les enfants étaient contents ("la grand-mère leur donne l'affection et nous l'argent" dit-elle). Sa fille a fait des études d'employé de bureau, mais n'a pas trouvé de travail et ses parents l'ont aidée à ouvrir un salon de coiffure. Elle s'est mariée pendant l'été de 1995. Son fils a fait une formation de mécanicien, mais il a été rapidement au chômage technique. Les parents l'ont aidé aussi à démarrer un commerce de légumes. Il est marié et a deux enfants.

Mme. F a toujours travaillé comme responsable d'une équipe de dix femmes dans une usine de conserves, travail qu'elle décrit comme monotone. Le mari de Mme. F. a toujours travaillé comme maçon. Elle parle de lui comme quelqu'un de compréhensif ("merveilleux,...ne dit rien et ne se fâche jamais"). Lorsque les douleurs (que Mme F ressent depuis longtemps) deviennent très fortes, elle arrive difficilement à assumer le ménage et c'est son mari qui l'aide. Mme. F se décrit comme une personne timide, qui montre rarement la colère, mais plutôt de la tristesse. D'un point de vue social, l'arrivée en Suisse a été un grand changement, et son cercle social reste réduit aux compatriotes et à quelques portugais avec qui elle peut parler en galicien, sa langue maternelle.

Son parcours médical est assez long et varié. En 1978, elle présente des douleurs lombaires qui s'aggravent progressivement, conduisant à une première hospitalisation en 1979, puis à une deuxième en 1982, où elle suit une intervention chirurgicale pour hernie discale. Il y a une amélioration qui se poursuit jusqu'en 1988, où elle présente à nouveau des douleurs dorsolombaires dans le cadre d'une fibromyalgie. Entre 1986 et 1992, elle a plusieurs examens de l'appareil digestif pour constipation opiniâtre qui met en évidence une colopathie fonctionnelle. Elle a aussi été traitée durant longtemps pour des céphalées. En 1992, une endométriose est diagnostiquée ce qui motive un

traitement chirurgical en trois temps: août 1992, septembre et décembre 1993 (hystérectomie et ovariectomie). Par la suite, elle a une récurrence des douleurs dorsolombaires ce qui justifie des arrêts maladie, d'abord partiels et depuis avril 1995, elle a une incapacité totale à travailler (après quelques tentatives de reprise à temps partiel). En janvier 1996, suivant les conseils de son médecin généraliste, Mme. F va consulter un psychiatre, mais sans beaucoup de conviction, considérant qu'elle ne souffre pas des "nerfs". La prise en charge s'est arrêtée après quelques entretiens.

Vignette n° 2 :- M. P. est né en 1955. Il est l'enfant unique d'une famille bosniaque, provenant de la campagne et de confession orthodoxe. De son enfance, il dit qu'il a été heureux, n'ayant jamais vu de bagarres entre ses parents. De son père, âgé de 66 ans, il dit qu'il est quelqu'un "d'impeccable et de bon", qui ne l'a jamais frappé, sauf une fois, adolescent, lorsqu'il l'a surpris avec un paquet de cigarettes. La mère est décédée en 1991, à l'âge de 59 ans, suite à une maladie méconnue du patient (mais qu'il associe à une intervention chirurgicale aux reins faite en 1972, en Allemagne, dont il ignore également les raisons). Lorsqu'il a seize ans, sa mère est partie seule en Allemagne pour travailler et elle y reste trois ans. Il explique que cette période était très dure (car "il n'y avait personne pour préparer les repas") et il pleurait chaque fois que sa mère lui écrivait. Cependant, il justifie cette absence en disant que cela était nécessaire afin d'améliorer leur situation financière. Il décrit sa mère comme étant quelqu'un de très gentille, très apprécié au village. Son père, par contre, est toujours resté au village et M. P. se plaint du fait qu'il ne veut pas venir en Suisse vivre avec lui.

Il suit sa scolarité jusqu'à la sixième année (obligatoire jusqu'à la huitième) tout en travaillant avec son père. Il regrette maintenant de n'avoir pas

pu continuer à étudier. A l'âge d'environ 17 ans, il est opéré pour une douleur abdominale suggérant une appendicite et profite de sa convalescence pour passer son permis de conduire. A l'âge de 23 ans, il se marie avec une femme de son village âgée de 20 ans. Le couple a eu deux enfants, une fille née en 1978 qui fait un apprentissage de vendeuse et un garçon né en 1980, en neuvième année d'école, lorsque M. P. consulte en milieu psychiatrique.

M. P. arrive en Suisse en 1984 par l'entremise d'une connaissance du village. Son épouse et lui-même, commencent à travailler dans l'hôtellerie: elle comme femme de ménage, lui comme garçon de maison dans un hôtel. Il dira que les débuts ont été très pénibles en raison du caractère très strict de la gouvernante (en fait, il garde un souvenir très vif de sa première journée de travail à cause de ceci). Si dans un premier temps, il y avait le projet de rentrer dans son pays, celui-ci a été définitivement abandonné à cause de la guerre.

Les troubles somatiques ont commencé assez tôt après l'arrivée en Suisse. Entre 1987-1988, apparaissent des douleurs ostéo-articulaires (dorsalgies décrites comme un blocage du dos, pendant le travail). Puis, M. P. a eu une poussée de psoriasis, qui s'est stabilisée par la suite. En 1989, il change d'entreprise après le départ de son patron et occupe durant quatre ans et demi un poste de garçon d'étages dans un autre hôtel. Il présente à plusieurs reprises des blocages du dos, avec perte d'équilibre et chute. A cette période, il essaie d'obtenir le permis professionnel de chauffeur de taxis et ainsi pouvoir changer de status professionnel. Cependant, il échoue à trois reprises, et finit même par perdre son permis de conduire, qu'il réussira à récupérer plus tard. Toutefois, il se fatigue vite et ne peut pas conduire longtemps. Il est licencié en mai 1993 pour des raisons peut claires (probablement liés à son absentéisme professionnel important en raison des congés maladie répétés et du retrait du permis de conduire).

En 1992, M. P. est hospitalisé pendant une journée suite à une paralysie faciale périphérique *a frigore*. En juin 1995, il est à nouveau hospitalisé pour une colique néphrétique gauche. Sur indication du médecin généraliste, M. P. a eu régulièrement des séances de physiothérapie, qui ont été en général satisfaisantes. En avril 1996, il chute suite à une perte d'équilibre, qui se solde par une fracture de plusieurs côtes, mais sans conséquences graves. Par la suite, M. P. se plaint de douleurs plus marquées du côté gauche du corps qui irradient dans le dos et la nuque, dans l'épaule, les mains et les jambes. Il se sent de plus en plus mal et exprime la peur de finir dans un fauteuil roulant. Il doit marcher lentement à cause des vertiges, et trébuche souvent. A cause de ses douleurs au dos, il passe une grande partie de la journée au lit et éprouve des difficultés à dormir. Il reconnaît qu'en raison de son état douloureux permanent, il se sent triste.

En décembre 1994, son médecin généraliste avait fait une demande de reclassement professionnel, qui aboutit à un programme de stage d'observation professionnelle organisé par l'Assurance Invalidité. La conclusion du rapport (novembre 1995) met en évidence les difficultés du patient en raison de ses troubles somatiques et psychiques (M. P. obtient une incapacité de travail à 100% depuis mai 1995). En début de 1996, l'Assurance Invalidité demande une expertise psychiatrique afin d'évaluer la capacité de travail. Celle-ci soulignera, à part les manifestations somatiques, la présence d'un état dépressif important et des troubles sur le plan neuropsychologique, bien que diffus et sans répercussion sur le status clinique.

A la lecture de ces deux histoires on constate certaines caractéristiques communes chez ce type de patients, qui rejoignent d'autres observations cliniques (54).

De premier abord, ce qui frappe, c'est la tonalité aplatie de leur histoire personnelle, où seulement quelques événements ponctuels sont relevés et le fait que, malgré leur signification, ils soient dilués dans un récit ordonné d'événements avec peu d'émotions. Il s'agit d'histoires sans repères temporelles, où il n'y pas la possibilité d'accès à un travail de deuil (p. ex. Mme. F est toujours touchée par le décès du père). L'enfance reste dans l'oubli, c'est une enfance blanche, anodine, uniquement parsemée d'événements traumatisants (p. ex. départ de la mère de M. P). Cependant, elle est présentée comme une enfance, si non heureuse, du moins dans la normalité. Les imagos parentaux sont toujours décrites de manière positive, ou comme figures absentes, sans pouvoir exprimer la moindre critique ou reproche. L'absence de conflictualité semble être le garant de la permanence de la relation et, par rapport à ses progéniteurs, il est plutôt exprimé le regret de leur absence, et un sentiment important de manque affectif est vite ressenti par l'entourage familial (cette attitude de sollicitude extrême se répète d'ailleurs, dans la relation avec les différents soignants).

Ces patients montrent une incapacité à manifester les affects dépressifs (colère, tristesse, dévalorisation, perte d'élan vital) qui sont, par contre retournés contre eux-mêmes, utilisant, il nous semble, la voie somatique pour s'exprimer. De ceci pourrait témoigner la disproportion entre les affects exprimés lors du récit de leur histoire personnelle et ceux qui accompagnent le récit de leur histoire somatique. La tonalité dépressive semble être présente depuis toujours et a donné une coloration particulière au développement psychologique qui se fait, en conséquence, de manière perturbée. La fragilité narcissique importante et l'immaturation du caractère, les rend vulnérables aux événements traumatiques (départs des enfants, conflit professionnel, émigration, séparation ou décès de proches). Il sont continuellement en quête affective, dans

la réparation impossible d'une perte, à travers la recherche d'un parent bienveillant. Ceci les met dans une position de régression importante qui les pousse à la demande de soins et à une réparation économique comme équivalents affectifs (p. ex Mme. dit par rapport aux enfants "la grand-mère leur donne l'affection, nous l'argent"; l'amour de la mère est exprimé, pour M., à travers les avantages économiques de son départ).

La dorsalgie, en tant que la manifestation somatique au premier plan des plaintes, a une signification importante en lien aux aspects relationnels et au sentiment de sécurité et de dépendance. D'un point de vue psychodynamique, les dorsalgies sont l'expression d'une souffrance focalisée sur une région, comme le dos qui est chargée d'une forte signification psychique: affirmation de soi et support de la vie relationnelle ⁷. La douleur est aussi associée à un trouble de la personnalité caractéristique (immaturité affective, dépendance et inhibition du caractère) lié à l'apparition d'événements psychologiquement significatifs (93, 94). Dans une dynamique névrotique, la douleur dorsolombaire montre la pauvreté des mécanismes de défense face à la névrose et l'impossibilité, en conséquence, d'utiliser des voies de décharge de tension plus économiques. L'énergie (angoisse), essentiellement d'origine génitale, reste inhibée, en suspens, sous forme de foyer douloureux (95)

Un aspect important est la comorbidité physique et psychique (troubles gynécologiques, douleurs neurologiques, troubles digestifs, troubles dermatologiques, dépression), signifiant l'extrême fragilité de l'enveloppe corporelle et psychique. On pourrait dire que les expériences traumatiques successives ont laissé leur trace sur le corps, comme s'il s'agissait d'un registre de mémoire. Le corps incarnerait, dans chaque trouble, la souffrance qui est présente depuis l'enfance et qui est ravivée dans chaque événement traumatique.

⁷ L'intérêt pour les douleurs dorsales n'est pas récent et nombreux auteurs ont évoqué, à travers différentes définitions, le rapport étroit entre les troubles algiques et une prédisposition psychogénique (92).

Ces illustrations cliniques mettent en évidence les caractéristiques du trouble somatoforme; d'une part l'aspect somatique, avec une pluralité de maladies associées, où la dorsalgie est une manifestation presque constante; d'autre part, l'aspect psychologique de la douleur comme expression d'une souffrance existentielle et, dans le même temps, le seul langage possible pour le malade face au soignant, ce qui va se répercuter notablement dans leur relation thérapeutique.

2.2.b.-La douleur comme symptôme prépondérant dans un processus d'inadaptation

La présence d'une douleur généralement chronique comme la principale manifestation d'une détresse psychologique, a soulevé de nombreuses questions autour de son origine et de sa signification. Il s'agit d'une réalité clinique très répandue dans la société occidentale dont l'importance de sa prévalence est reflétée par une nosologie de plus en plus spécifique depuis environ vingt ans (classifications DSM et ICD), et les répercussions à niveau médical (demande d'assistance fréquentes) et social (conséquences liées à un taux important d'invalidité professionnelle). Or, face à une douleur chronique, l'évolution est bien différente d'un sujet à l'autre. Un des critères déterminant de celle-ci est notamment, la présence d'une maladie somatique à l'origine.

Certaines caractéristiques peuvent être retrouvées chez les patients souffrant de douleur chronique, telles qu'un bas niveau socio-économique et culturel et une attitude plutôt défaitiste face à la vie (83). Toutefois, la douleur chronique constitue la manifestation la plus fréquente d'une détresse psychique sous forme de langage corporel dans les sociétés occidentales, où l'augmentation

de la fréquence des somatisations est liée à des situations de stress psychosociaux (chômage, immigration,...). Cette expression somatique est favorisée par un système médical et d'assurance qui reconnaissent uniquement les manifestations d'une maladie somatique et non celles d'un trouble psychologique, ou très peu (82).

Ainsi, un lien pourrait être fait entre le développement de cette douleur (*fonctionnelle*, sans substrat organique) et les difficultés du sujet à s'adapter à une situation changeante de son environnement socio-familial. La notion de trouble somatoforme douloureux signalerait la tendance des patients à développer une douleur chronique, dans le contexte d'une inadaptation sociale (83). Ceci implique que le mode d'expression de la douleur et de la souffrance dépendent de la culture, ainsi que de l'attente du patient lorsqu'il s'adresse à un système de soins. Ainsi l'attention dirigée vers l'histoire personnelle du patient nous semble être fondamentale pour la compréhension de cette demande et la mise en place ultérieure du traitement (82, 83). De l'influence de cet aspect culturel, les soignants ne peuvent pas être indemnes, car ils font partie eux aussi d'un système culturel médical, qui leur donne une vision relative et conditionnée de la maladie (55).

Chaque culture induit ses modes propres d'expression de la souffrance et de la maladie, et établit un système de soin adapté à ses propres convictions théoriques. Les manifestations du sujet malade font partie de l'ensemble des réactions acceptées par ce système de soins. Le processus de *devenir malade* se fait en fonction des changements de la société à laquelle le sujet appartient, faisant partie d'un processus d'acculturation et d'intégration.

Dans les sociétés occidentales, tel qu'en Suisse, les systèmes de soins ont été remplacés par les systèmes de santé, organisés autour de la prépondérance de la médecine scientifique et d'une politique de prévention

sanitaire. Dans ce contexte, où uniquement les maladies reconnues par ces systèmes sont acceptées comme moyen d'expression de la souffrance, le malade actuel aura tendance à s'exprimer avec les symptômes reconnaissables et acceptés par ce système de santé. Un trouble aussi répandu que les lombalgies chroniques correspond bien à cette dynamique d'adaptation face à la maladie (96)⁸. Lorsque cette adaptation ne peut pas se faire ou lorsqu'elle est incomplète, la pathologie est qualifiée de fausse et la bonne volonté du patient est remise en cause, lequel est souvent décrit comme simulateur (90, 98). Face à cette dynamique nous pourrions nous demander si le trouble somatoforme serait-il le choix de ces patients pour réussir une vie, jusqu'alors jalonnée de ruptures, d'échecs, et de pertes, au sein d'une culture gérée par le paradigme médical et économique.

La notion de sinistrose vient combler le manque d'explication d'une pathologie, dont les plaintes physiques semblent disproportionnées à l'atteinte organique, avec une comorbidité psychiatrique non spécifique et portée par un patient qui chercherait surtout la réassurance auprès des médecins et des assurances. Néanmoins, l'expérience montre que la clinique ne semble pas exagérée par rapport à la souffrance, et que l'octroi d'une rente ne soulage pas les symptômes, dans une logique cause-effet propre aux systèmes de santé. Ce caractère de sinistrose fait référence plutôt à la nature de la relation patient-médecin (ou au système de soins), qui est dysfonctionnelle et qui se retrouve dans la catégorie clinique de trouble somatoforme. Le caractère sinistrose attribué à ce diagnostic revient davantage à une attitude trop souvent méprisante de certains professionnels de la santé face à ce type de patient, dont les plaintes ont une tonalité de revendication pécuniaire, mais qui ne cherche au

⁸ Cependant, on peut trouver d'autres exemples de la présence des troubles similaires dans différents contextes sociaux (Espagne) qui sont cependant, décrits avec une terminologie différente: cervicoarthrose, syndrome neuralgique cervical, fibromyalgie, syndrome douloureux myofascial (97, 98, 99). Ceci soulignera le fait que les diagnostics cliniques sont en étroite relation avec le système de santé qui les pose.

fond que la reconnaissance du corpus médical à sa souffrance, et une possible réparation de la blessure narcissique, liée à un événement à caractère traumatique (100). L'apparent bénéfice secondaire cherché par une prestation ne peut que paradoxalement, conflictualiser encore plus la relation médecin-patient et rendre inutiles les thérapies.

2.2.c.- La douleur comme langage.

La notion de douleur a un caractère ambigu, car elle renvoie, à la fois, à un aspect quantitatif (critères neurophysiologiques) et qualitatif (douleur comme souffrance psychique) dans le cadre d'une dualité corps-esprit (101). Cependant, l'expérience douloureuse est plutôt validée en fonction des critères physiques, en faisant abstraction de l'aspect symbolique. Elle est remise en question lorsqu'une altération corporelle ne peut pas être démontrée, ce qui arrive chez les patients désignés comme fonctionnels, induisant la recherche d'une pathologie psychiatrique. Ceci ne fait qu'accentuer la dissociation corps-esprit et augmenter la souffrance du patient, qui vit un sentiment d'injustice, car sa demande de réconfort, autorisée à travers les plaintes corporelles, n'a pas été écoutée.

Il se produit une situation paradoxale, car la médecine institutionnelle est la seule habilitée à valider la souffrance et ses modes d'expression, en prenant en charge le patient (traitement, assurances). Cependant elle décide ce que le patient doit ressentir, ce qui peut être alors, un motif de conflit entre patient-soignant (ou système de soins). Cela amène à une confusion des rôles entre somaticien et psychiatre (car ce dernier assume les patients qui deviennent problématiques pour le premier). La notion de douleur chronique

définie sur des critères négatifs (celle qui ne peut pas être soignée, car on n'en connaît pas la cause) est un exemple de cet absolutisme de la part d'un secteur de la médecine dans l'approche de la douleur. La non adhésion aux critères institutionnels de maladie est souvent interprétée comme pathologie fausse, simulation, niant les aspects individuels de la souffrance (5, 102).

La douleur montre les limites dans le dualisme corps-psyché, car elle est reliée à la nature humaine et n'est pas seulement un fait physiologique (ensemble des sensations). Elle est un fait d'existence, d'être dans le monde et c'est l'individu tout entier et pas seulement le corps physique, qui souffre (5, 102, 103). La prise en compte de l'aspect humain, dans l'abord de la douleur par le médecin, constitue peut-être un défi pour la médecine. Or, si l'expérience douloureuse peut être comprise, d'un côté, comme moyen d'existence et de défense, comme un bouclier qui permet de faire face au monde environnant, d'un autre côté, elle se heurte à certains postulats du progrès médical qui, portant la réflexion à l'extrême, nient l'existence de la mort, et considèrent que la souffrance ne fait plus partie de la vie (4, 8, 102). Pour cela elle doit être écartée du contexte socio-médical et reléguée au domaine du psychisme pathologique⁹.

Lorsque le malade est confronté à la douleur, il cherchera alors à être réconforté auprès de son entourage. Ceci le conduit à un processus de régression psychique (dont les particularités de son expression obéissent à son histoire personnelle) dans le but d'obtenir à travers la relation à l'autre, une compréhension de sa souffrance. L'expression de la douleur a une fonction d'appel à l'aide, trouver un sens à la souffrance qui demeure inchangée. Celle-ci traduit une défaillance dans le travail de symbolisation qui se réalise à travers les différents états de développement psychologique, soulignant une notion de perte

⁹ Nous revenons, d'une certaine manière, à rejoindre le mouvement qu'a permis le début de la psychiatrie à travers l'aliénation mentale, manifestation d'une *raison* défaillante. Maintenant, c'est la douleur qui est considérée comme une manifestation d'un psychisme défaillant. La question qu'on pourrait se poser est de savoir si les patients avec syndrome douloureux somatoforme sont les nouveaux aliénés de notre société.

ou de défaut dans la dynamique psychique. Dans l'établissement de la relation, il y a une tentative de trouver l'acceptation de l'autre, la réparation d'une perte qui menace le sentiment de sécurité. Ainsi, des événements extérieurs signifiant changement ou perte, font office d'équivalents symboliques de la perte interne et l'amplifient (102, 104). Les événements traumatiques constatés souvent chez les patients avec trouble somatoforme (séparation, décès, maladie), ravivent ainsi le vécu d'une perte précédente (54).

Et finalement, une dernière explication du mécanisme intrapsychique qui fait émerger la douleur pourrait encore faciliter sa compréhension. D'un point de vue psychodynamique, la détresse comme réaction au sentiment d'insécurité ou d'atteinte à l'intégrité du Moi, est exprimée à travers la douleur, signe qu'un seuil de tolérance a été dépassé. La douleur est le signe d'un dépassement de la limite, ce qui fait référence aux limites de la peau, comme fonction de frontière dedans-dehors (dans le sens du moi-peau de D. Anzieu) (105). La souffrance est, dans ce sens, un concept limite, où finalement la tolérance à la douleur est étroitement liée à la notion de douleur. L'effraction du seuil a une valeur traumatique et la douleur serait l'équivalent d'une limite dépassée. Un lien peut se faire entre douleur et traumatisme à travers le rôle de l'angoisse qui permet au Moi de moduler le seuil de tolérance au traumatisme (perte, séparation, abandon, atteinte corporelle). L'angoisse fonctionnerait comme signal d'alarme avant l'apparition de la douleur. La demande de soins par le patient cherche rééquilibrer la rupture entre le corps physique et le corps vécu psychologiquement (selon l'idée d'Ajurriaguerra de la rencontre entre habitacle et habitant intervenant dès le début de la vie infantile) (106).

La douleur témoigne de cette menace de mise en danger de l'intégrité corporelle (107). Elle serait une manière d'exprimer l'idée d'une sorte d'effraction du corps, ayant lieu au niveau du corps fantasmé par le malade

(image du corps). Autour de cette expérience, le langage médical (et populaire) permettrait de mettre en rapport, à travers le discours du malade et du médecin, l'ordre imaginaire (façon dont le sujet appréhende son image du corps et les atteintes physiques et psychiques que lui sont faites) et l'ordre symbolique (traduction du vécu imaginaire dans le langage) (108). Dans ce sens, R. Rey (101) fait l'hypothèse que la façon d'exprimer la douleur entretient des rapports étroits avec la manière de la vivre, c'est-à-dire que " l'expérience de la douleur est-elle marquée du sceau de la subjectivité ". Elle constitue une expérience qui rejoint l'universalité de la condition humaine et l'unité biologique de l'espèce à travers la peau, frontière entre le moi et le monde, et réceptacle des sensations (internes et externes), sources autant de plaisir que de douleur.

Les difficultés du patient à exprimer sa souffrance sur un mode symbolique, l'amènent à trouver de nouvelles voies, détournées à travers le corps, sorte d'objet transitionnel entre la culture médicale et les références culturelles du patient, pour exprimer son désarroi. La douleur se constitue en moyen de communication au sein d'une relation médecin-malade qui ne peut pas avoir accès aux messages des deux parties et dont le dialogue s'établit à travers la régression et la demande de soins pour chercher un sens à sa souffrance (102, 109). La douleur chronique devient un comportement et un langage explicite de ce comportement. L'expression somatique va s'ériger en métalangage pour remplacer les mots manquants, et c'est sur cette dynamique que repose la relation soignant-soigné (110).

Chapitre 2.3.- Relation Médecin-Malade

La pratique médicale implique la mise en relation de plusieurs éléments: l'homme, le corps, le malade, la maladie, le médecin qui, même inhérents à cette dynamique, n'ont pas été suffisamment considérés dans leur globalité. Bien qu'ils puissent être plus ou moins pris en compte dans l'histoire de la médecine, les aspects concernant la maladie et le regard du médecin ont prévalu jusqu'ici.

Le nouveau regard avec lequel est considéré l'homme dans le XVIIIème et XIXème permet probablement l'apparition de changements et

c'est à partir des idées élaborées au travers du magnétisme, de l'hypnose, puis du développement de la psychanalyse, que l'acte médical est considéré comme le résultat d'une rencontre. La notion de transfert est apparue, en étroite relation avec l'activité de l'inconscient. Dans le cas de la suggestion et de l'hypnose, le mouvement est unidirectionnel, le malade n'étant pas considéré à part entière, il n'est que le récepteur du transfert provenant de l'extérieur (le médecin). Dans ce sens, l'apport de la psychanalyse a été de considérer que ce mouvement est bidirectionnel entre patient et médecin et que le transfert souligne le mouvement psychique qui va de l'intérieur vers l'extérieur, d'un système inconscient à un autre système inconscient, d'un individu à un autre.

L'importance de ce mouvement est bien illustré à travers l'exemple de la règle de l'interdiction de toucher dans le cadre psychanalytique. Celle-ci permet ainsi mieux faire abstraction d'un lien présent mais invisible. Ce lien peut alors, être abordé de manière plus spécifique et ceci permet de constater et d'approfondir la nature de l'interaction qui est possible entre patient et médecin. Alors, si la relation thérapeutique est définie en terme de relation transférentielle uniquement, telle que dans le cadre strict d'une cure analytique, la notion de soin change et c'est la qualité de cette relation qui détermine la réussite de toute interaction médicale et pas seulement celle du cadre social de la rencontre entre médecin et patient, présente dans toute intervention médicale. En cela, il semble illusoire ne pas considérer cet aspect transférentiel dans la pratique médicale en prétextant l'objectivité du savoir médical et du caractère physique de l'acte de soin. Même qu'un large secteur des praticiens et soignants en général considère que cet aspect de la relation patient-médecin est important, pour nombreux professionnels de la santé

c'est dénié, ou, dans le meilleurs des cas, minimisé. Ceci amène à certains auteurs à dire qu'il faudra chercher les défaillances de l'exercice de la médecine actuelle dans l'impossibilité du médecin à se mettre à la place du patient, c'est-à-dire, à tenir compte des éléments subjectifs influençant la dynamique relationnelle appartenant à tous les deux (111). La contribution de Balint a été essentielle pour la compréhension de la relation soignant-soigné. Avec une formation psychanalytique de base, il a octroyé une grande importance au contre-transfert du médecin dans l'enjeu relationnel avec le patient (112). Le vécu corporel du patient résultant de cet échange peut être compris dans un contexte psychothérapeutique propre au médecin généraliste et différent du cadre analytique classique (113, 114).

Dans la dynamique de toute relation médecin-malade, il y a deux dimensions impliquées: l'informative et l'émotionnelle (115). Pour le premier aspect, le médecin est le porte-parole d'un savoir scientifique reconnu par la société, mais pas toujours accessible au patient, qui risque de ne pas avoir été compris dans sa demande d'information sur la maladie. L'importance de l'information donnée au malade réside dans l'influence qu'elle aura sur l'imaginaire du patient autour de la maladie, décidant de son adhérence au traitement ¹. En ce qui concerne la dimension émotionnelle, le patient et le médecin ne peuvent pas être indifférent à leur rencontre. De la part du médecin, de nombreux éléments y participent: les caractéristiques du patient, la nature de la maladie, sa propre histoire personnelle, le déni ou la tendance au contrôle émotionnel de soi-même en fonction de références théoriques, etc..; de la part du patient: négation des aspects émotionnels dans la maladie, idéalisation du médecin et attitude passive en conséquence, recherche d'un dépositaire à sa souffrance.

Dans toute demande de soins, il y a la composante de la souffrance du malade qui cherche à être soulagée. Celle-ci ne s'exprime pas seulement par les manifestations de la maladie, mais aussi par l'angoisse débordante du patient, péremptoire, qui est souvent autant évitée par le patient que par le médecin, dans une relation exempte de subjectivité. Dans cette dynamique relationnelle, tout semble indiquer que, "cette angoisse du patient fait peur au médecin" (116). D'autres auteurs (110) vont dans le même sens et signalent que dans la pratique d'une médecine scientifique, objective, neutre, l'évitement de la reconnaissance de l'angoisse est plutôt considéré comme une attitude de compétence professionnelle. La conséquence étant la transformation d'une relation interpersonnelle vivante en un échange d'information dépourvu de subjectivité et restant technifié. Un exemple de cet éloignement émotionnel se trouve dans la prescription répétée de médicaments, qui répond très souvent à la nécessité pour le médecin de calmer sa propre anxiété, alors qu'il croit la percevoir chez le patient. Ainsi la communication reste réduite au minimum indispensable et la rencontre médecin-malade devient un jeu stéréotypé. Une perturbation de la relation semble évidente, dans le sens où la dynamique circule à deux niveaux, celui objectivé par la pratique uniquement médicale et l'autre, imperceptible, de la rencontre de deux personnalités différentes. L'exemple, assez typique, donné par ces patients avec douleurs chroniques, irréductibles, faisant de multiples demandes de consultations, montre que cette pérennisation de l'algie est entretenue par le dysfonctionnement de la relation médecin-malade qui s'établit comme un "système en miroir", dominé de deux côtés, par l'impuissance et l'agressivité (110). Pour R. Rey la douleur touche à quelque chose qui tient à la nature même de l'acte

¹ Pour que le bénéfice soit maximal, cette information devrait être faite dans un langage compréhensible pour le

médical, donc à la relation médecin-malade. Elle remet en cause les rôles traditionnellement dévolus à chacun, elle est « une expérience limite dont il n'est possible de sortir que dans la réappropriation individuelle -ou la conquête- par chacun, de son statut de sujet, au péril de sa vie » (117).

Dans cette dynamique relationnelle entre patient et soignant, ce qui semble poser problème est le caractère d'insaisissabilité qui inquiète profondément autant l'un que l'autre et que déstabilise l'échange relationnel. Cet élément méconnu qui suscite de l'angoisse amène à dire à certains auteurs que ce qui est implicite dans la demande du patient au médecin est le questionnement autour de la mort. Cela est refusé par le professionnel, en raison de la condition de toute-puissance médicale, et qui est relégué aux frontières de son champ d'étude. De cette manière, la plainte fonctionnelle témoigne d'une séparation entre le vivant (l'organique) et le mortifère (le fonctionnel) ². Cette solution permet au médecin d'être dégagé de cette remise en question qui vise en définitive la toute-puissance de la médecine. Toutefois, ceci ne fait qu'accentuer le clivage à l'intérieur de la médecine: la confrontation entre besoin et désir, maladie et malade (62, 118). La dialectique n'est pas possible. Le patient qui se manifeste avec une plainte somatique ne peut pas être entendu et compris, suscitant l'impuissance du soignant, ce qui concourt donc à l'échec de la réponse thérapeutique.

Dans la clinique quotidienne, le patient est souvent adressé au psychiatre, le malentendu entre médecin et malade est, ainsi entretenu. La prise en charge de celui-ci aboutit rarement à une psychothérapie et le patient et son médecin se retrouvent à la case départ avec un fort sentiment

patient, sans termes techniques (110).

² Dans le sens de ce qu'on voit et ce qu'on ne voit pas (et on ne connaît pas non plus) : C'est la mort qui guette à chaque détour de la vie.

de dévalorisation. Pour le patient, cette approche le confronte à des failles personnelles, tandis que le médecin, ne subit qu'une remise en question du système auquel adhère (114). Nous trouvons un exemple de ce déroulement dans l'observation clinique de Mme. F. (chap. 2.2). Il y est signalé une rupture d'avec le psychiatre après quelques consultations. Il est difficile pour le patient d'accepter l'origine psychique de ses troubles, en raison de sa difficulté à avoir accès à une représentation psychique de ses souffrances, qui restent toujours exprimées par le corps.

Une explication de cette dynamique peut être posée d'un point de vue psychanalytique. Le médecin est identifié à un Moi maternel idéalisé, à qui le patient s'adresse avec sa demande de soins, cette dernière se ferait à travers la plainte corporelle qui correspond au reflet d'un manque (affectif probablement) qui doit être réparé (113, 118). La réticence à considérer le corps dans le discours d'une relation psychothérapeutique ou médicale, est liée à la difficulté de reconnaître la valeur de la négativité dans l'expression symptomatique. Ainsi, on trouve que la plainte somatique positivise ce qui appartient au *non vu* (séparation, mort, castration..), à l'indicible. Il s'agit de l'origine de la souffrance qui veut mais qui ne peut pas être entendue. Par cette plainte, qui peut même être déniée, car elle n'a pas de substrat somatique, le patient peut faire quelque chose de visible du manque inscrit dans son corps. La réhabilitation de ce corps par le soignant serait possible en faisant la référence constante aux processus primaires et aux organisations pré-génitales du développement psychoaffectif normal. Le corps de l'observation clinique serait l'écran où est actualisé un corps archaïque (corps d'enfance) (113). C'est ce corps dont il est question dans la notion de "défaut fondamental" de Balint (119). Avec sa demande, qui a valeur de revendication, le malade attend que le médecin puisse être un

“miroir écran” où il puisse projeter son vécu corporel, afin qu’enfin, le médecin devienne un corps qui entend. A travers le soin prodigué par le médecin (qui est, sans doute, chargé de haine et d’amour, d’où l’ambivalence du désir de soigner présent dans tout soignant), le patient espère être gratifié narcissiquement par l’incorporation projective du bon objet, le médecin étant le seul capable de s’occuper du corps d’enfant mauvais du patient qu’il porte à l’intérieur (113).

Ces idées rejoignent celles qu’on a brièvement évoqué dans le chapitre précédent concernant la fonction d’appel remplie par la plainte douloureuse. Certains auteurs (120) signalent que la clinique de la douleur est une clinique du négatif et correspond à l’expression d’un affect primitif, une perception inqualifiable. Dans le cadre de la consultation, la nécessité de la plainte tient lieu de psychisme par les affects qu’elle véhicule, cherchant un sens et représentant un appel que ne trouve pas d’objet, mais que demeure comme témoin de la souffrance (mais aussi du vestige d’une image maternelle maintenue dans le désespoir). La rencontre avec le clinicien permet, à travers le maintien de la souffrance et de la demande continue, une barrière à un effondrement narcissique plus grave et elle représente dans l’obstination des plaintes, une défense plus solide de ce qu’on pourrait croire.

Le but de la demande de soins est, en définitive, la reconnaissance de la blessure symbolique véhiculée par la blessure du corps (121). Ainsi, le malade peut être reconnu à part entière, il est défini selon ses propres critères et pas par ceux suggérés par le système médical (116)³. Cependant, face à cette reconnaissance, à travers laquelle il s’agit

³ On verra dans le chapitre suivant, autour de la condition de migrant, que le patient qui s’exprime somatiquement veut être compris émotionnellement et pas seulement à travers l’objectivation de sa symptomatologie (122).

de donner un sens aux problèmes, le médecin est ambivalent et cette attitude détermine sa disponibilité dans la relation avec le malade. Cette ambivalence inhérente au désir de soigner met en évidence le conflit médecin-malade sous-jacent et la plainte somatique est donc, le reflet d'une maladie de la relation (118, 111). C'est à ce niveau que la plainte somatique peut restituer la métaphore présente dans une relation psychothérapique et faciliter l'échange verbal, car elle permet l'avènement du corps dans la parole. Ceci est possible si le médecin peut se situer comme lieu de transformation et d'engendrement de la métaphore: c'est-à-dire, comme un miroir à échos, comme un espace de résonance. Cependant, dans le cas des patients avec plaintes somatiques, l'identité du médecin est remise en question car il est partagé entre technique et psychologie (113). De plus, dans la pratique médicale habituelle, il s'agit surtout de la mise en place d'une métonymie plutôt que d'une métaphore (118).

Dans un contexte plus large, on pourrait dire que la place qui est assignée au corps dans notre psychisme dépend de la société et de la culture desquelles le sujet fait partie. Cette place est plus évidente dans les cultures préindustrielles, où le corps trouve le moyen de se manifester (corps sain et malade) en harmonie avec les règles du groupe social et en accord avec les représentations du corps acceptées. Lorsqu'il s'agit de la relation avec un thérapeute (dans le sens général de celui qui soigne), il y a un passage du mal à travers le corps de celui-ci avec lequel se produit une identification. Le système de soins occidental ne favorise pas cette interrelation, car la figure du soignant est déliée de toute subjectivité ⁴.

⁴ Nous pouvons évoquer un exemple de ce processus d'identification dans la dynamique relationnelle soignant-malade et la création d'un discours commun entre eux, qui a été bien décrit dans un contexte relationnel, bien que très spécifique, comme celui de la consultation du psychanalyste dans un hôpital pédiatrique (123).

Dans la société actuelle, la mort et la souffrance constituent les sujets tabous concernant la maladie et le corps, et le travail de deuil est réduit à son expression minimale. Une relation psychothérapeutique, au sein d'une relation médecin-malade, serait une sorte de micro-milieu qui permettrait que les symptômes-symboles puissent être compris. Nous pouvons prendre comme référence à un auteur comme N. Le Guerin (124) qui explique que, c'est dans ce contexte que le nouveau *mythe du corps* "viendrait utilement compenser un vide culturel qui ne permet de penser la mort qu'en terme d'absence et le corps en terme de fonctionnement". Plus loin, dans le même texte, ce auteur signale: "...je situerai le transfert comme le mouvement de cet espace...[psychique et culturel]...habité...[par le patient et le thérapeute].. par lequel le thérapeute prête son corps aux fantasmes, perceptions et projections de ses patients. Ce mouvement permet, éventuellement, d'accompagner l'autre dans les identifications imaginaires et symboliques au corps de l'autre".

Chapitre 2.4.- Trouble Somatoforme et rupture de vie: l'exemple des émigrés

Les données statistiques montrent que la population atteinte de troubles somatoformes appartient majoritairement à un niveau socioculturel bas et que ces personnes ont vécu, dans une grande proportion, l'expérience de l'émigration vers des pays technologiquement plus avancés. Il s'agit donc, d'un dépaysement pour des raisons économiques, avec les conséquences spécifiques liées au changement de culture et à l'investissement différent qui se fait de l'activité professionnelle. Malgré quelques aspects en commun, cette population présente des différences avec d'autres émigrés comme l'émigré politique par exemple. Celui-ci, en vertu de son statut de réfugié, établit des rapports différents avec les institutions sociales. De nombreux travaux (125) ont pu mettre en évidence la relation étroite entre événement biographique, stress et changement dans la santé (modification plus claire concernant la maladie psychique). L'émigration, en ce qu'elle implique une transformation importante dans la vie d'une personne, peut être considérée comme un facteur de stress majeur.

Le travailleur émigré est confronté à un changement majeur dans sa vie quotidienne et vit un processus de pertes répétés face auxquelles il expérimente un sentiment d'impuissance et de dépendance absolue. Il se trouve écartelé entre deux mondes différents, sans pouvoir revenir en arrière, vers le passé et dans l'incertitude de l'avenir. Il est habité par le sentiment de nostalgie, et par la frustration de ne pas pouvoir exprimer son mal être, car il ne serait pas compris par la société que l'accueille. Dans ce contexte, la souffrance corporelle obtient une reconnaissance que la souffrance psychologique ne parvient pas à trouver (126). Un autre groupe est constitué par les émigrants qui arrivent dans

le pays d'accueil avec un projet de vie établi dès le départ et projeté dans l'avenir. Ce groupe, différent des groupes précédents, est soumis à un travail d'adaptation et d'intégration qui modifie probablement la manière de tomber malade.

En France, l'épidémiologie de l'émigré se situe à trois niveaux (127): D'abord on observe la pathologie d'importation, constituée surtout par la pathologie infectieuse provenant du pays d'origine. Dans un deuxième temps cela se modifie et au fur et à mesure que l'intégration à la nouvelle société se fait, la tuberculose, les infections de transmission sexuelle (MST) et les maladies partagées avec la population autochtone deviennent plus fréquentes. Ces dernières sont en rapport avec le vieillissement et la vie sédentaire (ulcères gastroduodenaux, hypertension artérielle, diabète, obésité). Un troisième groupe est intégré par les troubles psychiatriques, qui d'une part, donnent suite à une morbidité psychiatrique présente dans le pays d'origine et qui d'autre part, constituent la pathologie propre de la transplantation.

Tenant compte du fait que l'insertion sociale dépend des relations sociales et celle-ci de l'activité professionnelle, il est facile comprendre le grand investissement qui se fait du travail, dont dépend l'équilibre psychologique. La rupture de celui-ci, suite à un accident de travail par exemple, provoque une situation de crise, car le seul support à la santé psychique, le travail, est ébranlé. L'angoisse face à cette situation va s'exprimer surtout par des somatisations (troubles digestifs, lombalgies, algies erratiques, asthénie), qui provoquent des multiples consultations et un comportement considéré comme revendicateur par de nombreux soignants. Cependant, l'origine du dysfonctionnement somatique n'est souvent pas trouvée, ce qui arrive pour les troubles somatoformes, par exemple. La présence de ce trouble, avec l'incapacité professionnelle conséquente, entretient et aggrave une difficulté d'adaptation sociale, déjà

préexistante parfois et entraîne également, une diminution de la tolérance aux contraintes de la vie quotidienne (83).

Ce phénomène n'est pas différent en Suisse. L'apparition chez les émigrants des troubles liés à la transplantation, dépend de plusieurs facteurs: le temps de séjour, le degré de maturité psychologique de l'individu, le niveau socioculturel, la spécialisation professionnelle (104). Face à toute demande de prise en charge médicale et sociale, on s'interroge sur un éventuel caractère "sinistrosique" de celles-ci. Toutefois, ces plaintes réitérées qui se font sur une tonalité revendicatrice, ne reflètent que la tentative de réparer une blessure profonde dans le narcissisme de ces patients, ce qui souligne finalement, un processus d'invalidation chez l'émigré (94). Celui-ci a débuté probablement, avant l'événement traumatique à l'origine de la maladie et l'apparition des troubles. Les statistiques OAI-Vaud, correspondant à un période de 6 mois entre 1995 et 1996 (cf. chapitre 2.2.), montrent que dans le 18.3% des cas d'expertises psychiatriques (N=419), un diagnostic de syndrome douloureux persistant était posé. Il correspondait à 88.1% de travailleurs étrangers, et à 11.8 % de suisses. Parmi les émigrants, les origines sont distribuées de la manière suivante: 47.7% ibériques, 23.8% italiens, 22.3% ex-yougoslaves, 5.9% autres nationalités. Malgré la courte période prise en compte par l'échantillon, il semble que la population étrangère est touchée plus fréquemment par cette pathologie, finissant son parcours avec une prise en charge par les institutions sociales et médicales.

L'observation clinique quotidienne chez le généraliste, ainsi que chez le psychiatre, permet constater l'homogénéité de certains traits dans cette population. Les caractéristiques communes qu'elle présente sont la provenance d'un milieu peu cultivé, rural généralement, très défavorisé socialement, avec une scolarité simple et souvent sans formation professionnelle qualifiée.

L'histoire familiale montre, dans nombreux cas, des antécédents de carences affectives et de maltraitance dans l'enfance. (54). Le départ du pays se fait à un âge précoce (fin de l'adolescence, début de l'âge adulte). Le séjour est envisagé d'abord comme temporaire, puis de manière stable, situation qui leur permet d'amener leur famille. L'amélioration de la qualité de vie est le but de leur périple et en conséquence, l'activité professionnelle est fortement investie. Cet investissement, autour duquel se construit le projet de vie et la recherche d'un équilibre psychologique, ne laisse pas la place aux aspects plus jouissifs de l'existence. Les exemples cliniques présentés dans le chapitre 2.2 peuvent donner une idée de l'investissement massif de la vie professionnelle, au détriment de la vie de famille ou des échanges relationnels avec l'entourage.

La migration, ainsi que le processus d'acculturation associé, nécessite un travail d'adaptation au nouveau système de références social, qu'implique une réorganisation de la personnalité, avec acceptation et intégration des nouveaux repères. Ceci peut être une expérience enrichissante ou, par contre, être à l'origine de graves perturbations psychiques. La pathologie de la transplantation serait une pathologie du Moi (fragilisé pour ce déracinement), qui est en conflit avec le nouvel environnement (122). Les émigrants n'auraient pas un Moi suffisamment fort pour faire face à cette dynamique de changement. Pour d'autres auteurs (128), il n'y aurait pas de fragilisation du Moi, mais une transformation de ce dernier. L'incidence des facteurs extérieurs provoquerait une réaction du Moi avec les moyens dont il disposerait à ce moment.

De Almeida (1975) (122) décrit plusieurs stades dans l'apparition des troubles psychiques. La maladie peut être un refuge, dans un premier temps de l'adaptation, pour faire face à une situation d'insécurité. Ici, les manifestations somatiques et anxio-dépressives sont fréquentes. Dans un deuxième temps, ce processus d'insertion se fait sur un mode régressif, le Moi n'ayant pas les

moyens pour se défendre de l'extérieur et assumer la discontinuité spatio-temporelle dans son historicité, étant en rupture avec les liens affectifs et les repères traditionnels. Il se produit alors une situation de crise, qui devient une crise d'identité, dans laquelle le sujet ne peut pas se construire une identité à partir des projections déposées sur l'entourage, car celui-ci est méconnu. Le mal être peut se manifester par une crise de "dépersonnalisation", exprimée par le "mal par tout", qui permet à l'individu d'affirmer son existence, son être-en-soi. La consommation médicale et la chronicité des troubles peuvent commencer ici. Ces troubles ont un caractère réversible, si l'intégration sociale est réussie, mais dans le cas contraire, les troubles peuvent s'installer de manière permanente et aboutissent à une demande d'intervention des institutions de prévoyance sociale. Ce comportement apparemment sinistrosique s'insère dans une dynamique psychosociale de l'émigrant et répond à plusieurs tableaux psychopathologiques, ceci autant dans le début de la transplantation que long-temps après.

Le comportement des migrants qui présentent des plaintes somatiques vient nous rappeler que le rapport de ces malades à leur corps est lié aux représentations du corps élaborées par la culture d'origine. Ce corps, ainsi intériorisé, constitue un socle, l'étayage interne vers qui le sujet va se retourner lorsqu'il est en rupture avec sa culture, son étayage externe. La représentation de son corps est la seule réalité à laquelle il ne peut pas s'échapper et qui se constitue en cadre de référence pour soutenir son identité ébranlée. Celle-ci, peut se reconstruire lentement, tout comme la représentation de soi se transforme dans le nouveau cadre culturel (129).

Il semble indéniable que les manifestations des patients originaires d'une culture différente ont un sens et qui cherchent l'apaisement de la souffrance. Lorsque celle-ci demande à être soignée, l'objectif poursuivi est entrer en communication et devient un message que doit être déchiffré. Ce

message, porté par un corps malade s'organise selon un code qui est déterminé culturellement auquel appartient le malade. Ces patients, par ses plaintes complexes, remettent en question le système de référence médical car ils se situent hors des limites de son savoir. Le thérapeute est confronté à une souffrance « hors cadre » que questionne la validité de la conceptualisation de la santé, la maladie et la médecine à laquelle il adhère (130).

Cette dynamique entre plaintes somatiques et revendication de reconnaissance de celles-ci, est étroitement liée à la pathologie de la transplantation dans le sens où, l'incompréhension de cette souffrance est plus importante chez le soignant de la culture du pays d'accueil. Le patient ne peut pas recourir à un langage verbal dont le code, bien qu'universel, n'ait pas été partagé par tous les individus de la même manière. Le patient va utiliser le langage du corps dans une tentative de refléter ainsi son mal être existentiel. Il s'agit d'un signe de réorganisation interne, dans le but de s'approprier une nouvelle symbolique, en concordance avec la culture environnante. L'émigrant adapte son langage corporel aux critères acceptés dans la société d'accueil, ainsi, il tombe malade avec une "pathologie normale". Il s'agirait d'un mouvement qui va de la société d'adoption vers l'intérieur du corps du sujet (de manière analogue à la suggestion des troubles provoqués par le médecin, dans le cas d'hystérie) (128). L'émigrant disposerait ainsi, d'un nouveau code qui lui donne un outil d'expression mieux accepté par l'environnement. Une étude faite à Genève (96) montre une différence dans les plaintes sous forme de dorsalgies, entre celles évoquées par les ouvriers étrangers arrivés récemment en Suisse et celles de ceux qui y résident depuis longtemps. Ces derniers s'exprimaient dans les mêmes termes que les ouvriers suisses, c'est-à-dire, ils utilisaient le code d'expression de la maladie propre à la population autochtone.

La question soulevée est le rapport entre l'origine culturelle et les critères d'acceptation pour l'expression d'affects. Deux positions se confrontent (131): une universelle, qui défend la similarité d'expression émotionnelle entre les différentes cultures (s'appuyant sur des critères physiologiques) et une autre, relativiste, qui soutient l'influence très significative de la culture. Celle-ci semble plus probable, lorsqu'on observe les différences concernant la notion de Moi et de personne dans les cultures occidentales et les autres. Dans les premières, prédominent l'individualisme et une tendance à la rétention de l'extériorisation des émotions (par exemple le deuil). Dans les sociétés non-occidentales, l'expression émotionnelle passe plus souvent par le langage corporel et l'appel au groupe social de base. L'émotion est aussi considérée d'un point de vue mécaniste (faisant appel à une pensée magique). Elle y serait à l'origine des désordres psychologiques, se constituant en cause venant de l'extérieur. Dans l'expression de la douleur, par exemple, certains travaux (132) signalent l'influence de facteurs culturels dans la réponse donnée à la douleur dans une communauté déterminée. Cependant, la critique est aussi faite dans le sens que peu de travaux peuvent poser ce lien de manière expérimentale et, en conséquence établir des résultats concluants.

Ces différences peuvent donc être très manifestes, lorsque le clinicien évalue une plainte somatique, en appliquant les critères diagnostiques de la psychiatrie occidentale, qui est limitée pour évaluer les aspects psychosociaux des groupes culturels qui expriment une souffrance morale de préférence par le corps. La somatisation pourrait avoir le sens d'une conduite d'adaptation au sein d'un contexte culturel particulier. Pour comprendre une somatisation, il faudrait être dans le même système de référence que les patients (133). Pour montrer un exemple, le travail avec des patients émigrants, dans un dispositif thérapeutique d'intervention de crise en Suisse Romande, soulève ce qui pourrait être une

spécificité de ce type d'approche clinique: le maintien d'une dialectique entre les éléments culturels explicatifs de la maladie et les concepts psychodynamiques qui interviennent dans le processus thérapeutique. Ceci rend possible la tolérance à l'altérité de la part du soignant et facilite ainsi la construction d'une alliance thérapeutique (134).

Alors, il est possible que la population migrante, provenant souvent d'un milieu rural, soit prise dans un système culturel avec un fondement magico-religieux, plus proche des sociétés non-occidentales, qui doit se remodeler dans l'imaginaire du sujet lorsqu'il arrive dans une société industrialisée. La tâche est ardue et le migrant doit faire face à une forte épreuve. Si pour le migrant de niveau culturel élevé, la menace de désintégration du Moi est ressentie comme une perturbation globale de la personnalité (avec de bonnes ressources idéo-affectives pour résoudre le conflit), chez le migrant d'origine modeste, ce risque d'effondrement du Moi trouve sa voie d'expression dans le corps. Pour être plus clair dans ces propos, une vignette clinique peut illustrer la détérioration progressive de l'état physique et psychique dans un contexte de dépaysement et de conflit au travail.

M.Y. est d'origine espagnole. Il est né dans un milieu modeste de la campagne. Il a tout juste la cinquantaine lors des premières consultations en milieu somatique. Troisième d'une fratrie de 4 garçons, il a eu 2 sœurs que sont décédées en bas âge et qu'il n'a pas connu. Ses parents sont décédés de maladie: le père, à l'âge de 75 ans, d'un cancer à la gorge (le patient avait 19 ans); sa mère, à l'âge de 65 ans, d'un cancer des intestins, lui avait alors 33 ans. Ses parents sont décrits d'une manière très idéalisée. Le père, un "homme de caractère"(qui n'acceptait pas d'arrêter de travailler, malgré les consignes médicales une année avant sa mort), dévoué à sa famille, aimant sa femme. Sa mère serait décédée "de chagrin" suite à la mort du père; elle était gentille,

travailleuse, s'occupant des enfants dans un esprit de sacrifice (il la décrit comme "un soleil"). Après une scolarité primaire, il fait un apprentissage d'électricien, puis il part à l'étranger, ce qui était un projet de vie très répandu dans sa communauté d'origine: "je voulais voir le monde", dit-il. Cependant, c'est par fierté qu'il n'est pas retourné en Espagne, après 3 mois de stage en Suisse-allemande, malgré le fait qu'il souffrait du "mal du pays". Cela a été probablement la cause d'une hospitalisation de quelques jours (tant son état général s'était dégradé "à force de ne pas manger", dit-t-il). S'étant remis, il reste sur place environ 20 mois avant de retourner chez lui pour accomplir le service militaire, puis il revient et s'installe en Suisse Romande. M.Y. travaille dans l'hôtellerie, à différents postes, et est très apprécié par ses employeurs. Par la suite, il travaillera dans un poste d'électricien, et ceci presque une vingtaine d'années, dans une importante entreprise d'électrotechnique de la région où il habite.

Avant son départ à l'étranger, il avait connu sa future épouse, de 4 ans sa cadette, avec laquelle il se marie, à 25 ans, après quelques années de fiançailles. Elle est aussi venue en Suisse toute jeune et fait un apprentissage d'aide-infirmière avant son mariage. De son épouse, il dit que c'est une "femme de tête", très bonne, se faisant des soucis pour sa famille (qualité très appréciée par M. Y). Elle est à l'AI depuis 1976 pour des troubles cardiaques, mais cette situation d'invalidité est sujet d'un litige juridique. Le couple a eu deux filles nées en 1970 et 1976, dont il se sent très fier, car elles ont fait des études et sont "très sages" (l'aîné est employé de banque et la cadette est au collège). Il n'y a pas de projet de retour en Espagne, mais M.Y. s'inquiète pour la maison qu'il a commencé à construire, et qui reste inachevée, avec des vignes, dont personne ne s'occupe. Avec ses moyens financiers actuels (AI de sa femme, rente de maladie), il voit difficilement comment faire face à ses engagements.

M.Y. se présente comme un homme soigné, de contact facile mais extrêmement retenu dans son attitude. Lorsqu’il parle en français, il tient un discours poli et détaillé et donne l’impression de quelqu’un qui a fait beaucoup d’efforts pour s’intégrer dans la communauté d’accueil et qui est soucieux de le montrer. Cependant, il donne des signes d’irritation lorsque sont abordés certains sujets (conflits conjugaux ou professionnels). Son attitude retenue suggère qu’il s’agit d’un besoin de ne pas manifester que les sentiments existent. Les troubles somatoformes développés progressivement se sont organisés autour de sa fragilité narcissique, en une sorte de bouclier défensif.

Sur le plan somatique, M.Y. se plaint, depuis environ 1990, de symptômes combinant des engourdissements et des douleurs des 4 membres, prédominant à gauche, de précordialgies, de fatigue, de céphalées, d’une dyspnée, etc... Diverses investigations (cardiologiques, neurologiques,...) sont restées négatives. Il décrit ses symptômes comme des douleurs en étau dans la région thoracique: “je sentais tellement fort les battements cardiaques que l’air me manquait, j’étouffais”. Ces palpitations augmentent au moindre effort et, suite à une forte exacerbation en juillet 1992, il est à l’arrêt de travail. Il décrit cette crise en expliquant: ”je ne pouvais plus marcher, j’étais K.O.”. Lors d’un examen fait par le médecin traitant, M.Y. explique qu’il a dû rester toute une matinée chez lui, car “le cœur s’est arrêté à trois reprises!”. Néanmoins et de manière très défensive, M.Y. nie avoir pensé à la mort lors de ses crises de palpitations, considérant qu’il ne veut pas y penser, car “ il n’en est pas question!”. M.Y. explique que, quelque temps avant l’apparition de ces troubles, sans pouvoir en préciser le délai (au moins quelques mois), il avait eu une chute au travail. Celle-ci s’est produite alors qu’il portait un appareil de télévision. Il a perdu l’équilibre, se faisant mal au dos, mais sans séquelles physiques par la

suite. Cependant le souvenir de cet événement reste fixé dans sa mémoire comme s'il s'agissait d'un événement traumatique malgré l'apparence banale.

A la fin de 1993, la capacité de travail est nulle et une demande d'Assurance Invalidité finit par se faire. M.Y. est très ambivalent face à celle-ci. Il dit en avoir le droit, mais également que ce nouveau status va le mettre en marge de la société. Les démarches pour l'octroi d'une rente sont retardées à cause d'une irrégularité dans le registre des années de travail cotisées. Ceci sera la raison d'une rente diminuée, ce qu'il a mal supporté. Ses soucis financiers ont augmenté avec la faillite de son employeur, alors qu'il est encore en congé maladie, provoquant souvent le retard des prestations. A propos de ceci, M. Y. peut exprimer beaucoup de colère et de déception envers ces deux instances, *a priori* protectrices, mais qui n'ont pas reconnu les longues années de travail dur et fatigant, avec la rétribution pécuniaire correspondante. Lors d'une hospitalisation en automne de 1992, suite à l'apparition de précordialgies atypiques, il est adressé à la consultation de psychiatrie. Il est suivi pendant environ une année et vers la fin, de manière alternative avec le médecin traitant. Tous les deux, psychiatre et généraliste, expriment un fort sentiment d'impuissance et de désespoir face à ce patient, dont les symptômes ne se sont guère améliorés tout au long de la prise en charge.

En raison du départ du psychiatre, la suite de la prise en charge psychiatrique se poursuit avec une consœur qui le suit dans une psychothérapie de relaxation, et ceci pendant environ une année. Ce cadre avait facilité une ouverture de l'expression émotionnelle, avec quelques améliorations de l'état somatique mais dans l'ensemble, son état restait stationnaire. Le traitement s'est arrêté sous prétexte de difficultés financières pour assumer les frais médicaux et dans le déni d'une deuxième raison: l'institution de soins qui le prenait en charge allait déménager dans les locaux qui auparavant avaient été occupés par

son entreprise. Il était donc probable que le traitement en cours allait se dérouler dans une des pièces qu'il avait connu comme bureau de travail.

Il nous semble que le cas de M.Y. illustre bien l'utilisation des symptômes corporels pour contrebalancer un équilibre psychique très instable et lui permettre de maintenir une stabilité dans sa vie, avec le moins de souffrance possible. Le processus de dépaysement provoque un ébranlement dans l'historicité du sujet pour qui s'est ouvert une brèche dans son existence. Reprenant les idées de R. Kaës, il se produit une "rupture dans la relation inter et intrasubjective, dans le jeu d'appartenances de groupes et des sociétés, ce qui constitue le vécu de la crise" (135). La rupture met en évidence l'irruption du sentiment de menace de l'intégrité de soi et le fait que l'héritage culturel, garant d'une continuité dans l'existence subjective, n'est plus en mesure de l'assurer. Une expérience traumatique, tel qu'un accident de travail ou une expérience émotive douloureuse, fait basculer un équilibre précaire chez un individu dont le corps est investi narcissiquement. Celui-ci lui permettait de maintenir deux compartiments clos, le dedans, et le dehors, séparation nécessaire pour l'équilibre psychologique. Le déchirement de cette enveloppe protectrice, en relation avec une mère toute-puissante, ne permet plus contenir les mouvements pulsionnels. Suivant cette réflexion, on pourrait reprendre l'hypothèse évoquée par R. Kaës: " le sentiment subjectif de la rupture dans la continuité de l'environnement et du soi s'enracine sur le sentiment éprouvé lors des premières expériences de rupture qu'a dû vivre l'enfant" (135).

Dans une étude suisse sur les histoires personnelles des patients avec troubles somatoformes, souvent migrants (54), des défaillances sont constatées dans la construction d'une personnalité forte à partir de liens solides. L'émigration ne fait qu'accentuer la rupture déjà existante avec la famille, où les relations, perturbées, n'ont jamais permis le développement d'une relation

positive avec l'autre. Le conflit est cependant nié, comme s'il s'agissait de maintenir le seul lien existant (un lien qui est fait de violence transgénérationnelle, logée à l'intérieur du corps). La maltraitance (physique ou psychique) que ces patients ont subi dans leur enfance est exprimée à travers le corps malade et celui-ci constitue le seul témoin, solitaire, de leur souffrance infantile. Le corps devient une mémoire somatique du traumatisme de l'enfance, qu'il reproduit dans le futur lorsque, favorisé par la vulnérabilité du sujet, un nouvel événement traumatique vient le rappeler. Dans la plupart des cas, il reste une nécessité d'attachement à la figure parentale (surtout la mère), par rapport à qui la problématique de la séparation reste un travail inachevé et toujours actuel, se réactualisant avec chaque événement traumatique. Dans la description clinique d'autres manifestations psychosomatiques qui peuvent être retrouvées chez les patients avec troubles somatoformes, certains auteurs (100) soulignent la perturbation dans la relation primaire avec la mère, à l'origine d'une forte angoisse de séparation et qui témoigne d'une dépendance pathologique à celle-ci.

Ces idées rejoignent le concept de Moi-Peau de D. Anzieu, dont quelques références peuvent illustrer cette notion (105): "L'entourage maternant est appelé ainsi, parce qu'il "entoure" le bébé d'une enveloppe externe faite de messages et qui s'ajuste avec une certaine souplesse, en laissant un écart disponible, à l'enveloppe interne, à la surface du corps du bébé, lieu et instrument d'émission de messages: être un Moi, c'est sentir la capacité d'émettre des signaux entendus par d'autres". Et dans le même texte, quelques lignes plus loin, il est signalé la notion "d'enveloppe de souffrance": "...faute d'un plaisir identificatoire suffisant trouvé aux échanges précoces avec la mère, l'affect qui maintient vivant le psychisme du bébé est une "expérience de souffrance": son corps ne peut être au mieux que corps de "souffrance"..."faute

de l'investissement d'un minimum de repères confirmés et valorisés par un autre, dans une langue commune, aucun sujet ne peut vivre. Il pourra aux mieux survivre, végéter, et *rester en souffrance*. Il ne pourra pas s'investir lui-même, et il se trouvera en suspens de propriétaire"; pour continuer, toujours dans le même texte: "...le fonctionnement corporel n'est pas approprié comme sien, c'est-à-dire comme objet possible de connaissance et de jouissance,"..."Le patient s'approprie cette douleur et ses marques avec avidité pour s'en faire un emblème narcissique. Ici l'investissement du corps douloureux consiste en libido narcissique".

Dans cette ligne de réflexion on pourrait se demander si le migrant avec un trouble somatoforme n'est pas en quête d'une enveloppe maternelle, qui puisse couvrir l'enveloppe originale, défaillante, à travers les démarches incessantes auprès d'un système de santé (médecins assurances,...), et qui soit également récepteur des projections d'affects ambivalents (agressivité, tendresse), dans le but de trouver une contenance aux mouvements pulsionnels plus primitifs. Pour étayer cette idée du groupe comme support de projection de l'imaginaire corporel de l'individu, nous pouvons nous référer aux travaux de R. Kaës sur la relation corps et groupe dans un mouvement réciproque (136). Le malade avec un trouble somatoforme s'adresserait au groupe (société de soignants) dans la recherche d'un corps maternel qui puisse être réceptacle de ses projections corporelles et capable de les contenir.

Chapitre 2.5.- L'expertise des Troubles Somatoformes

Dans les chapitres précédents, nous avons vu que le trouble somatoforme est au centre d'un enjeu entre le patient, porteur à travers le corps d'une souffrance indicible et le médecin, représentant d'un système de santé et social qui l'empêche d'avoir accès à d'autres systèmes de représentation de la maladie et la souffrance que celui qu'il représente. Les difficultés de compréhension réciproques les amènent souvent à une confrontation, non verbalisée et déplacée sur la demande d'intervention des instances sociales (assurances), dans un but réparateur du dommage corporel (137).

Dans une étude catamnétique réalisée à la PPU de Lausanne entre 1977-1983 (137), sur une population de patients psychiatriques avec difficulté de réinsertion professionnelle, il est constaté une augmentation des cas (60%) où l'estimation de l'invalidité est totalement absente ou était proposé un projet de réadaptation professionnelle. Ces pourcentages correspondaient aux diagnostics qui suscitaient des réactions négatives chez l'expert. Il s'agissait de névroses d'assurance, d'hystérie, d'alcoolisme, de somatisation (pourcentage le plus haut), troubles caractériels... En général, le psychiatre avait tendance à sous-estimer le degré d'invalidité et même si parfois il pouvait correspondre à celui estimé par l'AI, le désaccord entre les deux instances apparaissait souvent lorsqu'il s'agissait d'un projet de réadaptation. La divergence, présente entre patient et médecin, était transposée dans l'interaction système de santé-système sociale. Pourtant, dans nombre de cas, ces incapacités partielles aboutissaient à des rentes à part entière. Pour expliquer le non-repérage de l'invalidité de la part du médecin et aussi de l'AI, ainsi que la difficulté à établir des critères plus concluants d'incapacité, les auteurs suggèrent comme hypothèse, le fait du passage pour le patient d'un système de soins à un système de santé.

Ce déplacement du problème médical vers des instances sociales fait recours à une notion de productivité et rendement (selon le paradigme

économique) qui modifie substantiellement l'approche au patient, introduisant un aspect qui fait encore plus abstraction, si possible, de la personne malade dans sa globalité corps-esprit. Historiquement, la notion de maladie liée à l'activité professionnelle est relativement récente. Le Code Pénal français établit en 1810 que l'incapacité provoquée par un dommage corporel est déterminée en fonction de la durée de l'incapacité à travailler. A la fin du XIX^{ème}, la notion de dommage est en rapport, non seulement avec l'activité professionnelle, mais également avec la capacité à remplir les tâches quotidiennes. L'estimation de l'invalidité n'a pas un caractère quantitatif, mais descriptif. C'est à partir de 1898, qu'est introduite la notion d'incapacité de travail quantifiable (avec les différentes modalités: partielle ou totale, transitoire ou définitive). D'une estimation légale, au départ, elle devient une notion évaluée par le médecin, ce qui laisse la place à la participation d'éléments subjectifs. Cette évaluation de l'invalidité se fait selon des critères de capacité de gain et implique une estimation de l'indemnisation d'un préjudice actuel, réel et aussi potentiel. L'évolution du dommage et les éventuelles séquelles doit donc, être estimé. La législation sociale (accidents de travail, sécurité sociale) a été très influencée par le Code Pénal (138).

En ce qui concerne les troubles psychiques, leur considération a été plus récente. A partir de 1950 environ, la névrose traumatique est reconnue comme ayant un statut d'invalidité compatible avec le dommage physique, mais avec l'impossibilité de quantifier le degré de dysfonctionnement, malgré les tendances de l'expert à surévaluer l'invalidité, par crainte d'aggraver la névrose. D'un point de vue juridique, ce handicap n'est pas mesurable et une indemnité aurait un effet plutôt dévalorisant, la thérapeutique étant plus médicale que financière. La question soulevée par cette pathologie est l'estimation de l'état antérieur à l'apparition des manifestations symptomatiques, étant entendu

qu'une pathologie était déjà présente bien que larvée (138). Une autre question est celle de la considération d'une souffrance psychique, liée à un dommage corporel, influençant le fonctionnement normal d'une personne, malgré l'aspect polymorphe des manifestations. La notion de réparation d'un dommage corporel s'est développée dans les systèmes de réadaptation médicale et sociale, et elle constitue un objectif pour la médecine d'assurance-accident. Cette évaluation se fait en général sur des critères de négativité, à la base de toute invalidité, sans considérer les capacités restantes, elle porte plus sur la personne handicapée que sur le handicap ¹.

Dans la législation américaine, depuis 1930 environ, le droit à l'indemnité pour des troubles fonctionnels sans lésion somatique démontrée est reconnu (140). La souffrance psychique a un statut équivalent à celui d'une douleur physique et est évaluée en fonction du contexte multifactoriel impliqué dans la causalité des troubles. Un aspect important dans l'estimation de l'invalidité provoquée par ces troubles est la dynamique du bénéfice secondaire (présente dans tous les cas de troubles physiques, psychiques ou associés). Il y aurait un continuum entre les motivations les plus conscientes et les plus inconscientes, comme par exemple, dans les cas de troubles somatoformes. Un autre aspect à déterminer est l'état émotionnel antérieur au dommage, ainsi que l'apparition des troubles par la suite. L'évaluation de l'expert est centrée sur les aspects cliniques, afin de distinguer ce qui est factice de ce qui est réel, en tant que complément à l'évaluation juridique.

En Suisse, le système de Prévoyance Sociale, tel qu'il s'est développé en Europe dès la fin du XIX^{ème}, prend forme à partir de 1925, avec l'instauration de l'assurance-vieillesse, survivants et invalidité. En 1960, entre en vigueur l'actuelle Assurance Invalidité qui introduit le concept de

¹ En raison de cela, certains auteurs proposent une nouvelle définition du handicap en France, suivant les critères

réadaptation et modifie la prise en charge des handicapés (physiques et psychiques). L'invalidité est définie, dorénavant, comme une diminution de la capacité de gain, abandonnant les critères médicaux précédents. Le but est la réadaptation des handicapés sur le plan médical, professionnel, scolaires, etc... afin de favoriser une meilleure qualité de vie. L'évaluation d'une indication d'un projet de réadaptation relève de la participation de plusieurs intervenants (médicaux, sociaux, professionnels,...), la décision ne pouvant pas appartenir qu'à un seul. L'Office Régional de l'AI a pour mission l'intégration de tous ces points de vue différents, parfois contradictoires (141). L'apparition de cette loi a provoqué une augmentation des demandes de mesures de réadaptation, pour patients avec troubles psychologiques ou psychosomatiques: en 1974, 18% des personnes reçues à l'ORAI-Vaud présentaient des troubles psychiques, en 1987, elles étaient 32%. Les statistiques OFAS de 1982-1987 signalent une augmentation de presque 40% de cas d'invalidité psychique (137, 141). Dans cette augmentation progressive des demandes d'intervention de l'AI, le groupe correspondant aux troubles somatoformes constitue la première cause d'incapacité psychique en Suisse Romande (18.3% des expertises pendant 6 mois entre 1995 et 1996), comme on l'a signalé dans les chapitres précédents.

Les caractéristiques assez particulières de cette pathologie font que, en dépit de leur repérage précoce, leur prise en charge est pleine de contradictions et d'échecs malgré la bonne volonté des intervenants. Un aspect qui n'aide pas à clarifier l'attitude à adopter vis-à-vis de ces patients est le début insidieux des troubles qui provoquent des incapacités transitoires, donnant l'impression d'un rétablissement certain. Parfois, les troubles apparaissent suite à un accident de travail et le plus souvent, l'élément traumatique a un caractère banal (chute, changement de poste de travail, p. ex.), ou est éloigné dans le

de l'OMS (139).

temps. L'approche de ces patients se fait d'abord sur le plan somatique, là où les plaintes sont focalisées. Mais le mal être ne s'arrête pas là. Il envahi les différentes sphères de la vie du patient, commençant par le monde professionnel, puis la vie privée. En absence de troubles somatiques démontrés, ce malêtre est reflété dans le travail et peut être reconnu avec l'établissement de l'incapacité. A ce moment-là, la souffrance est définie en termes de rendement professionnel. Certains auteurs évoquent un retard dans la guérison dû au fait d'être bénéficiaire d'une assurance, surtout dans une population présentant des caractéristiques prédisposantes (niveau socioculturel bas, personnalités dépendantes, troubles caractériels, plaintes somatiques fréquentes, troubles suivant un accident,...) (142). Ceci permettrait d'entrevoir un aspect du bénéfice secondaire, non pécuniaire, mais affectif, ce nouveau statut favorisant un comportement régressif (94).

Une fois de plus, c'est le corps somatique, malade qui est en question, cette fois-ci non pas en tant que siège d'une lésion démontrable, mais en tant qu'outil de production et d'insertion sociale. Dans une société dans laquelle le sujet est défini surtout par son activité professionnelle, la maladie va être mise en rapport avec la capacité de travail. Lorsque l'équilibre entre individu et collectif est rompu, le rapport entre le type de travail effectué (et l'organisation de l'activité au sein d'un collectif professionnel) et l'apparition des troubles est bien connu (143). Dans le cas de Mme. F. par exemple (cf. chap.2), cette patiente avait effectué pendant des années, une activité très monotone (travail à la chaîne) dans laquelle il fallait être extrêmement attentif. La série de congés maladies, suivant les premières manifestations de la maladie, avec des reprises qui tournent à l'échec, témoignent de la difficulté à reconnaître une évolution souvent défavorable, ainsi qu'à accepter l'implication d'autres éléments, dans la causalité morbide. La souffrance psychique n'est pas reconnue

et ne le sera qu'au moment où l'échec des différentes mesures réparatrices sera constaté. Un autre exemple peut être montré dans la vignette clinique du chapitre 2.2. concernant M. P. Un projet de réadaptation est mis en place avec, dans un premier temps, un stage dans un centre d'orientation professionnelle qui tourne à l'échec après quelques semaines. C'est à ce moment-la qu'une symptomatologie dépressive est constatée, motivant la demande ultérieure d'une expertise psychiatrique. Cela ne survient qu'environ une année après les premiers congés maladies.

La demande d'intervention du psychiatre, généralement à travers l'établissement d'une expertise, semble être la dernière tentative de compréhension d'une situation qui échappe au reste des intervenants (médecins somatiques, travailleurs sociaux). On retrouve à nouveau, l'expression du clivage de l'homme (entre les parties somatique et psychique) déposé sur la dynamique du contexte socio-médical qui entoure le patient. Le psychiatre est placé donc, dans un rôle d'expert, c'est-à-dire, de tiers au milieu d'un litige, dans lequel il est question de dommage infligé à la personne, responsable de sa désinsertion sociale. Il ne s'agit pas d'un acte médical, mais d'un acte juridique qui présuppose certaines règles (138, 144). Ceci implique aussi que l'appréciation du corps a un caractère différent, et se place en tant que corps asséculo-logique (juridique). De cette façon, un autre aspect augmentant le clivage déjà existant, est introduit par rapport au corps et à la personne.

La demande d'expertise psychiatrique adressée par l'Assurance Invalidité a un caractère très particulier, car elle est centrée sur l'invalidité d'origine psychique déterminée en fonction de la diminution de la capacité de gain actuelle et future. Ceci amène une réflexion en termes de rendement économique et non pas en fonction de critères psychopathologiques. Cette idée rejoint la notion de maladie liée à l'incapacité de travail et à l'indemnité

correspondant au préjudice, dans le but d'obtenir une réparation, pécuniaire et morale (reconnaissance du préjudice dans les dommages corporels d'origine traumatique). Les mesures de réadaptation professionnelle ont pour objectif de restaurer un rôle primordial dans notre société, celui de l'homme comme sujet producteur et défini par le travail. Cette conception purement économique venant d'une institution sociale, ne laisse pas la place à la souffrance psychique du patient, de manière analogue à la conception de la maladie dans le système médical.

L'expertise s'associe, en fait, aux différents partenaires (médecins, services sociaux, assurances, patient,...) et essaie de réduire la dispersion provoquée par les multiples interventions. Depuis la place octroyée en tant que tiers, elle assume une continuité dans la temporalité et une neutralité dans l'approche de la situation. Ceci est d'ailleurs considéré par certains, comme ayant un possible effet thérapeutique (144). L'établissement d'une expertise amène l'expert à élaborer l'histoire du patient, avant et après l'apparition des troubles et à donner la place à la parole pour désigner un langage qui ne s'est pas exprimé que par le corps (symptôme) jusqu'à maintenant. Le rôle de l'expert serait de sortir le patient et le médecin de la confusion dans laquelle ils se trouvent, car le patient demande aux médecins de retrouver une image de soi non souffrante, mais faisant partie d'un imaginaire idéalisé. Le médecin ne peut pas répondre à cette demande, et un dialogue de sourds s'installe alors, dans la relation (145).

L'aspect revendicateur des ces patients en quête de soins et d'attention de la part du système médico-social a souvent été évoqué. Ceci n'est qu'une demande affective, mais elle est fréquemment interprétée comme un comportement "sinistrosique". La situation socioprofessionnelle précaire, dans laquelle se trouvent souvent ces patients au moment de l'expertise, favorise le

mouvement de régression psychique et de forte dépendance vis-à-vis de l'entourage proche et du système médico-social. Si ceci peut constituer le bénéfice primaire, le bénéfice secondaire pour certains auteurs, ne se trouve pas dans une indemnisation pécuniaire, mais dans le maintien d'une relation, dans laquelle peut se faire une demande affective, substitutive de celle adressée à la mère, même si celle-ci se concrétise avec une certaine ambivalence. La demande de soins maternels, demande idéalisée qui ne peut jamais être satisfaite, entretient le caractère revendicateur (94, 146). Si on considère que la souffrance du patient peut se manifester à travers un sentiment d'injustice (147), on peut comprendre la recherche de satisfaction "morale" plutôt que financière, à travers la demande de soins, car pour les patients "soins" et "justice" sont des concepts qui vont ensemble (137).

Le statut de l'expert, différent de celui des autres partenaires rendrait possible la reconnaissance de cette injustice, grâce à la définition des troubles et de leurs conséquences sur l'activité professionnelle du patient et sur sa vie privée. Les patients avec troubles somatoformes présentent souvent une grande fragilité narcissique et les troubles présentés, parfois suite à un événement traumatique, révèlent la fracture dans la construction de leur identité. L'expertise, reconnaissant la maladie, reconnaît l'inscription dans le corps d'une blessure symbolique qui a besoin d'être soignée, réparée en partie à travers d'une revendication pécuniaire. Cette revendication souligne l'importance de l'activité professionnelle, comme porteuse d'un projet de vie et d'une d'identité (121).

La situation clinique suivante peut illustrer la dynamique entourant une expertise qui évalue l'invalidité professionnelle. Mme. G. est âgée d'une quarantaine d'années au moment de l'expertise. Elle est issue d'un milieu modeste provenant du sud d'Italie et est la dernière d'une fratrie de onze enfants,

dont deux décédés en bas âge. Lorsqu'elle avait quatorze ans, son père est mort soudainement d'une affection intestinale. De lui, elle conserve une image plutôt idéalisée. Sa mère est décédée à l'âge de 80 ans et Mme. G. a voulu garder d'elle la tendance à vouloir toujours être en bons termes avec tout le monde car "ça ne sert à rien de faire la gueule à quelqu'un", dit-elle pour se justifier. Elle fait une scolarité minimale et travaille tôt à la campagne (dans des plantations de tabac). Lors qu'elle a 24 ans, Mme. G vient en Suisse se marier avec un ami de son frère qui y travaille depuis 2 ans. Son mari, avec qui l'entente est décrite comme parfaite, travaille dans une multinationale chimique et jouit d'une bonne santé. Le couple a deux enfants: une fille née en 1968, vendeuse et un garçon de 1974, en apprentissage. En ce qui concerne l'activité professionnelle, Mme. G a travaillé pendant six ans comme ouvrière dans plusieurs usines, puis elle a travaillé à domicile pendant six ans, pour revenir en usine, à la fabrication durant sept ans. L'apparition des troubles réfractaires qui ont abouti à l'invalidation a suivi de très peu le changement d'affectation de Mme. G au sein de l'usine. En juin 1987, elle doit quitter une activité régulière pour occuper un poste au contrôle des pièces ².

Les troubles somatiques présentés par Mme. G sont nombreux et très variés. En 1983, le début des troubles digestifs a coïncidé avec le décès accidentel de son frère aîné. Ce frère était très investi, car il avait repris le rôle du père dans la famille d'origine. En 1984, en raison de ces troubles digestifs, Mme. G est opérée d'une hernie hiatale, dont il est resté comme séquelle une œsophagite peptique modérée. En 1987, suite à l'apparition de douleurs antéro-thoraciques gauches, accompagnées de troubles de sommeil, de nervosité, d'anxiété et de fatigue, elle est examinée par un cardiologue qui ne conclut à aucune pathologie concrète. A la fin de 1987, Mme. G fait un séjour d'une

² Ceci constitue un autre exemple du rapport entre le type de travail effectué et l'apparition des troubles (143).

semaine dans un hôpital somatique où on retient plusieurs diagnostics: douleur paraesternale gauche d'origine mécanique (spondylarthrose dorsale débutante), œsophagite fonctionnelle stade 1 et un état dépressif. A la sortie, un antidépresseur et un antalgique lui sont prescrit. Quelques semaines plus tard, une nouvelle consultation chez le spécialiste à la demande du médecin traitant, apporte un nouveau diagnostic: algie dysfonctionnelle de l'articulation temporo-mandibulaire gauche, multinsertionite, dent de sagesse No 18 et 28. En 1988, Mme. G. présente une aggravation de l'œsophagite et vers la fin d'année, il est diagnostiqué, suite à un séjour dans un centre thermal, des lombalgies secondaires à la statique vertébrale et une tendinite du biceps gauche. En 1989, en raison de l'aggravation des troubles et dans le but d'exclure une affection organique, elle fait un séjour de quelques jours à l'hôpital somatique, sous indication du médecin traitant. Elle sort avec un diagnostic d'état dépressif réactionnel et somatisation. Elle sera vue par un psychiatre consultant qui prescrit un antidépresseur, avec une amélioration passagère. Une deuxième hospitalisation, quelques mois après, superposera le diagnostic de polyinsertionite. Le parcours somatique se poursuit avec fluctuations de son état physique et psychique, mais sans vraies améliorations. Les thérapeutiques (pharmacologique, relaxation, balnéothérapie,...) n'amènent aucun résultat stable. En ce qui concerne son activité professionnelle, Mme. G a pu travailler à 50% pendant environ une année mais elle a dû cesser toute activité depuis 1989. Même son activité ménagère est considérée à 50% d'incapacité.

Les conclusions retenues dans l'évaluation pour cette expertise signalent que Mme. G , en raison de sa très faible capacité de mentalisation, n'avait pas les moyens suffisants pour intégrer de façon constructive, l'angoisse liée à tout changement de statut professionnel, ainsi qu'aux expériences de perte. Par la suite, Mme. G s'est inconsciemment réorganisée sur le plan narcissique

par le truchement de son statut de malade grave, renforcé par son entourage et les échecs thérapeutiques. L'expertise psychiatrique avait conclu à une incapacité totale, opinion qui était déjà évoquée par le médecin qui avait évalué les troubles somatiques, dans un premier temps.

Le travail de l'expert dans ce cas aura été celui de rassembler les éléments dispersés de ce corps malade et de les intégrer dans le psychisme, pour restituer au patient une image de lui-même, en tant que sujet à part entière et lui permettre une revalorisation de son narcissisme.

TROISIEME PARTIE: La fatigue, l'actualité revisitée de la plainte corporelle

Chapitre 3.1 La Fatigue au XIXème: La Neurasthénie

Le concept de fatigue, en tant que symptôme essentiel d'une entité morbide, a déjà été considéré à la fin du XIXème dans la catégorie clinique de la *Neurasthénie* (Asthénie Nerveuse), qui a été très controversée depuis son apparition. La fatigue est un concept qui n'est pas circonscrit à la maladie et qui a été aussi abordée dans une perspective sociologique. L'apparition dans cette fin de siècle de maladies d'étiologie incertaine, qui se caractérisent par la présence de la fatigue comme symptôme principal, attire l'attention sur ce concept. Celui-ci représente un continuum entre la normalité (bonne fatigue) et la pathologie (mauvaise fatigue), soulignant les implications socioculturelles dans la réponse individuelle aux événements de la vie. De même, l'interrelation avec d'autres entités cliniques, tels que la dépression ou la névrose, (dont les critères de définition n'ont plus le caractère absolu d'auparavant) semble évident.

Nous allons développer quelques réflexions sur l'importance que ce concept prend dans notre société actuelle, s'arrêtant d'abord, sur les premières notions sur la fatigue comme entité pathologique à la fin du XIXème. Néanmoins, avant d'entrer en matière à propos de la réflexion sur cette notion, un bref parcours historique sur l'image du corps pendant cette période nous semble nécessaire, pour mieux comprendre la signification que la fatigue a eu dans la deuxième moitié du XIXème.

La conception qui prévalait dans le rapport de l'homme à son corps est issue d'une société structurée sur le modèle victorien (4). Dans une tendance croissante à l'individualisation du sujet, le corps acquiert plus d'importance. L'identité corporelle peut mieux se préciser, dans un mouvement qui cherche l'exaltation de l'âme, plus manifeste dans certaines couches sociales. Ainsi, apparaît le grand paradoxe du siècle. D'un côté on observe le triomphe de l'hygiène, signe de la réussite sociale (et aussi de la tendance à l'aseptisation du corps). D'un autre, la présence de la saleté, caractéristique des classes sociales modestes, majoritaires dans la campagne et dans les villes où la naissance de l'industrialisation a donné un nouvel essor aux sociétés occidentales.

Les progrès de la médecine favorisent un discours plus libéral sur le corps (surtout pour la femme), mais avec pour contrepoids, de l'action de différentes forces répressives (loi, morale des classes moyennes), qui mettent à l'écart la possibilité d'avoir un vécu du corps différent de la norme. Le corps féminin souffre de cette ambivalence, mise en évidence par exemple, dans l'attitude face à l'accouchement où il y a la possibilité de choisir l'anesthésie pour amoindrir la souffrance, bien que celle-ci soit refusée en raison de la croyance que le vécu de la maternité doit être accompagné de douleur. On retrouve l'impossibilité d'envisager une sexualité en dehors de l'acte de procréation. Le vécu d'une sexualité plus libre est le propre des secteurs plus marginalisés (malades, certains groupes sociaux) et en cela est méprisé.

L'intérêt pour l'image du corps est étroitement lié aux soucis pour les aspects menaçants du corps. L'écoute du corps provoque un sentiment de honte et de culpabilité, reléguant les différentes perceptions dans des compartiments clos, uniquement accessibles par l'intermédiaire de la religion ou de la médecine. Les émotions s'expriment à travers l'utilisation d'un code social bien établi. Ainsi, dans le dernier tiers du siècle, le code romantique vient offrir une

voie de d'expression à la sexualité. Toutefois, l'émotivité ne prend pas forme sur un seul registre. Le changement de la société, avec l'apparition d'une nouvelle classe sociale (le prolétariat) met en relief le caractère polysémique du vécu corporel, dont découle l'intérêt pour l'association entre trouble somatique et expériences de vie pénibles.

L'hystérie, entité clinique qui était très controversée, est regardée sous un angle d'étude différent de celui qui n'avait toujours été que purement organique. Il est essentiel signaler l'apport de l'hystérie dans cette fin de siècle, concernant le changement du rapport de l'homme à son corps, qui est à la base de la nouvelle notion de sujet. L'hystérie met en évidence la manière dont la personne habite son corps. A partir de cela, il est possible envisager l'existence d'un corps représenté, intériorisé, subjectif et c'est cette subjectivation qui constitue l'événement essentiel pour la formation de la l'idée contemporaine du sujet (148).

Face à l'intensité des manifestations de l'hystérie, la neurasthénie est l'autre pôle de controverse à propos de l'étiologie de certains troubles somatiques associés à des troubles psychiques. Elle vient souligner l'aspect moins jouissif (plaisant) du vécu corporel de l'existence de l'individu ¹.

Dans ses premières publications de 1868-69, le médecin américain George Beard reprend le terme de *neurasthénie* qui est lié aux théories de Brown (XVIIIème) sur le fonctionnement du système nerveux. Pour Beard, la neurasthénie est une maladie fonctionnelle du cerveau, qui est le résultat d'un effort excessif ou d'une tension intellectuelle (affaiblissement de la force nerveuse) ². Le concept est largement diffusé dès la publication de son livre en 1880. En général, il est accepté que la maladie touche une population masculine

¹ Nous n'allons pas nous étendre sur le contexte dans lequel vient s'ancrer le concept de neurasthénie et nous nous en remettons à l'œuvre très complète de J.M. Morales Messeguer et J.L. Piñero (149)

entre 16 et 55 ans, période d'activité sexuelle plus intense. C'est à cause de cette prévalence, que les troubles de la fonction sexuelle sont considérés comme des facteurs qui prédisposent à la maladie (*coitus interruptus*, masturbation) en plus d'un facteur génétique presque toujours présent. Elle frappe plus facilement les personnes atteintes d'une diathèse ou prédisposition nerveuse. Par la suite, Weir-Mitchell (médecin contemporain de Beard) décrit la forme clinique pour les femmes (149, 150)

Plus tard, Charcot s'intéresse à la maladie et l'étudie suivant la même méthodologie que pour l'hystérie. A son avis, toutes les deux présentent des traits communs et il finit par décrire une hystéro-neurasthénie, d'origine psychique traumatique. Progressivement, les névroses se réduisent à deux entités cliniques; l'hystérie et la neurasthénie, sur lesquelles se sont focalisés les affrontements entre le courant physiopathologique et le courant psychologique, autour de l'étiopathogénie des névroses (149).

Charcot pensait que dans la neurasthénie, contrairement à l'hystérie, le trauma produisait des effets directs sur le système nerveux, provoquant des changements physiologiques, de manière similaire au mécanisme d'action du *coitus interruptus* et de la masturbation (facteurs sexuels pathogènes acceptés généralement comme étant impliqués dans la pathogénie de la neurasthénie). Toutefois, les éventuels facteurs psychiques, impliqués dans sa formation ne sont pas considérés comme importants. Cette idée est renforcée par l'observation fréquente d'une faible efficacité thérapeutique, ceci malgré les traitements fondamentalement axés sur l'aspect somatique avec un soutien psychologique (approches corporelles, cures de convalescence) (151). En plus de l'observation clinique, la proximité nosologique avec une autre entité clinique comme l'hystérie, dans laquelle était acceptée l'influence des troubles sexuels,

² Cette idée d'épuisement cérébral défendue par Beard ne surgit pas à ce moment-là, elle provient du concept de

conduisait à considérer la neurasthénie sous l'angle de l'influence de ces facteurs sexuels. Néanmoins, l'aspect héréditaire, qui était le facteur le plus important dans l'hystérie, dans la neurasthénie est relégué à un second plan après les facteurs sexuels (151).

La discussion sur l'étiologie de la neurasthénie évoque l'implication de plusieurs facteurs, représentant différentes théories en vigueur (152): a) Une origine héréditaire, faisant partie de la théorie de la Dégénérescence, de grande influence au XIXème et également défendue par Beard. b) Une origine physiologique, qui pose l'influence de différentes toxines sur l'organisme (infection, malnutrition, etc...), idée que Freud reprend pour élaborer sa théorie des névroses actuelles (toxines liées à la libido sexuelle). c) Les facteurs psychologiques, peu spécifiés et l'influence d'éléments extérieurs provenant de l'environnement, prennent plus de place. Pour Beard, il s'agirait d'une maladie de la civilisation. Le citoyen moderne était très vulnérable face aux changements propres à l'évolution de la société, n'ayant pas les moyens dont l'homme plus simple dispose, lequel est protégé par sa propre nature apparemment plus solide. Cette idée constitue une avance des théories de Mendel sur l'hérédité: la prédisposition à souffrir de certaines maladies dans certaines familles (153, 154). De même, une relation très étroite peut s'établir entre l'apparition de la maladie et le contexte historique. La neurasthénie a été une maladie apparaissant dans une société particulière et dans une période particulière: l'Amérique de la Révolution Industrielle à la fin du XIXème. Il était accepté généralement que l'accroissement des troubles psychiques au long du XIXème soit lié aux progrès de la société (155).

En fait, cette maladie était diagnostiquée majoritairement chez des individus d'une nouvelle classe sociale, puissante, laquelle s'est développée

d'épuisement spinal très répandu à l'époque.

dans la société américaine sous l'impulsion de la modernité et l'industrialisation. Le fait d'être atteint de cette maladie permettait de se parer de respectabilité et d'éviter le diagnostic de troubles plus graves tels que la psychose. Le citoyen moyen pouvait l'accepter, sans remettre en question d'autres aspects de sa personne (152).

Ici se pose la question de la place de la neurasthénie dans le contexte historique de la deuxième moitié du XIX^{ème}. Il s'agit au fond, d'une entité clinique avec des limites incertaines, mais dans laquelle on peut trouver un thème central: la référence à l'énergie. La défaillance de la force nerveuse est une maladie de l'énergie et ceci représente ce qui sous-tend l'argumentation de Beard: la métaphore de l'homme-machine. Si la force nerveuse constitue la mythologie de la neurologie du XIX^{ème}, avec cette maladie Beard transforme en mythe les valeurs de la civilisation américaine. La neurasthénie, d'être un état morbide, devient un état providentiel, instrumenté par une force divine (156).

La neurasthénie réunit un ensemble de symptômes divers qui sont groupés en plusieurs classifications. Le tableau clinique très hétérogène, a subi plusieurs modifications qui ont conservé, néanmoins, un symptôme principal: la fatigue. Autour de celle-ci s'associent les différentes manifestations physiques ou psychiques de la fragilité nerveuse ³. La place centrale que prend cette plainte n'est pas sûrement due à l'hasard. A partir de 1870, la fatigue suscite dans le milieu scientifique, un intérêt croissant qui selon A. Rabindach (157) pourrait justifier le terme "âge de la fatigue" pour nommer cette période. Elle a été considérée d'un côté, comme "la métaphore du déclin, de l'inertie, de la perte de volonté ou du défaut d'énergie" de cette fin du siècle. D'un autre,

³ Dans la deuxième moitié du XIX^{ème}, le fonctionnement du système nerveux était expliqué selon les critères de la loi de la conservation de l'énergie et sur la base de la théorie de l'irritation réflexe (XVIII^{ème}). Sous ces conceptions est fondamentalement discuté l'aspect dysfonctionnel présent dans la neurasthénie. Celle-ci incluait également, des nombreux éléments qui ont été ultérieurement classés dans les psychonévroses et réactions psychophysiologiques (153).

comme un trouble classé sous l'épigraphe "maladies de l'énergie" et "neurasthénie", qui ont caractérisé cette période. Les idées de cet auteur peuvent nous aider à mieux comprendre la signification qu'avait la fatigue pendant ce période.

Au XVIIIème, et pendant une grande partie du XIXème, la fatigue avait acquis un sens spirituel et était le signe d'un accomplissement, une sensation agréable au corps. Ceci renvoie à l'idée d'âme réconfortée et régénérée au travers de la fatigue, idée qui venait du moyen âge. Cependant, à la fin du XIXème, la fatigue a été associée au "déplaisir, à la douleur et à la diminution de forces mentales ou corporelles", indiquant une nouvelle image du corps qui utilise le langage des théories mécanistes et thermodynamiques. A l'opposé d'une image idyllique ou symbolique, telle "une bannière protectrice de la civilisation", la fatigue devient un obstacle imposé par la physiologie. Les limitations qu'elle imposait avaient un caractère négatif, "la fatigue est un trouble à la fois physique et moral, un signe de faiblesse et d'absence de volonté"... "C'est maintenant la porte de la déchéance morale". La fatigue rejoint la douleur, en tant que limite infranchissable et indésirable, bien que parallèlement, il y ait un désir de la dépasser. Ceci permettrait la libération des énergies et sur un plan social, dans une société industrialisée qui se développe, la possibilité d'une capacité de productivité sans fin. Dans ce cas, on observerait également la constitution d'une civilisation qui résisterait au "déclin moral et au désordre". Là, on peut relever le fantasme de cette société: "un corps sans fatigue".

A la fin de XIXème, le surmenage et la fatigue, liés souvent à un fort investissement affectif dans l'activité professionnelle, étaient très généralisés dans la société et touchaient différentes catégories professionnelles, manuelles et intellectuelles. Ces deux états ne sont pas seulement en rapport

avec l'excès de travail, mais également avec des "troubles de l'éthique du travail, des effets de la contrainte physique, plutôt que de l'activité elle-même". De ce fait, et à fin de préserver un équilibre psychique minimal, tout en se procurant l'acceptation de l'environnement socioculturel, "l'épuisement prenait la place de la paresse pour désigner le désordre fondamental de la volonté de travailler, d'où un statut nouvel acquis par la fatigue dans l'imagination scientifique et culturelle des années 1870".

La résistance au travail est déposée sur l'organisme (fatigué) et pas sur l'âme, signalant la disparition des catégories morales, englouties par un système matérialiste, lequel reste la seule manière de comprendre la réalité. On peut imaginer que dans une société, où la valeur primordiale devient la forteresse d'un corps plein de volonté, toujours disponible, l'alternative acceptée moralement à la résistance à faire un effort qui atteint des limites inhumaines, était la fatigue. Elle est le seul moyen d'accepter le repos, face à la notion de paresse, considérée comme une valeur négative, source de dégénération et signe de négligence, d'incurie. La fatigue se transforme en une réponse à la souffrance. Elle est moralement acceptée par la société mais par contre, ne jouit pas de l'aspect gratifiant qu'elle avait auparavant pour la personne.

Pour illustrer à quel point était arrivée l'exaltation du travail et l'absence d'alternative possible dans la manière de concevoir l'existence quotidienne, voici un extrait de P. Lafargue (158) qui défend de manière ardue le droit à l'oisiveté et à la paresse, pour éviter l'aboutissement dans un état de fatigue insurmontable et la maladie :

«...Les ouvriers ne peuvent-ils donc comprendre qu'en se surmenant de travail, ils épuisent leurs forces et celles de leur progéniture; qu'usés, ils arrivent avant l'âge à être incapables de tout travail; qu'absorbés, abrutis par un

seul vice, ils ne sont plus des hommes, mais des tronçons d'hommes; qu'ils tuent en eux toutes les belles facultés pour ne laisser debout, et luxuriante, que la folie furibonde du travail».

Et plus loin:

«Comme le Christ, la dolente personnification de l'esclavage antique, les hommes, les femmes, les enfants du Prolétariat gravissent péniblement depuis un siècle le dur calvaire de la douleur: depuis un siècle, le travail forcé brise leurs os, meurtrit leurs chairs, tenaille leurs nerfs; depuis un siècle, la faim tord leurs entrailles et hallucine leurs cerveaux!...Ô Paresse, prends pitié de notre longue misère! Ô Paresse, mère des arts et des nobles vertus, sois le baume des angoisses humaines!».

La conception générale de la nature selon les critères énoncés par la physique à partir des théories dynamiques, va modifier substantiellement l'idée du fonctionnement du corps. La fatigue n'est qu'un concept qui renvoie aux théories en vigueur sur l'interaction des forces dans la nature. Le corps devient un objet dans lequel ont lieu les processus de transformation de l'énergie, qui est le principe dominant dans la société industrialisée. Il devient un "corps industrialisé". Ainsi, le principe de conservation de l'énergie était transportable à d'autres domaines, en dehors de la science, tels que la politique, la sociologie, la physiologie. L'individu était considéré en fonction de sa capacité de transformer l'énergie et de la rendre productive et ceci pouvait acquérir une valeur monétaire.

Cependant, ce matérialisme transcendantal va se transformer à la fin du siècle par la main de P. Janet qui fixe l'origine de l'épuisement aux confins du monde des émotions. Dans la pathologie de la fatigue, les troubles psychiques peuvent trouver une place. Avec ce mouvement de psychologisation, la théorie de l'énergie devient, vers 1900, vraiment universelle (157).

3.1.1.- La Neurasthénie dans l'œuvre de P. Janet (1859-1947)

Il est important de souligner que la pensée de Janet, concernant l'aspect clinique de son œuvre, a été influencé par deux personnalités importantes: T. Ribot et J.M. Charcot. Du premier, Janet a reçu les fondements de sa formation de psychologue. L'influence de T. Ribot peut être résumée en trois points: la conception positiviste de la psychologie, l'intégration du savoir des écoles anglaise et allemande et l'adoption comme méthodologie de travail, de la "psychologie pathologique". Celle-ci consiste à utiliser les observations de la pathologie pour clarifier les questions sur le fonctionnement psychique normal. Ultérieurement, sous l'influence de la méthodologie utilisée par Charcot d'un point de vue médical, il fait le travail inverse et applique sa connaissance de la psychologie pour comprendre les questions posées par la pathologie. Une autre influence importante vient du philosophe Paul Janet, héritier de la pensée de Maine de Biran (fin XVIIIème). La conception dynamique du psychisme que ce dernier défend, est utilisée par Janet pour donner une explication psychogénique des troubles hystériques et psychasthéniques. Selon cette théorie, l'origine des troubles psychopathologiques est située dans l'*affaiblissement* de la capacité de synthèse, ce qui conduit à la *désagrégation* de la vie psychologique (149).

Dans son travail *L'Automatisme psychologique* (1889), où sont exposées ses premières conceptions de la psychologie, Janet postule que toute sensation ou sentiment sont associés à un mouvement et que la tendance naturelle d'une idée est de s'exprimer à travers un acte. Il utilise une approche dynamique, modélisée en termes de force et de faiblesse psychologiques pour comprendre les processus psychiques de l'hystérie. Chez les hystériques, il y aurait un rétrécissement du "champ de la conscience", conséquence de leur faiblesse psychologique. Pour Janet, le psychisme présente à un niveau très inférieur de l'activité mentale, deux degrés de sensations: la sensation *per se* (fonction automatique) et la sensation qui est en rapport avec le moi conscient (fonction de synthèse). Ultérieurement, il conçoit un système avec cinq niveaux hiérarchiques de fonctionnement psychique (159).

Les intérêts de Janet sont très variés et s'étendent sur plusieurs domaines de la psychologie et de la médecine. Sur le terrain de la clinique, son intérêt se déplace progressivement de l'étude de l'hystérie à celle de la neurasthénie (159). Cependant, Janet ne tient pas compte du terme de neurasthénie, car celui-ci fait référence à un processus neurophysiologique dont les mécanismes de production ne sont pas connus. Il préfère introduire le terme psychasthénie, pour désigner un groupe de névroses, où plusieurs manifestations sont incluses (phobies, obsessions, etc..). Son étude sur les névroses se réduit finalement à deux groupes : hystérie et psychasthénie (159). Ainsi Janet se démarque de son prédécesseur structurant une nouvelle théorie et contribuant au démantèlement de la conception de la neurasthénie de Beard. Pour lui, la psychasthénie est provoquée par un affaiblissement des fonctions vitales, mais la notion d'énergie qu'il introduit (énergie psychique) est différente de celle introduite par Beard (énergie nerveuse) (150).

Face au présupposé général du fait que l'insuffisance de l'énergie nerveuse provoque des troubles neurasthéniques, Janet établit une théorie où il décrit deux paramètres caractéristiques de l'énergie psychologique: la force (qui correspond à la quantité d'énergie psychique élémentaire) et la tension (la capacité de l'individu à utiliser son énergie dans les différents niveaux d'activité psychique). L'interrelation de ces éléments est le point de départ d'une nouvelle conceptualisation des névroses. Deux syndromes principaux sont décrits. Il s'agit du syndrome de type asthénique (insuffisance de la force psychologique) et celui de type hypotonique (insuffisance de la tension psychologique) (159).

Cette structuration complexe des phénomènes pathologiques qui se rejoignent à plusieurs niveaux est clarifiée par un disciple de Janet plusieurs années après la première conceptualisation. Dans le travail de récompilation des œuvres de Janet, L. Schwartz (160) précise au sujet de la nomenclature des névroses, que le terme asthénie inclut: des états de faiblesse proprement dits, la neurasthénie (avec une préférence des manifestations par la voie somatique) et l'asthénie supposée avec ses réactions de freinage. Le terme psychasthénie, signifiant l'abaissement de la tension psychologique, est remplacé par Janet dès 1924, par le terme d'atonie ou d'hypotonie psychologique (avec comme symptômes, des obsessions, des phobies et des manies du doute). On compte également la névrose hystérique et les états dépressifs (mélancolie) (160)

La clinique du syndrome asthénique se caractérise donc, par une fatigabilité qui augmente durant l'effort et diminue pendant le repos. On en distingue trois groupes: asthénie modérée, intermédiaire ou grave, selon le degré d'inhibition (au niveau personnel et social). Dans le syndrome hypotonique, il y a deux sortes de symptômes: primaires (incapacité d'accomplir des actes de synthèse psychologique) et secondaires (obéissant à une perte excessive d'énergie nerveuse, p.ex. les agitations motrices, l'anxiété, les obsessions, les

migraines, etc...). Le sentiment d'incomplétude y est caractéristique. Face à la difficulté d'accomplir ses actes, l'individu reste dans un niveau d'activité inférieur. La fatigue, dans ces cas, est plus marquée lors du repos que pendant l'activité (159).

Cependant, malgré la structuration complexe de ces théories, l'œuvre de Janet n'a pas perduré au-delà de quelques auteurs contemporains. Ses idées autour de la neurasthénie sont vite tombées en désuétude et remplacés par autres conceptions.

3.1.2.- Neurasthénie dans œuvre de Freud (1856-1939)

La faible participation des facteurs psychologiques dans la formation de la neurasthénie, était la raison du peu d'intérêt de Freud pour cette maladie, jusqu'à ce qu'il formule sa théorie de la défense (1894). L'importance reconnue à la sexualité dans l'hystérie, le pousse à étudier d'autres troubles dans lesquels un facteur sexuel est impliqué. Freud est intéressé, par ailleurs, à trouver un lien commun qui lui permette développer une Théorie Général des Névroses, sur la base de sa théorie de la sexualité (151).

Dans les premiers textes de Freud qui font référence aux névroses, il ne s'éloigne pas vraiment de l'opinion générale sur la neurasthénie. A ce moment-là, il s'agit d'un trouble fonctionnel d'origine neurophysiologique (161). A plusieurs reprises, il essaie de justifier la distinction de celle-ci d'avec un tableau organique, en s'appuyant sur des cas cliniques (162). Il partage avec d'autres auteurs l'opinion, selon laquelle l'hystérie et la neurasthénie sont deux entités différentes, même si dans des nombreux cas elles peuvent s'associer, et

que la fréquence de la seconde est plus élevée chez les hommes que les femmes (151).

En 1890, Freud apporte un nouvel élément. Il pense que l'hystérie autant que la neurasthénie sont des maladies fonctionnelles du système nerveux et que leur cause doit être cherchée dans "une influence perturbée de la vie animique sur le corps" (163). Durant cette période, il était intéressé par les mécanismes psychologiques de la névrose, influencé par l'étude sur l'hystérie. Il avait élaboré un premier modèle pathogénique de la neurasthénie, analogue à celui formulé pour l'hystérie, mais moins structuré. Il se base sur la prédominance des "représentations contraires pénibles", qui se produit dans le "Status Nervosus"⁴. Dans la neurasthénie, la représentation contraire est liée à la volonté dans un seul acte de conscience, n'ayant pas une dissociation de celle-ci. Cette représentation provoque la fragilité de la volonté qui est caractéristique des patients neurasthéniques (dont eux-mêmes sont conscients) (164). Toutefois, il ne maintient pas ce modèle dans sa théorie, et il explique la pathogénie de la neurasthénie à partir de l'influence de facteurs sexuels.

En 1892, Freud souligne l'importance décisive du facteur sexuel, dans l'étiopathogénie de la neurasthénie, mais sans spécifier lequel (165). Dans le Manuscrit A, il propose une éventuelle relation entre les différents facteurs et l'effet nocif qu'ils sont susceptibles de produire. Dans la neurasthénie, il y aurait une diminution de l'excitation, tandis que dans la névrose d'angoisse, il y aurait une inhibition de la fonction sexuelle (166). L'étude de la neurasthénie et des facteurs sexuels associés, permet de faire constater un syndrome, la névrose d'angoisse, avec une symptomatologie différente et à qui un facteur sexuel différent de celui de la neurasthénie est attribué. Tandis que pour celle-ci, il

⁴ Ces termes expliquent la présence de pensées indésirables, non conscientes et qui peuvent émerger lors d'un état de dissociation de la conscience. Ces états particuliers de diminution de la conscience vigile ont lieu pendant

s'agit de la masturbation, pour la névrose d'angoisse, c'est le *coitus interruptus*. En 1893, dans le Manuscrit B, Freud fait la distinction entre neurasthénie et névrose d'angoisse, attribuant un facteur spécifique pour chacune d'elles, mais sans expliquer le mécanisme pathogénique qui a lieu.

Les facteurs spécifiques déterminent le type de névrose qui va se développer, car chaque facteur induit un mécanisme différent. Ainsi, dans le cas de la neurasthénie, les facteurs agissent selon la formule suivante: précondition, puis action des facteurs déclenchants sur celle-ci. L'élément principal est l'épuisement sexuel, qui agirait de lui-même, comme facteur prédisposant. Il se développerait chez l'homme, surtout par la masturbation, non pas par mécanisme réflexe mais avec un effet direct provoquant un trouble génital, ainsi que par le *coitus interruptus*. Chez la femme, la neurasthénie est secondaire à celle du mari ou simultanée. Elle est souvent associée à une hystérie (névroses mixtes). Dans la névrose d'angoisse, le facteur le plus important est celui du *coitus interruptus*, agissant selon la même formule que celle de la neurasthénie (167).

La raison qui pousse à n'attribuer qu'une étiologie spécifique à chaque syndrome est soutenue par plusieurs arguments (151). Premièrement on peut poser l'analogie avec l'hystérie, dans laquelle la vie sexuelle avait autant d'importance. En second lieu, la masturbation, provoquant une satisfaction répétée, ne pouvait pas avoir le même effet que le *coitus interruptus* où la satisfaction reste insuffisante. Le troisième point concerne le fait que la masturbation conduit à un épuisement mental et physique, tandis que le *coitus interruptus* amène à une accumulation d'excitation. Finalement, cette formule était corroborée par les vignettes cliniques décrites par Freud, dans sa correspondance avec Fliess.

l'arrivée d'événements stressants. Il s'agit des premières conceptions de Freud sur la dynamique entre le psychisme conscient et non conscient, dans ses études sur le phénomène hystérique.

En 1895, Freud expose sa première théorie sur le mécanisme pathogénique de la neurasthénie et de la névrose d'angoisse. Elles sont expliquées en termes neurophysiologiques, car l'intérêt de Freud était axé sur une explication de la psychologie, en termes neurologiques. Le schéma, valable pour les deux maladies, réside en un développement du mécanisme physiologique de la fonction sexuelle et est basé sur trois éléments (168): 1) Accumulation de l'excitation somatique. 2) L'angoisse sous-jacente dans ces névroses n'a pas de dérivation psychique. 3) Diminution de la libido sexuelle, du "plaisir psychique"⁵.

On peut alors, s'interroger sur la façon de décharger cet excès d'excitation somatique au travers de réactions adéquates. Pour expliquer ceci, Freud imagine un mécanisme pour gérer les tensions provenant de l'extérieur analogue au processus qui a lieu normalement pour résoudre les tensions internes accumulées. Celles-ci peuvent être gérées par une réaction quelconque qui réduise l'excitation psychique, dérivée à son tour, de l'excitation somatique, à travers du facteur exogène (170).

Ainsi, Freud décrit le processus suivant: la tension endogène (faim, soif, instinct sexuel) est perçue lorsqu'elle atteint un seuil déterminé et à ce moment-là, elle est élaborée psychiquement, par sa mise en rapport avec certains groupes d'idées, qui déclenchent la réaction spécifique. Dans le cas de l'instinct sexuel, l'excitation somatique dont l'origine se situe dans les organes génitaux, sensibilise les terminaisons nerveuses et une fois arrivée à un niveau déterminé, elle atteint le cortex cérébral. Elle est alors vécue comme un stimulus psychique. Cette accumulation d'excitation psychique doit être libérée par la réaction spécifique ou adéquate qui, dans ce cas, correspond à un ensemble d'actes réflexes qui amènent au coït. Seule, la réaction adéquate a un effet sur la

⁵ A ce moment, le plaisir psychique (la libido), n'est pas considéré comme un processus inconscient. Pour Freud,

libération d'excitation psychique. Si cette réaction reste bloquée, l'excès d'excitation psychique (affect sexuel) est vécu comme une perturbation (168). Selon la réaction spécifique qui se produit, se développent les différentes névroses. Dans le cas de la neurasthénie, pour libérer l'excès d'excitation somatique, la réaction adéquate est remplacée par une autre qui est insuffisante: la masturbation (168). L'utilisation excessive de ce mécanisme provoque une diminution de l'énergie de base, conduisant à l'affaiblissement caractéristique des patients neurasthéniques (151).

Il était accepté par la communauté médicale que la neurasthénie occasionne une diminution de l'énergie ou de l'excitation nerveuse, en rapport avec un excès de travail ou un effort (neurasthénie de Beard). Toutefois, Freud pensait que le travail intellectuel ou les excès de travail n'étaient pas suffisants pour justifier ces troubles (165, 166). A propos de la névrose d'angoisse, Freud conclut que l'angoisse surgit suite à une accumulation de tension sexuelle physique (affect sexuel), en raison de l'impossibilité de décharge. Cette tension somatique ne peut pas être "liée" psychiquement et elle est transformée en angoisse (170). La névrose d'angoisse apparaît lorsque l'élaboration psychique de l'excitation est bloquée et cet excès accumulé est éliminé par des réactions inadéquates (l'angoisse) (168, 170). Les symptômes produits sont des manifestations subrogées de l'action spécifique retenue (168). La névrose d'angoisse a en commun avec la neurasthénie que la source d'excitation est somatique, mais pour cette dernière, il s'agit d'un appauvrissement de l'excitation (168).

L'intérêt de Freud pour la neurasthénie n'ira pas plus loin que cette description dans les relations entre les différentes névroses. Il va se centrer par

psychique et conscient sont des termes équivalents (169).

ailleurs, sur l'étude de l'hystérie sur laquelle il va s'appuyer fondamentalement pour développer la suite de ses théories sur le fonctionnement psychique.

L'œuvre de ces deux auteurs, Janet et Freud, montre bien l'intérêt suscité par cette entité clinique dans le travail quotidien du clinicien. Elle pourrait bien représenter une maladie carrefour impliquant dans son abord autant le internistes que les psychiatres, dont la frontière de leurs compétences n'était pas toujours si bien délimité. Pour un auteur comme E. Shorter (60), la neurasthénie remet en question le paradigme du système nerveux central (SNC), structuré sur le modèle réflexe, en vigueur pour la médecine. Cette conception (dans laquelle un trouble organique est présumé mais pas observable) tombe en désuétude au long de la première moitié du XXème, pour laisser la place au paradigme psychologique (origine psychogénique de certains troubles somatiques). Cependant, il n'y a pas une acceptation complète de l'origine psychogénique par les patients et ceux-ci continuent à rejoindre la nature organique de leurs troubles. Ceci soulignerait l'influence de la culture médicale dans la compréhension que les patient se font de la maladie.

Une brève description du parcours historique suivi par la neurasthénie, nous semble utile pour comprendre les changements ultérieurs dans la clinique et la pathogénie (150). Bien que ces deux auteurs, Janet et Freud s'étaient largement intéressés à cette entité clinique, l'attention du monde médical sur la neurasthénie a souffert de fluctuations par la suite. D'une part, l'importance octroyé à d'autres critères (cliniques, étiologiques) avec moins d'importance à la prédisposition, placent cette maladie dans l'ensemble des troubles émotionnels faisant partie de l'éventail des troubles de l'humeur (dépression, psychose maniaco-dépressive). Les manifestations somatiques sont catégorisées plus par la médecine interne que la psychiatrie, tout en redéfinissant certains troubles analogues. Cette évolution soulève la question suivante: s'agirait-il de la même

maladie mais diagnostiquée de manière différente selon des présupposés théoriques différents?

En tout cas, pour certains auteurs l'importance historique de la neurasthénie, par exemple dans le développement des névroses, est claire. Actuellement, ce qui est le plus significatif est l'attention qui doit être faite à d'autres manifestations autour de la fatigue, l'inhibition, sentiment de faiblesse, etc... Pour d'autres, la névrose asthénique est le résultat d'une étiologie multifactorielle. Elle aurait son origine dans un traumatisme infantile précoce, et la décompensation ultérieure à la suite d'événements pénibles, est le signe de la rupture d'une barrière défensive fragile, donnant lieu à une inhibition de fonctionnement psychique qui se manifeste par la fatigue et l'expression somatique.

Cependant, l'intérêt pour ce type des maladies ne semble pas avoir tellement diminué. La réapparition de la neurasthénie dans les dernières classifications diagnostiques (DSM-IV, CIM-10) en témoigne. De même l'attention donnée à son symptôme principal, la fatigue, qui prend pour elle-même, une place importante dans la clinique associée à d'autres troubles (Syndrome de Fatigue Chronique, par exemple). S'agirait-t-il alors, de nouvelles entités cliniques, avec des symptômes communs avec la neurasthénie, ou il s'agit de l'évolution inexorable de la même maladie qui s'adapte à un contexte socioculturel différent?

Chapitre 3.2.- Le nouveau visage de la fatigue: le syndrome de fatigue chronique

Dans la société actuelle, la consultation auprès du médecin généraliste constitue dans un grand nombre de cas, la réception des plaintes de fatigue. Tous les médecins sont confrontés à cette plainte non spécifique et doivent adopter des stratégies de dépistage pour mieux comprendre son origine. Entre 20-30% des patients de la consultation ambulatoire présentent ce symptôme et la question qui se pose au praticien est de savoir s'il est associé à un trouble organique, s'il fait partie d'un trouble psychique ou s'il constitue une entité isolée. Faute d'examen cliniques précis, le diagnostic se fait très souvent, en utilisant le temps de la rencontre comme examen complémentaire. Face à la négativité des résultats et à la persistance de la plainte, le diagnostic de syndrome de fatigue chronique peut être évoqué (171). Or, dans bien des cas, le patient est soupçonné de manque de volonté, de simulation ou de paresse. S'agirait-il d'un état de régression mal accepté par l'entourage ou qui n'est cautionné par le groupe culturel?. Pour comprendre les réponses du soignant, il faut tenir compte des conditionnements socioprofessionnels caractéristiques de cette fin de siècle, qui vont avoir une influence sur le regard du corps médical face à ces patients (172).

A ce propos, une question se pose sur le sens de l'expression "fatigue chronique". La fatigue qui dépasse un seuil de tolérance devient inquiétante, suscite la crainte de la maladie et conduit à une consultation chez le médecin. A ce moment, cette notion de fatigue-maladie est prise en compte, par les médecins, sous le terme d'asthénie. Si celle-ci persiste malgré la disparition d'une éventuelle cause, ou si celle-ci n'est pas trouvée, la fatigue acquiert une connotation de chronique. Il s'agit d'ailleurs d'un terme qui reste ambigu. Ainsi, pour les anglo-saxons, le caractère chronique correspond à la fatigue post-virale,

ce qui est nommé sous le terme syndrome de fatigue chronique (172). Avec la notion de fatigue chronique, on se heurte à une réflexion portant sur un état subjectif, articulé par l'histoire personnelle de chacun et la culture du groupe social auquel il appartient.

Dans le livre de Peter Handke *Essais sur la fatigue* (173), on peut trouver de belles descriptions des différentes manières dont la fatigue peut être ressentie, passant par des vécus agréables à d'autres plus douloureux. Cet état y est reconnu comme étant un statut valable de la personne. Il y a une *bonne* fatigue, gratifiante, qui donne une sensation d'épanouissement, mais existe également une autre fatigue qui implique une souffrance:

“Je suis mort”, dit la langue courante: Oui, à la fin de la journée, non seulement les mains à vif, mais aussi les orteils brûlés par le ciment qui jaillissait entre eux, je restais là, plongé en moi-même, accroupi (non pas assis), mort de fatigue. Incapable d'avalier, je ne parvenais pas non plus parler. Et le signe particulier de cette fatigue, c'était peut-être qu'elle semblait insurmontable.”

Ce caractère insurmontable renvoie au sentiment d'une limite dépassée et l'impossibilité d'un retour en arrière, sans pouvoir par contre, continuer à avancer. Il y a un caractère figé, inamovible, lourd dans cet état que devient un état de souffrance.

La différence entre une fatigue normale et celle qui devient pathologique, ne peut pas être établie sur un critère déterminé. Il s'agirait plutôt d'un continuum entre plusieurs degrés de sensibilités. Ainsi un travail d'évaluation des niveaux de symptomatologie, liés à la fatigue chez les soignants, suggère, dans une de ses conclusions, que les termes de fatigue et de fatigabilité

correspondent à notions différentes (174). Le terme fatigue est un terme général, qui sous-tend de multiples significations: fatigabilité, faiblesse, lassitude, épuisement, exténuation, abattement, affaiblissement, anéantissement, stress, ennui, etc... (175). Il est étroitement lié à la notion de travail. Dans ce sens, la fatigue est une notion étudiée du point de vue physiologique, en tant que réaction somatique au travail industriel et déterminante des variations des performances professionnelles, s'accompagnant d'ailleurs, d'un tableau psychologique particulier. Plusieurs disciplines se sont développées dans ce domaine (ergonomie, etc..) (176). A l'extrême opposé, se trouve la fatigue sans cause immédiate. Il s'agit de l'asthénie, qui porte le sens implicite d'une faiblesse, d'une perte de force, associée à des troubles somatiques ou psychiques: psychasthénie, neurasthénie, syndromes dépressifs (176). Le status de la fatigue, en tant que réponse physiologique, perception psychologique ou le symptôme d'un trouble physique ou psychique, reste toujours incertain. Ainsi, pour certains auteurs, il serait nécessaire de promouvoir l'étude phénoménologique de la fatigue, surtout concernant le lien avec les états mentaux anormaux (177).

Cette gradation de nuances dans l'expérience de la fatigue permet de remarquer les différents sens portés par chaque mot, en lien avec la signification qu'elle peut prendre en fonction du contexte où elle apparaît. La fatigue a bien une utilité, elle est un signe d'alerte dans une situation ressentie comme dangereuse et en conséquence, provoque une réaction avec un effet immédiat: cessation de toute activité, afin de continuer à maintenir un équilibre interne. Il s'agirait d'un système de défense du Moi (dans le sens freudien). Elle est une manière de contenir l'angoisse issue des situations menaçantes et en faisant un arrêt, elle favorise l'apparition d'une régression (178).

Nous aimerions mentionner ici quelques réflexions de P. Marty autour de la fatigue exposés dans un texte de 1967 (179). Pour lui, la fatigue est une sensation ou un sentiment du sujet, qui paraît être l'expression d'une dépense énergétique excessive, d'un épuisement, qui peut être perçu par quelqu'un d'autre. Cette dépense peut avoir une origine externe mais aussi interne (résultat de l'action de deux forces antagonistes internes). Cependant, ces deux systèmes coexistent, et le système de distribution énergétique est, à la fois, actif sur le plan intérieur et dans ses relations avec l'extérieur. Cette interaction entre les différentes forces peut se manifester dans la clinique sur le système musculaire. Dans l'exemple clinique décrit dans ce texte (une jeune femme se plaignant de fatigue dans un contexte familiale conflictuel et avec l'antécédent de plusieurs expériences de perte affective) il était question de la capacité de la patiente à extérioriser l'agressivité, celle-ci n'étant exprimée finalement que dans le freinage de la motricité et l'attitude corporelle de rétention. L'hypertonie générale et la fatigue résultante de cette manière de réagir était bien ressentie par le thérapeute qui pouvait, de manière avantageuse par rapport à la patiente, se défendre faisant recours à une activité mentale qui lui permettait élaborer cette excitation interne. Ceci serait la réponse idéale pour pouvoir faire face et supporter intérieurement les avatars de la vie ¹. Dans la clinique de la fatigue, les manifestations focalisées sur le système musculaire et osteoarticulaire sont presque la norme générale et on peut se demander quel est le sens et quel est le bénéfice pour l'économie psychique.

La fatigue ne laisse indifférent, ni celui qui en souffre, ni son entourage. En tant que réaction qui interrompt une activité au sein de la société,

¹ Une idée qui se dégage de cette réflexion est la nature du rapport entre activité motrice et fonction psychique dans l'économie psychique. L'observation clinique des états avec une inhibition motrice qu'allait de pair avec une inhibition de la pensée, pose la question sur les modalités de ce passage de la motricité à divers stades de la pensée. Ceci sert de point départ à P. Marty et M. Fain pour esquisser un modèle qui puisse expliquer ce rapport entre fonction motrice et psychique (180).

elle provoque des mouvements variés, allant de la compassion à la colère, passant par le rejet. Ceux-ci remettent en cause la tolérance du milieu à la supporter. On pourrait y voir le bénéfice de la fatigue, par rapport à la recherche de l'attention de l'entourage et de la reconnaissance de sa propre souffrance. Le médecin n'est pas exempt de ces préjugés et face à un patient qui se plaint avec insistance de fatigue, il s'interrogera sur l'existence d'une maladie reconnue. Le patient, de son côté, aura le sentiment d'être vécu comme un malade imaginaire, un patient psychiatrique ou un simulateur (172).

Les formes cliniques de manifestation de la fatigue sont multiples et les tableaux cliniques les groupant se sont modifiés depuis la fin du XIX^{ème}². Après le déclin de la neurasthénie, la fatigue a connu un nouvel essor, à partir des années 30, sous la forme d'états de fatigue post-infectieux (brucelloses, neuromyasthénia épidémique, mononucléoses infectieuse). Ils avaient un caractère épidémique et étaient diagnostiqués des deux côtés de l'Atlantique, avec quelques différences liées à des facteurs culturels. Ceci permet de relever les tentatives des patients de chercher de nouveaux modes de maladie, pour exprimer leur malaise, les maladies provoquées par des facteurs externes étant mieux acceptées. En raison de la présence d'une fatigue chronique, ces différents tableaux se sont regroupés sous le terme de syndrome de fatigue chronique et par la suite, sous celui de CFIDS (Chronique Fatigue Immune Dysfonction Syndrome), afin de souligner le caractère somatique de ces maladies, suite à une déficience immunitaire.

A partir des années 70, un autre tableau vient s'ajouter au syndrome de fatigue chronique. Il s'agit de celui de Fibrositis ou de Fibromyalgie, qui

² Une de ces manifestations, le sentiment de fatigue ("feelings of fatigue") a été l'objet d'une réflexion, d'un pont de vue historique, par G.E.Berrios (181). Cet auteur signale que, bien que la fatigue soit une plainte qui fait l'objet d'étude en psychologie et médecine, le sentiment de fatigue a un status plus ambigu, provoquant moins d'intérêt pour être investigué. En fait, malgré la présence de la fatigue dans de nombreuses catégories cliniques, il n'y a pas, par contre, une définition opérationnelle du sentiment de fatigue. G.E. Berrios postule que cette place donnée au sentiment de fatigue dans la société occidentale est liée à sa nature proche des troubles mentaux.

ferait partie de la dépression pour certains (182). Dans ce syndrome il y est décrit, comme manifestation principale, la douleur, qui se chronifie souvent, et qui touche le système musculaire de manière régionale ou générale, ce qui motive parfois un changement de terminologie. Les facteurs psychologiques et sociaux sont souvent impliqués (97, 183). Dès les années 90, la neurasthénie apparaît à nouveau comme une entité nosologique, présente dans le CIM-10 (70) et la DSM-IV (71). Ceci indiquerait la nécessité de trouver différentes formes cliniques qui donnent un support aux manifestations de la fatigue.

Par rapport aux manifestations de l'hystérie présentes à la fin du XIXème, on observe un déplacement de l'organe cible de l'anxiété, lequel devient interne. Les symptômes sont dorénavant fixés plus sur le système nerveux sensitif que sur le système moteur (184). Ainsi, la douleur acquiert de plus en plus d'importance dans les plaintes, obéissant à un nouveau paradigme (même que toujours fixé sur le système nerveux central). En 1904, est introduit le terme de douleur psychogène, qui devient la plainte plus fréquente dans la période d'entre deux guerres. A partir des années 40 et 50, la fatigue constitue une plainte habituelle et on a observé que la proportion entre les hommes et les femmes tend à s'inverser, la demande devenant plus fréquente chez les femmes que chez les hommes (contrairement à la neurasthénie si on essaie d'établir un rapport avec celle-ci) (184).

A la fin du XXème, on constate donc que les deux symptômes psychosomatiques les plus fréquents sont la douleur et la fatigue. Ils semblent indiquer le changement de pattern de la maladie pour exprimer la souffrance (184, 182). Dans ce phénomène, l'influence du contexte social paraît assez évidente et certains événements en témoignent. En premier lieu, depuis la 2ème guerre, l'autorité médicale et en conséquence les paradigmes qu'elle propose, sont déplacés par la diffusion des médias qui défendent de nouveaux paradigmes

symboles du progrès (le développement de l'immunologie donne un exemple de ce nouveau regard). Actuellement, bien que le paradigme psychologique explique plus clairement les symptômes psychosomatiques, peu d'importance lui est accordée. Ce courant plutôt social, présuppose que l'autoconnaissance du corps (facilitée par la médiatisation des connaissances sur le fonctionnement humain) a le même statut que la connaissance objective du médecin et permettrait ainsi la possibilité d'un autodiagnostic. En raison de cela, le syndrome de fatigue chronique provoque le scepticisme parmi les médecins et met en évidence leur incompétence professionnelle face à ce trouble (182, 185). Un autre aspect important de cette problématique est la présence d'une caractéristique, comme la pathoplasticité dans le syndrome de fatigue chronique. Cela souligne la suggestionabilité de ces patients et serait le signe d'une société qui a perdu les repères traditionnels de la connaissance de son corps et qui doit les chercher ailleurs. Dans la société actuelle, les mass média constituent les repères culturels universels (182).

L'influence des aspects socioculturels, dans la formation de phénomènes, comme celui de la fatigue postvirale ou de la neurasthénie nous semble être décisive. La relation entre les références socioculturelles et la conception individuelle de la maladie est très étroite. Cependant cette imbrication ne peut pas être délimitée avec clarté (186, 187). Une illustration de la complexité de cette interrelation peut être montrée à partir d'une étude de révision de travaux mettant en lien la fibromyalgie et facteurs psychologiques (188). Bien que, empiriquement il y ait une constatation de l'influence de facteurs psychologiques dans la causalité des manifestations cliniques et réciproquement l'influence de ces troubles sur la personnalité et le contexte social, les études en cause (entre 1980 et 1991) ne permettent pas établir des conclusions avec une validité scientifique.

Les changements de la société postmoderne ont modifié substantiellement la manière de gérer les états de fatigue, ainsi que l'apparition de celle-ci qui reste assujettie aux caractéristiques de chaque groupe social. La fatigue appartient à la culture et en est, également, un sous-produit. Dans les sociétés modernes, le principe d'autorité a été remplacé par le principe d'efficacité et la technocratie remplace l'autorité traditionnelle (178). Il s'agit d'une société où l'individualisme est défendu comme valeur suprême de la personne, face à l'institution familiale (modèle précédent). Il en découle une augmentation de la solitude (comme forme de vie) et en conséquence, la vulnérabilité du sujet devient plus importante. Pour faire face à la détresse liée à la précarité des relations interpersonnelles, l'individu a tendance à répondre par des somatisations: douleur et fatigue (182).

Cette évolution de la société serait le point de départ d'une modification du regard dans la compréhension de certaines entités cliniques. A. Ehrenberg, dans son livre *la fatigue d'être soi* (185), décrit les mécanismes intervenant dans l'apparition de la dépression. Selon lui avec l'estompage des règles sociales et la survalorisation de l'individualité, la dépression se constitue, de manière analogue à la neurasthénie et à l'hystérie à la fin du XIXème, en trouble carrefour à la fin du XXème. La dépression est une maladie de la responsabilité où prédomine le sentiment d'insuffisance: le sujet est fatigué de devenir soi-même. Si, dans les années 50-60, le couple de valeurs permis-défendu était la règle, par la suite, c'est la paire possible-impossible qui devient prédominant. Cette logique de vie nécessite que l'individu s'appuie sur soi-même et devienne, à ce moment, une institution en soi, nécessitant un lourd effort.

Cet auteur défend deux hypothèses. La première pose le fait que la dépression serait la maladie d'une société où la norme est la responsabilité et

l'initiative sur la culpabilité et la discipline. Dans la seconde, on constate qu'il n'y aurait plus de référence au conflit (dans le sens psychanalytique), sur lequel s'est constituée la notion de sujet à la fin du XIX^{ème}. Le processus dépressif se caractérise par la difficulté à définir le sujet et dans ce sens, il rejoint les pathologies additives, où on observe également, une difficulté à symboliser la notion de loi et de conflit (185). La dépression est une maladie de l'insuffisance et le déprimé est guidé par une logique de l'infériorité. Le résultat en est la fragilité et le sentiment de précarité ou d'instabilité. Ces patients ont un Moi insuffisant et ils sous-estiment la valeur de leurs expériences, et de cette manière A. Haynal l'exprime: "Le sentiment de ne pas être aussi fort qu'on le voudrait s'exprime souvent en termes de "fatigue", de même que le sentiment d'être moins stimulé qu'on ne l'aimerait" (185).

LANGAGE ET CORPS

En tentant de comprendre la signification des manifestations corporelles, nous pouvons essayer de définir la relation entre le langage et le corps, qui comporte plusieurs niveaux de compréhension en relation étroite : somatique, philosophique, culturelle, psychologique, etc...

La capacité (ou le manque) symbolique du corps humain est évoquée dans toutes les cultures et c'est ce dont témoignent les mythes, porteurs de l'histoire commune et qui donnent sens aux avatars de l'existence humaine. Dans cette optique, le corps est compris dans une conception cosmologique de l'être humain, faisant partie intégrante, avec d'autres éléments de la nature, de l'univers. Le corps est un véhicule de relation interhumaine et à travers lui, mis à part l'expression verbale, sont exprimés les différents messages qui rendent possible ou complètent une communication. La mimique et les mouvements gestuels, en relation très étroite avec les émotions, apportent un élément de subjectivité dans cette dynamique (ainsi par exemple, la pathologie dépressive illustre à l'extrême la relation entre vécu affectif et expression corporelle) (189). Or, le langage du corps est un langage universel mais assujéti à la symbolique de la culture d'appartenance et, sur un versant plus individuel, il est soumis à un travail de décodification de la part de chaque individu, qui lui est propre.

L'apparition du langage signifie la naissance du sujet et il constitue une épreuve de la prise de conscience de l'altérité. Ce mouvement psychique provoque des angoisses très primitives qui sont liées au processus de séparation-différentiation qui survient dans le premier âge de l'enfance. Cependant, ce processus n'a pas toujours lieu et nombreuses sont les réflexions développées pour essayer de comprendre les mécanismes psychiques qui se produisent à la place et qui font appel au corps somatique. Celui-ci prend une nouvelle place dans une dynamique psychique avec des mouvements peu différenciés.

Une première réflexion que nous aimerions retenir est celle qui évoque l'idée d'un *corps barbare* (190). La barbarie du corps est entendue dans le sens où le corps n'est pas différencié du sujet (le langage n'ayant pas fait apparition). A travers ce qualificatif, s'exprime l'idée d'un corps placé entre le corps de la biologie et celui de la psychanalyse qui devient un lien du vécu actuel, de la pulsion, de la vie. Ce corps est un non-dit préalable et la condition sur laquelle se constitue la notion de corps-moi et corps-sujet.

Pour illustrer les différentes réponses du corps dans les cas où il n'y a pas la possibilité d'utiliser le langage, nous pouvons évoquer les réflexions de P. Fedida autour de la relation médecin-malade (191). Pour lui, la plainte somatique peut se constituer en métaphore, dans le sens où les paroles du patient portent les significations élémentaires de "l'événement archaïque" du corps (en lien avec la notion de "défaut fondamental" de Balint) et qui est réactualisé par la maladie. Le discours autour de la plainte somatique se constitue en langage et rend possible un échange que permet la réalisation d'un acte thérapeutique, dans la mesure où le médecin peut, à travers son corps, transformer cette métaphore. Cela veut dire que le corps du médecin est un "miroir à échos", à la fois contenant du malade et la maladie, et dépositaire de l'espace thérapeutique qui accueille la métaphore.

L'observation de manifestations corporelles montre, nous semble-t-il, que l'homme cherche à utiliser son corps comme moyen d'expression, c'est-à-dire dans une fonction langagière. L'homme s'approprie son corps qui devient un outil dans la communication. Il s'agirait de la formation d'une interface entre l'organisme et le sujet, ce qui implique de considérer le corps comme un phénomène psychique, dans le sens de la représentation (192). Dans son texte, F. Ansermet explique que dans la constitution de cette représentation, il faut

remarquer deux aspects qui lui donnent sa particularité. Un premier, l'unicité, dans laquelle participe l'unité de l'image corporelle (par exemple, l'appréhension de sa propre image au miroir). A ceci s'ajoute un signifiant pour que le corps puisse trouver sa cohésion : c'est le langage qui peut octroyer au sujet le sentiment que son corps est bien le sien. Avec l'organisme et l'image du corps, il y a le corps en tant que constitué par le signifié, c'est le corps symbolique qui, par la voie du langage, permet au corps de s'incorporer.

Jusqu'au XIX^{ème} siècle, le corps est perçu avec un regard qui se fait de l'extérieur et la signification qu'on lui donne est fonction de la culture et de la religion. L'intérieur n'est que supposé et imaginé. La progression des découvertes, survenues tout au long de ce siècle avec les études anatomopathologiques sur le corps humain, a modifié sensiblement ce regard. Ce changement s'est fait fondamentalement au travers de l'étude de la pathologie, discipline que favorise un nouvel intérêt pour le corps. Ainsi par exemple, les travaux entrepris par les neurologues du début du XX^{ème} siècle, avec comme objectif de systématiser les maladies nerveuses, amènent les premières descriptions liées à la perception du corps. La définition du schéma corporel par Haed et Holmes en 1911 en est un des résultats. Celui-ci est structuré sur un modèle postural neurobiologique faisant référence aux éléments plus superficiels de notre corps. La construction d'un schéma corporel se fait continuellement avec l'analyse des mouvements et la connaissance des postures corporelles (193, 194).

Néanmoins, cette définition n'est pas exempte d'ambiguïté, comme le soulignent quelques auteurs qui ont essayé de mieux la définir. Avant la deuxième guerre mondiale, le schéma corporel était un concept appartenant uniquement à la pathologie. Cependant, une meilleure compréhension de la complexité et de l'importance de celui-ci amène à affiner ses modalités

d'expression chez un sujet normal. Il s'agit donc, de connaître les aspects psychologiques impliqués qui sont, par ailleurs, liés à la physiologie (195). D'un point de vue neurologique, André-Thomas (196) souligne également la difficulté de définir un concept uniquement sur des bases anatomiques et il précise clairement qu'on trouve la meilleure représentation du corps dans la psyché. Il fait référence au caractère d'automatisme de certains actes, dont les mécanismes de formation restent au-dessous de la conscience, laissant peu de place à la possibilité d'une représentation de l'acte ou de la fonction. Suivant cette même ligne de pensées qui ne se réduit pas uniquement à considérer l'aspect anatomique, le schéma corporel, selon la définition d'Ajurriaguerra, est une notion neurologique qui renvoie au tonus postural (essentiel pour toute activité motrice et de relation) et à la surface cutanée en contact avec l'extérieur (51).

Dans cette réflexion sur la construction d'une représentation corporelle, nous soulignons un apport important : les travaux de Freud avec les patients hystériques. Ceux-ci avaient montré l'association entre la cause pathogène, le symptôme corporel et la représentation du corps que s'en fait le sujet (plasticité des symptômes hystériques). Ainsi, la théorie psychanalytique introduit l'aspect libidinal dans la représentation du corps, caractère important qui souligne la particularité et l'unicité de chaque représentation corporelle. Cette notion est intégrée plus tard par P. Schilder pour définir son concept d'image du corps : il s'agit de l'image formée dans l'esprit, c'est-à-dire de la façon dont le corps nous apparaît à nous-mêmes. Toutefois, cette image du corps propre nécessite pour se former, de l'image du corps des autres, avec lesquels il y a un échange continu (197). Pour compléter cette définition, nous considérons utiles les idées d'un autre auteur, Le Guerinel (198), qui nous renvoie par ailleurs, à la notion de stade de miroir développée par Wallon et Lacan. Selon lui, on pourrait définir l'image du corps comme le

schéma corporel complété de la représentation propre du corps, ce qui introduit une dimension imaginaire dans la notion du corps. Il s'agit de l'assemblage d'un imaginaire personnel (fantasme) et collectif (mythe). Lorsque le corps est considéré par l'autre, c'est avec l'image du corps qu'on a à faire, permettant qu'une relation puisse s'établir.

Cet investissement libidinal qui fait un modelage des éléments gnostiques et pratiques sur le schéma corporel permet, selon différents auteurs, d'avoir le vécu de corporéité spécifique : "corps vécu", "vécu corporel" (199). L'importance que l'expérience corporelle a sur la construction de l'image corporelle et sur la constitution de la personne, est un des aspects apporté par la phénoménologie à partir du XIX^{ème} siècle. Le vécu corporel, la corporéité, sont considérés en relation à soi-même et avec les autres (51). Ce processus d'incarnation ne peut se faire que par l'action de la libido, et le rôle de la sexualité est majeur dans cette construction (199).

La conscience de corps propre, corps vécu, est en rapport avec la perception subjective du temps. Cette connaissance du corps renvoie à la chair, qui représente l'incarnation du temps et de l'espace à travers le corps humain. Selon B. Andrieu, la chair est reconnue dans l'inscription d'un texte : l'histoire du sujet (25). Pour cet auteur, la philosophie de H. Bergson introduit quelques éléments qu'anticipent les constructions théoriques autour de l'image corporelle. La pensée de celui-ci est catégorisée en trois aspects : image du corps de la psychanalyse, la notion de chair de la phénoménologie et le fonctionnement neurophysiologique. Il établit d'abord, une différence entre image *de* corps (perception du corps lui-même et du monde), apparentée à l'image libidinale chez Freud, et l'image *du* corps (prise de conscience par le corps de la valeur mondaine de son image) proche de l'image mentale définie par Wallon et Lacan. En deuxième lieu, il pose l'importance de la prise de conscience du corps en tant

que corps propre, en relation avec la temporalité. Finalement, il situe le rôle central du fonctionnement cérébral pour établir des liens entre matière et mémoire, en évitant un réductionnisme psychophysiologique excessif (6).

Dans une publication récente (200), il est expliqué que depuis la première définition de l'image du corps par Schilder jusqu'à 1995, l'évolution du concept est marquée par l'influence de deux courants. D'une part, les progrès au niveau biologique et neurophysiologique et d'autre part, les travaux psychanalytiques sur les premières étapes du développement de l'enfant. Ce processus ne peut pas être séparé de la dynamique interrelationnelle, soulignant l'importance de la relation précoce à la mère et en conséquence, du psychisme de celle-ci (Lacan, Bion, P. Aulagnier, Tustin, Haag). Dans ce sens aussi, quelques concepts de la psychosomatique montrent l'influence des processus défailants dans les premières étapes du développement (pensée opératoire, alexithymie, aspect mélancoliforme du corps) qui vont influencer la constitution finale de cette image corporelle. Il semble donc évident que l'image du corps est primordiale dans la formation de la personnalité, dans le sens de la notion de *soi* de Winnicott (201).

Des exemples de cette interrelation entre les périodes précoces du développement psychique et la construction de l'image du corps, seraient utiles pour la compréhension de cette dynamique. Cependant, la liste d'auteurs qui se sont intéressés à ce sujet est énorme et on ne peut en citer que quelques-uns pour illustrer l'importance de cette relation.

L'évolution du concept d'image du corps, par rapport à celui de schéma corporel, a introduit quelques éléments qui peuvent bien marquer la différence entre les deux. Le schéma corporel est une notion plus généralisée et commune, dans un collectif d'individus donné, tandis que l'image corporelle est individuelle et liée aux aspects libidinaux de la personne. Pour souligner cette différence on

peut évoquer la réflexion de F. Dolto (202). Celle-ci précise que : le schéma corporel est en partie inconscient, mais aussi préconscient et conscient, et il est le lieu du besoin. L'image du corps par contre, est fondamentalement inconsciente et représente l'incarnation symbolique du désir. Ces facettes du besoin et du désir, apparemment dissemblables, sont cependant, en rapport étroit chez le bébé.

Suivant les idées d'autres auteurs sur cette dynamique relationnelle mère-enfant (202), la construction de l'image corporelle et la structuration du psychisme chez le bébé se font dans la relation à l'autre (la mère). La communication se fait à travers le corps. Il s'agit d'un langage non-verbal, archaïque, dont les traces font partie de l'inconscient. Le corps crée un espace intermédiaire pour communiquer, permettant la différenciation dehors-dedans, à travers ses différentes parties (le tonus musculaire, la peau...). Dans cette interaction, il y a par exemple, un lien très proche entre le tonus musculaire et l'émotion, influencé sensiblement par la vie relationnelle. Ainsi, une expérience courante est d'observer la modification du tonus musculaire d'un enfant sous le regard et la parole d'un adulte (par ailleurs, l'impact des carences affectives précoces et graves dans le développement psychopathologique est bien connu par les travaux de Spitz). Dans ces observations, nous rejoignons la notion de "dialogue tonique" entre mère et enfant de J. de Ajurriaguerra. Pour celui-ci, la fonction tonico-posturale n'est pas seulement le soubassement du mouvement, mais aussi un des modes de relation à l'autre le plus précoce.

Pour mieux comprendre l'importance de l'interaction entre le monde extérieur et le monde intérieur dans la structuration de la personnalité, le travail de P. Marty et M. Fain sur le rôle de la motricité dans la relation d'objet nous semble très illustratif (203). Ils partent de l'idée générale que la relation d'objet sensori-motrice primaire (phénomène en jeu lors de la période orale du

développement psychique) constitue la base de l'intériorisation sur laquelle se construit une partie essentielle de l'activité psychique propre à chacun. Dans cette publication, ils essaient de montrer comment certains modes de relation d'objet s'éloignent de cette première relation fondatrice de l'activité psychique normale, laissant la place à des formes substitutives de cette relation primitive : la fantasmatisation et l'intellectualisation, qui se trouvent également perturbées.

Dans une publication de 1986 (204), P. Aulagnier offre une intéressante réflexion autour de l'importance que l'entourage peut avoir sur la construction d'une personnalité où s'intègrent l'activité psychique et l'activité somatique dans un tout en interrelation dynamique depuis les périodes précoces de l'enfance. L'enfant, aidé d'abord par sa mère, entame un processus de construction de l'histoire de son corps et de sa psyché, au travers des inscriptions provoquées par les événements successifs originaires de souffrance et qui acquièrent pour lui un caractère propre. Cette histoire se constitue en une sorte d'ombre parlée du corps psychique et devient une présence indispensable.

Un autre exemple de l'importance que l'image du corps a dans la constitution de la personnalité nous est donné par G. Pankow. Ainsi pour elle, l'image du corps est définie par deux fonctions symbolisantes. Une première qui concerne la structure spatiale et qui établit un lien dynamique entre la partie et la totalité du corps. Une deuxième, qui consiste à saisir le contenu et la forme d'un tel lien dynamique. Chez certains patients psychotiques et psychosomatiques, par exemple, les troubles dans l'image du corps correspondent aux zones de destruction dans la constellation familiale de ces malades. Ces zones corporelles concrétiseraient le manque de représentation, la défaillance dans l'élaboration d'un vécu familial. Dans ce cas, une dynamique d'échanges n'a pas pu se

construire et le corps, avec ces deux fonctions, n'a plus de capacité dialectique à l'intérieur de lui-même (205, 206.).

Dans la dynamique d'échanges mère-enfant nécessaire pour le développement de l'enfant, J. McDougall évoque un fantasme sous-jacent, commun à tout être humain : faire un avec la mère-univers de la petite enfance (207). Face à ce désir d'union, l'enfant luttera, dans un double mouvement, pour se différencier d'elle, ce qui a lieu si l'inconscient de la mère ne fait pas entrave. L'échec de cette tentative d'acquérir l'identité subjective peut se manifester avec la pathologie psychosomatique. Dans ces cas, il y a eu une coupure soma-psyché afin de sauver la vie psychique et éviter un ébranlement affectif insupportable. Chez ces sujets, souffrant par exemple, des séquelles de carences affectives précoces, une telle organisation psychosomatique vise à se constituer en semblant d'identité subjective et à préserver la vie psychique. L'échec de cette tentative d'acquérir l'identité subjective peut se manifester avec la pathologie psychosomatique. Dans ces cas, il y a eu une coupure soma-psyché afin de sauver la vie psychique et éviter un ébranlement affectif insupportable. Chez ces sujets, souffrant par exemple, des séquelles de carences affectives précoces, une telle organisation psychosomatique vise à se constituer en semblant d'identité subjective et à préserver la vie psychique.

Dans un autre travail de ce même auteur (208), est abordée la capacité du corps à se constituer en langage. La tendance à réagir somatiquement plutôt que psychiquement face à une situation de stress, est déterminée par les premières transactions mère-nourrisson. L'enfant n'ayant pas accès à la parole, il utilise les actes symptômes pour gérer une souffrance insupportable. Cette solution par l'agir renvoie à un défaut dans la capacité de symbolisation qui, dans la normalité, est gérée par le psychisme de la mère. Les manifestations psychosomatiques court-circuitent le travail psychique et répondent à

l'émergence d'états affectifs débordants (de manière analogue aux actes-symptômes de l'enfant sans parole). Les facteurs qui conduisent à une impasse dans la communication entre le corps et la psyché, dépendent de l'interlocuteur externe qu'est la mère, dans la mise en place de ses fonctions maternelles primaires. Celles-ci interviennent dans la construction du sens de la réalité externe, et ce sentiment de réalité est modulé par le langage (c'est à dire, le discours familial, par ce qu'il permet ou par ce qu'il entrave dans l'économie affective). Ainsi donc, pour cet auteur, les symptômes psychosomatiques sont une forme primitive de communication, un langage archaïque, un protolangage, qui se met à la place du langage symbolique. La coupure de la liaison soma-psyché à travers les messages affectifs, provoque l'apparition des actes qui prennent la place des mots. Le mot, qui s'interpose entre la mère et l'enfant, ne peut pas faire la fonction de tiers différenciateur, car il est absent.

Pour F. Ansermet (192), le phénomène psychosomatique résulte d'un court-circuit de toute conflictualité psychique en deçà du sens, soulignant un défaut de métaphorisation. L'excitation se trouve reportée directement dans le corps, sans le relais apporté par l'appareil psychique qui n'est plus un protecteur suffisant de l'excitation provenant du soma.

Concernant cette même définition, nous soulignons un extrait d'un autre texte (209): le phénomène psychosomatique est l'équivalent d'un passage à l'acte réalisé dans le corps : un acte dans le corps (dans le sens d'acte symptôme de J. McDougall). Il n'est pas un symptôme dans le sens psychanalytique, c'est à dire, il ne montre pas la capacité symbolique du corps dans le rapport entre corps et langage. Pour cela, il n'a pas une structure de langage, il pourrait plutôt être considéré comme une alternative au symptôme. Il n'a pas non plus la fonction d'appel, la mise en scène qui permet de s'adresser à l'autre n'existant pas. Face à lui, nous trouvons le symptôme de conversion, véritable formation de

compromis résultant d'un conflit psychique. Ici, le symptôme montre la capacité métaphorique du corps dans un rapport direct entre corps et langage. Son déclenchement est plutôt d'ordre de l'acting out.

A l'origine de ce dysfonctionnement de la capacité dialectique du corps, trois hypothèses qui font partie de l'étiopathogénie multifactorielle (209) : une première, langagière, dans laquelle le court-circuit du psychisme se produit selon le modèle de l'acte (l'acte dans le corps) et le fonctionnement psychique n'est pas une protection suffisante de l'excitation provenant du soma. Il s'agit plutôt d'un phénomène somato-somatique. La deuxième possibilité fait intervenir les différents mouvements pulsionnels dans une dialectique faisant référence aux destins des pulsions (en lien avec la théorie pulsionnelle de Freud). La dernière alternative introduit l'influence de l'environnement dans la genèse de ce dysfonctionnement. Lorsqu'il existe un défaut de structuration psychique avec un excès de stimulation (par exemple dans les antécédents de carences affectives), il se produit une défaillance de la fonction paraexcitante de l'environnement proche, provoquant un effet traumatique cumulatif (correspondant à la notion développée par Masud Khan).

Dans les chapitres précédents, nous avons vu la précarité du discours des patients avec troubles somatoformes, ces personnes n'ayant accès qu'au langage non verbal pour exprimer leur souffrance. D'une certaine manière, le vécu traumatique (par exemple, les antécédents de carences affectives précoces) était inscrit dans le corps, porteur de la blessure symbolique (210). Ces patients montrent une fragilité extrême de leur psychisme et l'investissement massif de leur corps a une valeur de réparation narcissique, de protection du Moi et d'évitement d'un débordement affectif insupportable.

Dans le cas d'un symptôme si fréquent comme la douleur, on pourrait dire, s'appuyant sur les idées de Le Guerinel (198), qu'il se fait un investissement

démessuré de l'endroit douloureux afin de vider le Moi fragile d'un excès d'affect pénible. Le passage d'une douleur corporelle à une douleur psychique se fait grâce à la transformation de l'investissement narcissique (par retournement sur soi) en investissement d'objet, c'est-à-dire, en dirigeant la libido vers l'extérieur (plutôt que sur soi) ce qui permet d'avoir l'accès au langage verbal. Néanmoins, la dynamique psychique des patients avec troubles somatoformes semble montrer que ce mouvement psychique d'ouverture vers l'extérieur, permettant l'émergence du langage, ne peut pas avoir lieu chez eux.

Nous avons également déjà vu que le sentiment de fatigabilité est une des plaintes les plus souvent évoquées par ces patients. La fatigue est un concept analogue à la douleur, dans le sens où elle est une sensation et une expérience subjective. Elle s'inscrit sans substrat organique, faisant référence à une souffrance existentielle : la fatigue mentale. Certains auteurs voient un lien entre les manifestations corporelles de cette fatigue et l'affect qui peut être évoqué à l'origine. Ainsi par exemple, la fatigue serait le résultat d'une agressivité non exprimée et retenue pour des raisons culturelles, puis focalisée sur l'appareil locomoteur, pouvant provoquer des graves conséquences somatiques qui amènent à l'invalidité (211).

Chez les patients avec troubles somatoformes, les affects (souvent la colère et la tristesse) ne peuvent pas être verbalisés et sont canalisés à travers le corps, à défaut d'une capacité d'élaboration psychique. Les avatars d'une vie, souvent pleine de difficultés, ne font qu'augmenter le sentiment de charge lourde à porter et une grande souffrance. Le trouble douloureux traduirait aussi la fatigue chronique, la lassitude provoquée par une existence malheureuse.

CONCLUSION

Les réflexions développées dans les chapitres précédentes soulignent le rôle que le corps a dans l'expression de la souffrance psychique. L'ancrage somatique d'un profond sentiment de détresse chez les individus des sociétés

occidentales, met en évidence la difficulté à considérer l'individu comme sujet à part entière, intégrant le soma et la psyché. La voie de la reconnaissance de cette unité est cherchée par la société à travers le support donné par la maladie somatique, dont témoigne la généralisation des troubles somatoformes. La configuration symptomatique de ce trouble se caractérise par l'aspect insidieux de son évolution et la subjectivité des plaintes évoquées. La trajectoire sociale, professionnelle et personnelle de ces patients, reflète une tentative échouée de s'adapter à un système de références socioculturelles différent de sa propre idiosyncrasie. Cette lutte incessante, du moins dans l'esprit des patients, épuise ou, en tout cas diminue, leur capacité de répondre aux vicissitudes de leur existence. Ainsi, la plainte très répandue de fatigabilité traduit un sentiment d'affaiblissement ou, à un degré plus intense, un sentiment d'anéantissement.

Dans le développement de ce travail deux axes de référence ont été considérés: la période correspondant à la fin du XIX^{ème}, avec le bouleversement de la société suite au surgissement de la Révolution Industrielle, qui signe le passage à la modernité, et le dernier tiers du XX^{ème} dans lequel, les changements socioculturels ébranlent à nouveau, les assises de la société devenue contemporaine. Dans ces deux périodes, le corps acquiert une importance cruciale comme véhicule d'expression de la souffrance de l'individu, lequel doit s'adapter à ces changements et qui est remis en question dans le plus profond de son être.

La fin du XIX^{ème} permet l'émergence d'un nouveau sujet, avec un monde intérieur, émotionnel, qui peut s'exprimer, faisant partie d'un environnement socioculturel qui l'accueille mais, qui détermine les références culturelles sur lesquelles se construit son identité. Le corps s'érige alors en objet qui facilite la révolte du sujet transgressant certains *a priori* socioculturels, élargissant les limites du corps individuel et du corps social. A travers

l'apparition de certains troubles psychiques (hystérie, neurasthénie), le corps participe aux nombreux changements dans la médecine, avec une répercussion certaine dans la société.

Dans la société de nos jours, le mouvement individualiste face au groupe social continue jusqu'à la limite extrême, amenant en conséquence, une crise profonde de la société. R. Kaës (212) évoque ce qui est caractéristique de la modernité: l'effondrement des croyances (surtout en ce qui concerne le progrès et la raison triomphante). Ceci se manifeste, par exemple, par les tentatives de maîtrise et d'emprise sur le corps, mais aussi par l'importance que prend l'imaginaire et le virtuel. En fait, ces réponses montrent que, dans une culture où il y a perte ou refus d'ancrages et de codes, tout équivaut. Cette défaillance, dans le cadre environnant, est une source d'angoisse, car l'absence de code réactualise les conflits intrapsychiques (amour-liaison, haine-déliasion). La vie psychique est ainsi attaquée, ébranlée, avec une faillite du travail de préconscient (dans le sens psychanalytique), ce qui amène à la confusion entre l'action et la représentation, le dire et le faire. Le malaise du monde moderne est, en somme, l'incapacité de constituer ce lien.

L'étude du rôle que le corps a joué au sein de la médecine et de la psychiatrie, au cours de l'histoire, montre la variabilité des manifestations somatiques possibles lorsque l'être humain est souffrant. Nous avons vu que au XIXème, les troubles psychiatriques sont décrits à partir du développement des sciences biomédicales. Si les premières catégorisations des manifestations d'un psychisme hors norme se font avec une grande attention aux observations cliniques du médecin, par la suite, les différents postulats théoriques qui gèrent le savoir médical, poussent à établir des classifications de maladies basées sur les différentes orientations éthiopathogénique, organiciste,... (213). Cette tendance n'a fait que s'accroître et les classifications modernes se basent

fondamentalement, sur l'objectivation des données permettant d'arriver à un diagnostic. Malgré le point de départ théorique revendiqué, pour certaines (tel est le cas dans la conception de la DSM-III-R), les critères invoqués répondent à une norme standardisée de la psychopathologie, en oubliant l'aspect subjectif présent dans la cohorte des manifestations cliniques. Le symptôme, seul patrimoine du patient, est considéré comme un élément anodin dans l'expression de la pathologie.

Les changements de la compréhension des maladies psychiques, introduits à la fin du siècle lors de l'étude de l'hystérie, apportent un nouveau regard de la part du clinicien, qui dès lors, peut entendre la plainte subjective du patient. Les manifestations psychopathologiques sont modelées par l'expérience personnelle de chaque individu, et l'exemple le plus classique est donné par les symptômes de conversion hystérique. Cependant, celle-ci n'est pas le seul moyen d'expression psychopathologique, la porte est ouverte à d'autres troubles qui permettent une manifestation de la souffrance psychique.

Le contexte particulier de la période industrielle de la fin de XIXème, contraint l'homme à s'adapter à une société qui, organisée autour du bonheur de la civilisation, l'exclut en tant que sujet, tout en le considérant comme un objet privilégié, moteur du progrès de la société. La réponse de l'individu ne se fait pas attendre et dans sa révolte, il va utiliser son corps, seul outil qu'il peut maîtriser. Par cette réaction, il va mettre en cause les postulats scientifiques les plus solides. La neurasthénie constitue l'entité morbide prédominante, porteuse de la souffrance psychique à travers le corps. Elle inclut de nombreuses manifestations cliniques, très hétérogènes, dont la fatigue, qui devient la plainte principale. Ainsi, le sujet verbalise le sentiment d'épuisement physique et la souffrance face à une existence malheureuse qui ne trouve pas d'autre moyen d'expression. En effet, il n'est pas concevable que les progrès de

la civilisation ne puissent pas combler tous les besoins matériels et surtout affectifs de l'individu.

Dans une société où la dynamique de la communication est gérée par un code social très organisé, d'autres alternatives n'ont pas de place, sous peine d'exclusion ou de marginalisation. L'individu doit trouver des nouveaux moyens d'expression de ses émotions, qui soient acceptés par le cadre social auquel il appartient. La neurasthénie a ouvert une voie à cette expressivité alternative et a légitimé, dans une catégorie diagnostique, les manifestations hétérogènes, non expliquées par la culture scientifique. Elle a construit un toit sous lequel cohabitent certaines des manifestations non classées ailleurs. L'évolution de cette entité morbide présente des fluctuations, occasionnant la modification des critères de définition, la dilution dans d'autres entités cliniques, la disparition dans certaines classifications diagnostiques, avec réapparition plus tard. Néanmoins, les manifestations qui lui ont donné son importance sont repérables dans la clinique actuelle. La fatigue, accompagnée de manifestations somatiques non spécifiques, auxquelles aucune origine organique ne peut pas être associée, est bien présente et occupe toujours une place importante dans les manifestations cliniques.

Le syndrome de fatigue chronique, épigraphe qui correspond à un tableau clinique varié, associé à des troubles somatiques caractéristiques (sans substrat organique à l'origine), prend le relais des plaintes de l'individu en souffrance existentielle, ne trouvant pas autres voies d'expression. Les divers contextes socioculturels dont sont issus les différents tableaux qui intègrent ce syndrome, alimentent la réflexion sur l'influence d'un environnement déterminé dans la formation des symptômes. Ce phénomène peut être par ailleurs, observé de manière analogue dans les différentes sociétés, le seul élément distinct étant le terme utilisé pour les désigner (214).

De manière plus générale, le contexte culturel en vigueur développe sa propre conception de ce que doit être la maladie psychosomatique et qu'elles sont les symptômes légitimés. Ceci est transmis d'une manière inconsciente au groupe social, qui l'intègre, faisant partie de son bagage culturel. Dans cette dynamique sont imbriqués très étroitement, les modèles de fonctionnement social et les modèles médicaux auxquels les soignants adhèrent (215).

Comme la fatigue, la douleur constitue le symptôme qui, à travers la plainte corporelle, peut transmettre une souffrance psychique. L'importance que la douleur a prise en tant que symptôme psychopathologique dans le dernier tiers du XXème, souligne la tendance du malade à choisir les manifestations qui expriment le mieux son état de souffrance. Il s'agit d'une manifestation limite entre la souffrance psychique et la plainte corporelle. Le corps véhicule une souffrance qui ne peut pas être nommée et qui trouve son seul moyen d'expression dans la douleur, douleur du corps qui correspond à la douleur de l'âme.

Bien que la composante psychogène d'un tableau somatique transitoire douloureux soit assez connue, l'aspect psychopathologique (plus figé) d'un trouble douloureux chronique n'a été pris en considération que récemment. Le trouble somatoforme douloureux englobe les différents aspects qui font de la douleur psychogène une entité particulière. Sous cette épigraphe, est inclut une douleur chronique, signalant une souffrance qui s'est installée dans le corps, ancrée dans ses profondeurs, faisant partie de l'individu. La lourdeur de ce tableau clinique évoque l'importance de la souffrance psychique, peu mobilisable. Le corps se constitue en siège d'une problématique psychique qui ne peut pas se manifester autrement. Comme la douleur, la fatigue fait partie de cette entité, autre manifestation de la souffrance, parfois inséparable de la première. Fatigue et douleur, dans le langage de ces patients, sont aux extrêmes

d'un continuum pour exprimer leur souffrance. Un corps fatigué peut devenir un corps douloureux et un corps empli de la douleur ne peut que se fatiguer lorsque la souffrance se fait permanente. La chronicité rend fatigant l'état de souffrance.

Face à l'absence d'objectivité de ces plaintes, la catégorie diagnostique trouble somatoforme douloureux persistant permet la reconnaissance d'une souffrance psychique qui utilise le corps pour s'exprimer selon les critères acceptés par la médecine institutionnelle; ainsi, l'insuffisance de celle-ci pour comprendre certains de ces troubles conduit à relever l'existence d'autres voies d'expression. Or, du fait de sa marginalisation, une plainte faite par un patient risque de ne pas trouver de réponse de la part du soignant si elle n'est pas comprise sous les critères diagnostiques qui lui appartiennent en tant que membre d'un corpus professionnel. Le malade cherche des voies qui lui permettent de trouver un compromis entre sa compréhension du monde, l'expression de sa souffrance et le discours médical. La douleur lui offre un moyen d'expression qui lui est propre et qui lui permet de défendre son individualité, face à un système de santé qui nie l'existence du malade comme sujet. La plainte douloureuse ne s'enracine pas seulement dans le corps somatique, elle a sa source dans le psychisme du sujet.

Le sentiment d'insatisfaction existentielle, dans une société qui dévalorise le sujet en tant que personne, est intériorisé dans l'esprit de l'individu, puis exprimé comme plainte douloureuse (soulignant la douleur existentielle). A ce point de notre réflexion, nous pouvons rejoindre quelques idées de A Erhenberg: L'individu se retrouve seul face à une société pauvre en repères collectifs, où l'exaltation de l'individualité est un critère absolu et où le corps social réparateur n'existe pas. Le sujet est fatigué de faire face à une existence que lui semble insurmontable (185).

Cette transcendance du vécu de sa propre existence sur la société actuelle est aussi évoquée par un autre auteur (216). Il indique le lien entre le progrès technologique et la peur de souffrir de plus en plus présente. Cette association a comme conséquence une déshumanisation croissante au nom du bonheur et une montée du nihilisme. C'est par cette voie qu'apparaît une nouvelle souffrance, celle d'être désorienté, désincarné, sans identité. L'homme de la société actuelle est coupé de lui-même, n'ose pas parler d'honte et d'identité, laissant la voie libre à la déculpabilisation et à la désidentification.

Le trouble somatoforme serait pour la médecine une solution pour expliquer une réalité que ses critères ne lui permettent pas de comprendre. Cette catégorie diagnostique colmate avec plus ou moins de réussite, une défaillance dans un système de santé sensé tout expliquer de la dynamique de l'individu malade en relation avec le contexte social auquel il appartient. Les caractéristiques de la population atteinte de trouble somatoforme poussent à réfléchir sur la nécessité chez ces patients, de trouver une écoute à leurs plaintes et la reconnaissance d'un statut de personne souffrante, utilisant le système de santé comme remplaçant du corpus social manquant. La fragilité de leur personnalité ne peut pas être compensée par l'appui sur les repères donnés par un environnement solide, car dans la société actuelle, les repères, autrefois donnés par le contexte socioculturel, doivent être cherchés à l'intérieur de soi-même.

Afin de pallier à cette faille, ces malades se tournent vers le système social qui peut représenter les références socioculturelles nécessaires. Pour cela, ils adopteront le langage qui peut être entendu par le système d'aide. Pour illustrer le fait que la présence d'un cadre social solide, structurant, constitue un élément de prévention pour la santé publique, nous pouvons nous référer par exemple, au phénomène constaté par certains auteurs sur une population

émigrante aux USA, face à une population de même origine, mais née dans le pays d'adoption. Dans ces travaux (218, 219), la population migrante avait tendance à présenter des maladies en concordance avec la culture de leur pays d'origine et le système de soins de celui-ci. Pour les gens du même origine, mais nés dans le pays d'adoption, la proportion de maladies et de conduites de marginalisation, rejoignait les statistiques de la population autochtone. La situation d'émigration prédispose à l'acculturation, et donc à la perte des repères culturels traditionnels. En conséquence, elle constitue un terrain d'observation privilégié pour évaluer l'influence du contexte socioculturel dans la formation de symptômes. Nous avons aussi cité une expérience en Suisse qui montre également que les émigrants de longue date adoptent le mode de "tomber malade" des natifs (96).

Le déséquilibre psychique provoqué par les différents changements sociaux trouve son aboutissement dans la création d'une nouvelle catégorie diagnostique. Ceci se fait à travers un système de santé qui est le seul habilité à comprendre la réalité du processus de la maladie. Les plaintes amenées par les patients, à l'origine de ce diagnostic, constituent le signe de la créativité de l'homme malade participant, comme sujet, à la formation de la maladie. La douleur et la fatigue sont deux concepts limites, dans lesquels peut se retrouver l'ambiguïté entre ce qui est pathologique et ce qui fait partie de l'idiosyncrasie du sujet. Celle-ci est parfois, difficilement acceptée si n'est pas fait sous forme de maladie.

En tout cas, l'exemple de la neurasthénie, à la fin du XIX^{ème}, pourrait être considéré comme un précédent. Elle était l'issue honorable à une souffrance plus profonde due à une pathologie psychique grave ou à une forte inadaptation sociale. Et à ce sujet, une question s'impose à partir des réflexions de J. Maisondeu (220). Est-ce que la maladie serait un choix pour éviter l'exclusion ?

Car dans la culture occidentale, la folie (dans le sens de ce qui est incompréhensible) est assimilée à la maladie. Elle serait donc, une manière de nommer le mal être pour ceux qui n'ont pas de place dans la société? La douleur de la souffrance est criée fortement et devient objet de soins: le symptôme a le droit d'être soigné, mais sans pour autant, avoir du sens. Pour cet auteur, l'exclusion est présente non seulement dans le status de maladie mentale, mais aussi dans les dispositifs d'insertion sociale.

Fatigue et douleur permettent, dans leurs limites peu précises, de donner une place à un large éventail de plaintes et de maintenir un espace psychique nécessaire pour garantir une santé psychique. Au travers ces symptômes, le sujet malade revendique sa place dans le choix de son destin historique, ainsi que sa reconnaissance en tant que sujet. La douleur et la fatigue constituent deux manifestations de la dimension corporelle dans l'expression de la souffrance de l'individu en détresse. Elles se trouvent à la mi-chemin entre l'éventail de signes issus d'un dysfonctionnement somatique et l'extériorisation d'un psychisme perturbé. Elles intègrent les deux versants de l'identité d'un individu (somatique et psychique), se référant ainsi à l'unité corps-psyché. Cependant, l'abord de ces manifestations par le somaticien ne se fait pas dans cette optique, et ne considère souvent qu'un seul de ces aspects. L'estimation d'un élément subjectif, donc psychique, dans le tableau clinique, motive l'orientation des patients chez le psychiatre et souligne plus le sentiment d'un échec dans la conception de la médecine que la reconnaissance d'une dualité corps-psyché.

Dans cette fin de siècle du monde occidental, le corps est devenu pour le sujet le lien de son identité ("mon corps c'est moi"). Même si cette représentation est fugace, modelée par les influences médiatiques de la société, le corps est le mode d'existence et de reconnaissance privilégié pour le sujet

contemporain. Il s'agit d'un corps sans défaillance, sous peine d'être catalogué par la culture médicale (220). La douleur et la fatigue, manifestations d'une souffrance psychique dont le corps est le pilier, signalent les caractéristiques qui qualifient la fonction du corps aujourd'hui. Il s'agit de la dimension d'interface entre la médecine et la psychiatrie (le somatique et le psychique), ainsi qu'entre la personne et son environnement, avec lequel l'interaction est continue. Cette interaction permanente, à travers le temps, permet de construire sa propre histoire, ce qui est la base constitutive du vécu de son propre corps. Nous pouvons donc, nous appuyant sur les idées de M. Vanotti (221), défendre que la maladie se développe dans un cadre socioculturel déterminé et qu'elle est indissociable du devenir historique d'un processus de vie. La compréhension de la nature d'un symptôme n'est possible que dans l'observation au sein du contexte historique dans lequel il s'inscrit. L'évolution vers la chronicité des troubles, dont la douleur et la fatigue font partie intégrante, avec les répercussions dans la sphère sociale et privée, ne peut qu'être lié à une convergence de facteurs de risque dans la construction de cette historicité.

La douleur et la fatigue montrent la souffrance dans la construction de cette histoire propre, qui ne peut pas être exprimée avec des mots. Nous pouvons à ce sujet, citer quelques réflexions de M. Roudi sur la douleur morale (222). Pour cet auteur, il y a une différence entre douleur: blessures répétées, et souffrance: histoire d'une douleur et aussi rupture d'une histoire qui suivrait un déroulement naturel sans accidents. Ce qui interpelle l'autre dans la douleur morale c'est l'enfermement du sujet dans sa douleur, la souffrance liée devient un message, un questionnement à l'égard de soi et des autres. Le jour où l'effondrement d'une réalité imaginaire a lieu, la douleur morale vient à la surface. L'échec de ne pas pouvoir être soi renvoie à la question de l'équilibre

identificatoire entre l'être et l'avoir (qui se fait par le biais du travail) : adapter ce qu'on veut à ce qu'on peut obtenir de soi-même et de l'extérieur¹.

Cette idée de la souffrance ayant une valeur compensatrice ou rédemptrice est partagée par autres auteurs (223). De manière analogue à l'équivalence travail-salaire, existe une équivalence entre travail et souffrance qui introduit l'idée de la possibilité d'un crédit et un droit chez ceux qui souffrent. Dans cette conception, la souffrance est un moyen de plus-value, en même temps qu'un instrument de réparation. Ce déroulement de la pensée sociale s'inscrit dans le contexte culturel moderne qui a inventé la dette symbolique. La souffrance apparaît comme le résultat d'une quête incessante du bonheur qui est devenu un objet de consommation, celui-ci n'est plus considéré comme une vertu mais réclamée comme un droit, de là le glissement de l'être à l'avoir.

Nous aimerions aussi ajouter une nuance à la définition de douleur morale nous référant à G. Lanteri-Laura (224). Pour celui-ci, la douleur morale correspondrait au terme de douleur psychique dans le français actuel et "il s'agit d'ailleurs d'une expérience immédiate" (car le sujet ne peut que réfléchir sur elle qu'après l'avoir éprouvé de manière directe)... c'est une "conscience qui porte sur de la douleur, mais sur une douleur qui n'est pas physique, alors que la douleur physique semble être le prototype de toute douleur"... Il nous semble important de souligner ce caractère d'événement direct, sur-le-champ, non élaborable, qui nécessite d'un deuxième temps à travers un retournement vers soi pour comprendre la nature de cette douleur, renvoyant le sujet au vécu de sa corporeité. Dans cette même ligne de pensée, on pourrait évoquer les idées de B. Vergely qui explicite l'écart existant entre raison et souffrance que notre rationalité ne peut pas réduire, sauf à nier l'existence de la souffrance. Il n'est

¹ Un autre regard sur la souffrance morale qui peut compléter ceci présuppose que le critère objectif qui le défini

pas possible de raisonner sur la souffrance lorsqu'on souffre, et de ce fait, le paradoxe de tout discours sur la souffrance: parler d'elle risque de réduire la part d'indicible qui se trouve en elle (225).

Pour conclure, on pourrait dire que, s'appuyant sur la représentation du corps à un moment historique précis, l'homme cherche à exprimer une souffrance profonde dans la constitution de son être, qui n'a pas accès à d'autres voies d'expression. Le contexte: social, culturel, médical, professionnel, facilite les outils et les moyens pour obtenir la reconnaissance de sa souffrance sans être exclu du groupe d'appartenance social. Les deux symptômes: douleur et fatigue, ont les conditions nécessaires, dans l'actuelle conception du corps social et médical, pour formuler les désirs et les demandes d'une partie de la société qui ne peut pas exprimer sa souffrance et son mal être existentiel. De manière analogue, ce phénomène rejoint les changements dans la société et dans les sciences médicales lors de l'apparition de la neurasthénie à la fin du XIXème.

On pourrait donc établir, qu'il existe une circularité dans l'apparition de certaines maladies psychiques et que celles-ci ne sont pas exemptes de l'influence des mouvements socioculturels et même, elles en dépendent très étroitement. Il n'est pas possible alors, de concevoir que le surgissement d'une maladie déterminée soit un fait isolé dans le temps et l'espace, car elle ne peut pas exister qu'en communion intime avec un individu, inséré à son tour dans une société qui évolue en permanence.

est le sentiment d'injustice subie (147).

BIBLIOGRAPHIE.-

1.-BUNGE M. The Mind Body Problem. A psychological approach. Oxford, Pergamon Press, 1980; xiii-xvi, 209-216.

2.-GAUCHET M. L'inconscient Cérébral. Editions du Seuil, 1992; 171-188.

3.-SHORTER E. The play of biology and culture. In: Shorter E.: From the mind into the body.(The cultural origins of psychosomatics symptoms). New York, The Free Press Maxwell MacMillan International, 1994; 1-19.

4.-LE BRETON D. Anthropologie du corps et modernité. Paris, PUF, 3ème éd, 1995; 13-28.

5.-LE BRETON D. Anthropologie du corps et modernité. Paris, PUF, 3ème éd, 1995; 29-62.

6.-ANDRIEU B. Le corps dispersé. Paris, Harmattan, 1993; 9-50.

7.-DESCAMPS MA. Modèles culturels et fantasmes collectifs dans les formes du corps. In: Ministère de L'Education Nationale, CTHS, Commission d'anthropologie et ethnologie françaises, éd: Le corps humain, nature, culture, surnaturel. Actes du 110ème Congrès National de Sociétés Savantes, Montpellier, 1985; 365-378.

8.-LE BRETON D. Anthropologie du corps et modernité. Paris, PUF, 3ème éd, 1995; 157-180.

9.-BASAGUREN E, GUIMON J. Corps et Psychothérapie. Les psychothérapies à médiation corporelle. Genève, Médecine et Hygiène, 1997; 56-64.

10.-LE BRETON D. Anthropologie du corps et modernité. Paris, PUF, 3ème éd, 1995; 229-263

- 11.-BERNARD M. Le corps, Paris, Seuil, 2ème éd (1976), 1995; 7-14.
- 12.-LE BRETON D. Anthropologie du corps et modernité. Paris, PUF, 3ème éd, 1995; 83-91.
- 13.-BERNARD M. Le corps. Seuil, (2ème éd JP Delarge, 1976), 1995; 139-141.
- 14.-CERQUI D. L'homme mis en pièces. Cahiers Médico-Sociaux 1995; 39:33-38.
- 15.-DURIF C. Corps interne et physiologie profane. Ethnologie française 1992; 22:71-78.
- 16.-MULLER D. Le corps humain, sujet éthique et enjeu social. Cahiers Médico-Sociaux 1995; 39:5-11.
- 17.-ANDRIEU B. Les cultes du corps. Ethique et Sciences. Paris, l'Harmattan, 1994; 11-21.
- 18.-BOUSQUIE P. Le corps, cet inconnu. Philosophie et Psychanalyse. Paris, L'Harmattan, 1997; 5-31.
- 19.-LE BRETON D. Anthropologie et modernité. Paris, PUF, 3ème éd, 1995; 63-82.
- 20.-ZUR LIPPE R. Une unité problématique: éléments pour une histoire des conceptions du corps. Etudes de Lettres 1983; 2:29-41.

- 21.-FERNANDEZ-ZOILA A. De l'incarnation: le charnel du corps. Revue de Médecine Psychosomatique 1992; 30/31:13-24.
- 22.-GUIMON J. Corps et psychothérapie. Les psychothérapies à médiation corporelle. Genève, Médecine et Hygiène, 1997; 21-36.
- 23.-FERNANDEZ-ZOILA A. Le charnel dans la chair du corps. Revue de Médecine Psychosomatique 1992; 30/31:97-112.
- 24.-ZANER RM. La realidad radical del cuerpo humano. Revista de Occidente Española 1970; no 90:290-310.
- 25.-ANDRIEU B. Le corps dispersé. Paris, L'Harmattan, 1993; 393-400.
- 26.-ANDRIEU B. Le corps dispersé. Paris, L'Harmattan, 1993; 75-89.
- 27.-TOUZE J. L'image du corps: des origines du concept à son usage actuel. Champ Psychosomatique 1996; 7:23-37.
- 28.-CUPA D, ADDA E. Représentation, présentation du corps. Un entretien avec D. Anzieu. Revue de Médecine Psychosomatique 1993; 33:19-30.
- 29.-COOP-HANE C. La main mise sur le corps: images du corps humain dans l'exercice de la médecine anatomo-clinique. Psychothérapies 1995; no1:37-41.
- 30.-LE BRETON D. Anthropologie du corps et modernité. Paris, PUF, 3ème éd, 1995; 203-228.

- 31.-LE BRETON D. Anthropologie du corps et modernité. Paris, PUF, 3ème éd, 1995; 181-201.
- 32.-FANTINI B. La constitution historique du savoir médical moderne et le caractère spécifique des maladies. Cahiers Médico-Sociaux 1995; 39:15-23.
- 33.-GALLAND F. Apports de l'anthropologie à l'éthique biomédicale. (Remarque complémentaire à propos des diverses médecines en occident). Cahiers Médico-Sociaux 1995; 39:39-40.
- 34.-ROSSI I. Corps-sujet et miroirs culturels. Santé et maladie: une diagonale anthropologique. Ethnologica Helvetica 1993-1994;17/18:47-64.
- 35.-ROSSI I. Pluralisme médical: les enjeux des corps possibles. Cahiers Médico-Sociaux 1995; 39:25:31.
- 36.-ROSSI I.- L'anthropologie médicale entre théorie et pratique. Revue de Médecine Psychosomatique et Psychosociale 1997; Heft 1-2 Band 26:2-9.
- 37.-LE BRETON D. Corps et pluralisme thérapeutique. Revue de Médecine Psychosomatique et Sociale 1997; Heft 1-2 Band 26:15-21.
- 38.-CELIS R. Pour une approche holistique des pathologies humaines (V von Weiszäcker et la réintroduction du sujet en clinique). Cahiers Médico-Sociaux 1995; 39:47-55.

39.-ELLENBERGER HF. Le traitement de la folie, du chamanisme à la antipsychiatrie (1974). In: Ellenberger HF: Médecines de l'âme. Essais d'histoire de la folie et des guérisons psychiques. Fayard, 1995; 254-299.

40.-ELLENBERGER HF. Histoire de la psychopathologie en occident (1962). In: Ellenberger HF.: Médecines de l'âme. Essai historique de la folie et des guérisons psychiques. Fayard, 1995;145-158.

41.-EY H. Manuel de Psychiatrie. Paris, Masson, 6ème éd, 1989; 58.

42.-COSTA e SILVA JA. Présent du passé, présent du présent, présent du futur en psychiatrie. In: L'approche clinique en psychiatrie (vol II). Paris, Synthélabo, 1993; 117-137.

43.-FOUCAULT M. Histoire de la folie à l'âge classique. Paris, Gallimard, 1972; 125.

44.-PELICIER Y. Histoire de la psychiatrie. Paris, PUF, 1971; 70-85; 100-110.

45.-PICHOT P. Un siècle de psychiatrie. Paris, éd. Roger Dacosta pour Roche, 1983; 16-20; 56; 113-115, 122-124, 147,

46.-LAIN ENTRALGO P. Historia de la Medicina. Barcelona, Salvat, 1978 : 450, 481, 492, 518,

47.-LAIN ENTRALGO P. Historia de la Medicina. Barcelona, Salvat, 1978; 502, 634-638,

- 48.-KAMIENIECKI H. Histoire de la psychosomatique. Paris, PUF, 1994;
- 49.-DAVID J, BRODARD I. Métamorphose du soin. A propos des médiations corporelles en psychiatrie. Revue de Médecine Psychosomatique 1993; 34:89-108.
- 50.-DESCAMPS MA. Corps et psyché. Histoire des psychothérapies par le corps. Marseille, Hommes et Perspectives, 1992 ; 7-9.
- 51.-GUIMON J. Corps désincarné ou corps sans âme. In: Guimón J, Fredenrich-Mulebach AL.: Corps et psychothérapie. Les psychothérapies à médiation corporelle. Genève, Médecine et Hygiène, 1997; 13-17.
- 52.-ROUX ML. Le corps dans la psyché. In: Roux ML, Dechaud-Ferbus M.:Le corps dans la psyché. Paris, L'Harmattan, 1993; 9-17.
- 53.-POSTEL J. Dictionnaire de psychiatrie et de psychopathologie clinique. Paris, Larousse, 1993.
- 54.-CELIS-GENNART M, VANOTTI M. Le syndrome douloureux chronique à la lumière de l'histoire familiale. In: Malades et familles (Penser la souffrance dans une perspective de la complexité). Genève, Médecine et Hygiène, 1997; 103-126.
- 55.-LE BRETON D. Anthropologie la douleur. Paris, Métailié, 1995; 139.

56.-ALBY JM. La médecine psychosomatique aujourd'hui. Revue de Médecine Psychosomatique 1979; t.21(no3):259-275.

57.-MAYOU R. Somatization. Psychotherapy and Psychosomatics 1993;59:69-83.

58.-LIPOWSKI ZJ. Somatization: a borderland between medicine and psychiatry. Canadian Medical Association Journal 1986; 135:609-614.

59.-GUIMON J, BASAGUREN E. Perturbations de la perception de son propre état de santé. In: Guimón J, Frederich-Mulebach AL.: Corps et psychothérapie. Les psychothérapies à médiation corporelle. Genève, Médecine et Hygiène, 1997;113-123.

60.-SHORTER E. The doctors change paradigms: Central Nervous Disease. In: Shorter E.: From paralysis to fatigue. (A history of psychosomatic illness in the Modern Era). New York, First Paperback Edition, 1993; 201-232.

61.-REVEL S. De l'organique et du fonctionnel. Revue de Médecine Psychosomatique et de Psychologie Médicale 1979; no 4:435-453.

62.-REVEL S. Réflexions critiques sur la notion de trouble fonctionnel. In: Cazullo CL, Cornazzi AM, Invernizzi G.:I disturbi funzionali. Una revisitazione del problema. Palermo, S.F. Flaccovio Editore, 1984 ;20-29.

63.-LAXENAIRE M. Hypothèse sur la psychogenèse des symptômes fonctionnels. In: Cazullo CL, Cornazzi AM, Invernizzi G.: I disturbi funzionali. Una revisitazione del problema. Palermo, S.F. Flaccovio Editore, 1984 ; 30-39.

64.-DARCOURT G, BRACCINI T, VERNET JP. Hystérie, conversion et troubles fonctionnels. In: Cazzullo CL, Cornazzi AM, Invernizzi G.:I disturbi funzionali. Una rivisitazione del problema. Palermo, S.F. Flacovio Editore, 1984 ; 40-46.

65.-LALONDE P, GRUNDBERG F. Psychiatrie clinique. Approche bio-psycho-sociale. Montréal, Gaëtan-Morin, 1988 ; 491-492.

66.-AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION. DSM-II. Diagnostic and statistical manual of mental disorders. Washington, A.P.A., 2ème éd, 1968.

67.-ORGANISATION MONDIALE DE LA SANTE. Classification internationale des maladies (9ème révision, 1975). Manuel de la classification statistique internationale des maladies, traumatismes et causes de décès. Genève, OMS, 1979.

68.-AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION. DSM-III. Manuel diagnostic et statistique des troubles mentaux. Paris, Masson, 1983.

69.-AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION. Mini DSM-III-R. Critères diagnostiques. Paris, Masson, 1989.

70.-ORGANISATION MONDIALE DE LA SANTE. Classification internationale des maladies (10ème révision). Chapitre V(F): Troubles mentaux et troubles de comportement. WHO, Masson, 1992.

71.-AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION. DSM-IV. Manuel diagnostique des troubles mentaux, Paris, Masson, 1996.

72.-KING SA, STRAIN JJ. Revising the category of somatoform pain disorder. Hospital & Community Psychiatry March 1992; 43(3): 217-219.

73.-REICH J, TUPIN JP, ABRAMOVITZ SI. Psychiatric diagnosis of chronic pain patients. American Journal of Psychiatry November 1983;140:11:1495-1498.

74.-POLATIN PB, KINNEY RK, GATCHEL RJ, LILLO E, MAYER TG. Psychiatric illness and chronic low-back pain. The mind and the spine-which goes first?. Spine jan 1993;18(1):66-71.

75.-VANOTTI M, PYROTH O. History of child abuse and neglect in patients with organic or fonctionnal low back pain and disability. Journal of General Internal Medecine, 1995.

76.-VANOTTTI M, ALLAZ AF. Litigation neurosis or psychiatric comorbidity in chronic pain patients. Journal of General Internal Medecine, 1996.

77.-IBAÑEZ CAMPOS T, SORIA VALLE ML, LAMAS SUAREZ MJ, VAZQUEZ MARQUEZ MA, SARMIENTO GONZALEZ-NIETO V. Valoración de pacientes con lumbalgia. Conceptos multiatributivos. Estudio preliminar. Rehabilitación 1989; 23(2): 108-115.

78.-SOLER ROCA A. Resultados preliminares de un tratamiento multidimensional de dolor de espalda crónico. Cuadernos de Medicina Psicosomática 1994; no30: 47-54.

79.-LEBOEUF YdeC, KLOUGART N, LAURITZEN T. How common is low back pain in the nordic population?. Spine 1993; 21(no13):1518-1526.

80.-GATCHEL RJ, POLATIN PB, MAYER TG. The dominant role of psychosocial risk factors in the development of chronic low back pain disability. Spine 1995; 20(no24):2702-2709.

81.-FISCHER W, ROBERT J, GOERG D, PERRIN E, CEDRASCHI C. Douleurs chroniques: Les douleurs de dos. Résultats d'une étude et revue bibliographique. Cahiers psychiatriques 1997; no 23:59-72.

82.-PIGUET V, ALLAZ AF, DESMEULES J, DAYER P. Le caractère pluridimensionnel de la douleur. Cahiers Psychiatriques 1997; no23:35-44.

83.-SJÖLUND BH. Chronic pain in society: A case for chronic pain as a dysfunctional state?. Special issue: Proceedings of chronic pain in society. Quality of Life Research 1994; 3 (suppl.1):s5-s9.

84.-EKTOR-ANDERSEN J, JANZON L, SJÖLUND B. Chronic pain and the sociodemographic environment: results from the pain clinic at Malmö General Hospital in Sweden. The Clinical Journal of Pain 1993; 9:183-188.

85.-MARTIN LASCUEVAS P, BALLINA GARCIA FJ, HERNANDEZ MEJIA R, CUETO ESPINAR A. Lumbalgia e incapacidad laboral. epidemiología y prevención. Atención Primaria diciembre 1995;16(no 10):97-102.

86.-AYLLON MERINO A. Estudio sobre la invalidez provisional en la provincia de Córdoba. Medicina y Seguridad del Trabajo 1995; tomo XLII(no167):15-22.

87.-BURNIER D. Après les nouveaux pauvres, voici les nouveaux invalides. Médecine et Hygiène 1997;55:99-101.

88.-DARIOLI R, PERDRIX J. L'invalidité au cœur de la tourmente. Cahier du Médecin Vaudois dossier 2000; 2:3-5.

89.-TOROPTSOVA NV, BENEVOLENSKAYA LI, KARYAKIN AN, SERGEEV IL, ERDESZ S. "Cross-Sectional" study of low back pain among workers at an industrial enterprise in Russia. Spine 1995;20(no3):328-332.

90.- VANOTTI M. Pour un débat autour des troubles somatoformes douloureux. Médecine et Hygiène 1997; 55(mars):564-565.

91.-WÖLK W. Soziamedizinische Aspekte der anhaltenden somatoformen Schmerstörung. Gesundheitswesen 1992(dec); 54(12):685-690.

92.-CAMPAILLA E. Neurotic rachialgia. Southern Medical Journal 1976; 69(1):9-12.

93.-WEINTRAUB A. Quelques réflexions psychosomatiques en pratique rhumatologique. In: Médecine psychosomatique: Recueil d'exposés apparus dans la Revue Médicale de la Suisse Romande no 3, 1974. Lausanne, Imprimeries Réunies, 1974; 219-224.

94.-BURNER M. Perspectives psychosomatiques dans l'approche et le traitement des dorsalgies. Revue de Médecine Psychosomatique et de Psychologie Médicale 1969 (janv-mar);11(1):79-98.

95.-MARTY P, FAIN M. Contribution à l'étude de rachialgies par examen psychodynamique des malades. Evolution psychiatrique 1952; 5:95-121.

96.-PERRIN E. Passage d'un système de soins à un système de santé: l'exemple du mal de dos. Ethnologica Helvetica 1993-1994; no17/18:151-168.

97.-PALLARES DELGADO MJ, PAGEROLS M. Importancia de los factores psicológicos en el Síndrome Miofascial y Fibromialgia Primaria. Dolor 1991; 6(3):173-174 (I Congreso Internacional de la Sociedad Española del dolor).

98.-GAZQUEZ EVANGELISTA JA, SANCHEZ BLANQUE A. El síndrome de "Latigazo Cervical": implicaciones psicopatológicas y sociales. Folia Neuropsiquiatrica 1994; 29:19-26.

99.-RALLO ROMERO J, de CABO CASADO B, OLIVIERI PERDIKIDIS H, VALCARCE ABELLO M. Factores psicógenos en la cervicoartrosis. "Síndrome Neurótico Cervical. Revista de Psicoterapia y psicósomática 1991; (18-19):65-80.

100.-ALLAZ AF, CELIK-MASSAS Y. “Sinistrose” ou “Syndrome Douloureux Persistant?”. Cahiers Psychiatriques 1997; no 23:73-78.

101.-REY R. Histoire de la douleur. Paris, Eds. La Découverte, 1993; 5-8.

102.-SZASZ T. Pain and Pleasure. New York, Basic Books éds, 1975. (Traduction française: Douleur et plaisir. Etude des sensations corporelles. Paris, Payot, 1986).

103.-SCHILDER P. The image and appearance of the human body: studies in the constructive energies of the psyche. New York, International Univ. Press, 1950. (Traduction française: L’image du corps: étude des forces constructives de la psyché”. Paris, Gallimard, 1968).

104.-COLDEFY JM, OUGHOURLIAN JM. Approche psychosomatique de la pratique médicale et chirurgicale. Toulouse, Privat, 1975.

105.-ANZIEU D. Le Moi peau. Paris, Dunod, 1985; 61, 208-209.

106.-MONTANDON-BINET C. Sur le concept de seuil de tolérance à la douleur. In: Lafay A.: La douleur. Approches pluridisciplinaires. Paris, L’Harmattan, 1992; 75-110.

107.-CAMBIER J, BOVIER P. Corps et Douleur. In: Jeddi E: Le corps en psychiatrie. Paris, Masson, 1982.

- 108.-MARIE-CARDINE M, COTTRAUX J. A la recherche de la subjectivité douloureuse. Cahiers Médicaux Lyonnais 1971; 147(no32):3475-3509.
- 109.-CAÏN J. Le Champ psychosomatique. Paris, PUF, 1990. (Coll. Le fait psychanalytique)
- 110.-QUENAU P, OSTERMAN G. Le médecin, le patient et sa douleur. Paris, Masson, 1993-1994.
- 111.-COOP-HANE C. Du baquet de Mesmer au cabinet freudien: épistémologie de la relation médecin-malade. Psychothérapies 1996;16(1):35-42.
- 112.-BALINT E, NORELL JS. Six minutes for the patient. Tavistock Publications, 1973. (éd. française: Paris, Payot, 1976)
- 113.-FEDIDA P. La place du corps dans la relation psychothérapique et médicale. Revue de Médecine Psychosomatique et de Psychologie Médicale 1976; 18(3):237-260 (5ème Congrès International de Médecine Psychosomatique, Paris, 1976).
- 114.-SAPIR M. La relation au corps. Paris, Dunod, 1996 ;65-123.
- 115.-TOMAMICHEL M. La relation médecin-patient: de la dépendance à la coopération. Médecine Psychosomatique et Sociale 1995; Heft1 band 25:7-14.
- 116.-TRENKEL A. Du défaut fondamental au trouble fonctionnel. L'angoisse comme fil d'Ariane. In: Cazullo CL, Conazzi AM, Invernizzi G, eds: I disturbe

fonzionali. Une revisitazione del problema. Palermo, S.F.Flaccovio Editore, 1984 : 78-84.

117.-REY R. Histoire de la Douleur. Paris, La Découverte, 1993; p. 382-386.

118.-SAPIR M. Trouble fonctionnel ou trouble de la relation? Revue de Médecine Psychosomatique et Psychologie Médicale 1979; 21(4):417-434.

119.-BALINT M. The dolor, his patient and the illness. Londres, Pitman, 1^{ère} éd, 1957 éd. française: Paris, Payot, 1960).

120.-BURLoux G. Pourquoi la douleur?. Revue Française de Psychanalyse 1/1999.

121.-RAIX A. Réflexions sur la sinistrose. Revue de Médecine Psychosomatique 1994; 5:121-128.

122.-de ALMEIDA Z. Les perturbations mentales chez les migrants. Information Psychiatrique 1975; 3:249-281.

123.-RAIMBAULT G, ZYGOURIS R. Corps de souffrance, corps de savoir. Lausanne, L'âge de l'Homme, 1976.

124.-LE GUERINEL N. Quelques remarques sur le corps et le transfert. In: Dechaud-Ferbus M, Roux ML, Sacco F, éd: Les destins du corps. Toulouse, érès, 1994.

125.-ADAM A, MONTERO I, GOMEZ BENEYTO M. Acontecimientos biográficos y enfermedad somática: revisión crítica de la metodología. Medicina Española 1984; 83:1-8.

126.-LABARTHE JC. La santé des migrants. Cahiers médico-sociaux 1992; 36: 261-272.

127.-CHAPERON J. Les migrants et la santé: la situation en France. Cahiers médico-sociaux 1992; 36:273-281.

128.-BARROS FERREIRA M. L'immigrant portugais et son hystérie. Evolution Psychiatrique 1978; 521-548.

129.-JARRET R. La représentation du corps chez le migrant. Psychologie médicale 1981; 13(11):1719-1723.

130.-JAMES F. La signification culturelle du symptôme. Psychothérapies 1994; no 2:77-83.

131.-TOUSIGNANT M, HABIMANA E. Emotion et culture. In: éd. Techniques, Encyclopédie Médico-Chirurgicale (Paris-France): Psychiatrie [(5)] F.a. 37-715-A-20, 1993, 5p.

132.-WOLFF BB, LANGLEY S. Cultural factors and the response to pain: a review. American Anthropologist 1968; 70(3):494-501.

133.-KIRMAYER LJ. Culture, affect and somatization. *Transcultural Psychiatric Research Review* 1984; 21:159-188.

134.-DE COULON N, VON OVERBECK S. Migration et crise: les mécanismes d'inversion. Un regard ethnopsychiatrique sur l'intervention de crise. *L'Evolution Psychiatrique* 1992; 57(3): 439-454.

135.-KAËS R. Crise, rupture, dépassement. Paris, Dunod, 1979.

136.-KAËS R. Corps/Groupe, réciprocity imaginaires. *Revue de Psychothérapie psychanalytique de Groupe* 1995; 25:35-50.

137.-GILLIERON E, LUSCHER C. Difficultés et possibilités de réinsertion professionnelle de patients souffrant de troubles psychiques ou psychosomatiques. *Les cahiers médico-sociaux* 1989; 33(2):91-98 (I) ; 99-108 (II).

138.-BARROT R. Le dommage corporel et sa compensation. Paris, LITEC éd. 1988 ;94-106, 123-124, 174-178, 207-211.

139.-HAMONET C, BEGUE SIMON AM, BRACHET MP, THERUET JP. Evaluer le dommage corporel: nouvelles conceptions, nouveaux outils. *Revue française du dommage corporel* 1985; 11(1): 7-13.

140.-WEISSMAN HN. Psychological assesment and psycho-legal formulations in psychiatric traumatology. *Psychiatric Annals* 1984; 14(7):517-529.

141.-PORCHET A, GAILLARD MF, HENCHOZ M, JACOT P, LERCH J, ROULET, P. Les préoccupations d'un office de réadaptation au sujet de la réhabilitation socio-professionnelle des patients psychiatriques. Les cahiers médico-sociaux 1989; 33(2): 83-90.

142.-DELALOYE R. Contribution à l'étude des surcharges psychiatriques chez les assurés. Berne, Herbert Lang éd, 1973 (thèse, Lausanne, 1972)

143.-RAIX A, MIGNÉE C. Psychopathologie du travail et du chômage. In: Edit. Techniques, Encyclopédie Médico-Chirurgicale. (Paris-France): Psychiatrie [(6)] 37-886-A-10, 1995, 8p.

144.-MARIN A, COTTEL. L'expertise des névroses post-traumatiques. Paris, Masson, 1969 (Rapport au Congrès de Psychiatrie et de Neurologie de langue française, Bruxelles, 1969) ; 158-161, 146-148.

145.-DALIGAND L, GONIN, D. L'expertise, lieu de constat du factice. Revue de Médecine Psychosomatique 1988; 16:33-38.

146.-MOUNIER B. Pour réfléchir sur les troubles factices avec symptômes physiques. Revue de Médecine Psychosomatique 1988; 16:13-18.

147.-PHARO P. Agir et pâtir au travail (souffrance morale et injustice). Revue de Médecine Psychosomatique 1989; 20:41-64.

148.-SWAIN G. Dialogue avec l'insensé. Essais d'histoire de la psychanalyse. Gallimard, 1994 ; 215-216.

149.-LOPEZ PIÑERO JM, MORALES MESEGUER JM. Neurosis y psicoterapia. Un estudio histórico. Madrid, Espasa-Calpe, 1970.

150.-VERHAEST S, PIERLOOT R. De la neurasthénie à la névrose asthénique. L'Evolution Psychiatrique 1981; 46(1): 183-199.

151.-LEVIN K. Freud's early Psychology of neuroses. A Historical Perspective. Pittsburgh, University of Pittsburgh Press, 1978 (éd. en español: México D.F., Fondo de Cultura Económica, 1985). 141-178.

152.-CHATEL JC, PEELE R. The concept of neurasthenia. International Journal of Psychiatry 1970; 9:36-49.

153.-CARLSON ET. The nerve weakness of the 19th century. International Journal of Psychiatry 1970; 9: 50-56.

154.-ABBEY SE, GARFINKEL PE. Neurasthenia and chronic fatigue syndrome: the role of culture in the making of a diagnosis. American Journal of Psychiatry 1991; 148(12):1638-1646.

155.-MORA G. Antecedent to Neurosis. International Journal of Psychiatry 1979; 57-60.

156.-Di MASCIO P. Comment naissent les théories? Le cas de la neurasthénie. L'évolution Psychiatrique 1986; 51(3):625-638.

157.-RABINDACH A. L'âge de la fatigue: Energie et fatigue à la fin du dix-neuvième siècle. URBI 1979;2:XXXIII-XLVIII.

158.-LAFARGUE P. Le droit à la paresse. Paris, Editions Mille et une nuits, 1994; p. 45, 54.

159.-ELLENBERGER H. Pierre Janet et l'analyse psychologique. In: A découverte de l'inconscient. Villeurbane, Simep, 1974; 273-343.

160.-SCHWARTZ L. Les névroses et la psychologie dynamique de Pierre Janet Paris, Presses Universitaires de France, 1955 ; 276-319, 342-350.

161.-FREUD S. Note bibliographique de H. Averbeck: Die akute Neurasthenie: ein ärztliches Kulturbild. Wiener med. Wochenschr. 1887; 37(5): 138. In: Sigmund Freud. Obras Completas, Buenos Aires, Amorrortu Editores, 1ère éd 1982; vol I:37-38.

162.-FREUD S. Correspondance à Fliess. In: Bonaparte M, Freud A, Kris E, eds. Aus den Anfängen der Psychoanalyse. Londres, Imago Publishing Co, 1950. (Cartas no 1 y no 2 (1897/1898). In: Los orígenes del psicoanálisis: correspondencia con W. Fliess y estudio preliminar por E. Kris. Madrid, Alianza Editorial, 1983).

163.-FREUD S. Psychische behandlung (Seelenbehandlung). In:Gesammelte Werke, Londres, Imago Publishing Co, 1942, vol 5:289-315. In: Sigmund Freud. Obras Completas. Buenos Aires, Amorrortu Editores, 1982; vol I:115-132.

164.-FREUD S. Ein fall hypnotischer Heilung nebst Bemerkungen über Entstehung hysterischer Symptome durch den “Gegenwillen”. Gesammelte Werke. Londres, Imago Publishing Co, 1952; vol 1:3-17. In: Sigmund Freud. Obras Completas. Buenos Aires, Amorrortu Editores, 1982; vol I:151-162.

165.-FREUD S. Introduction et notes de la traduction de J-M. Charcot, Leçons du mardi de la Salpêtrière (1887-1888). Poliklinische Vorträge. Leipzig, Deuticke, 1892-94; vol 1:iii-vi. In: Sigmund Freud. Obras Completas. Buenos Aires, Amorrortu Editores, 1982; vol I:167-177.

166.-FREUD S. Correspondance à Fliess. In: Bonaparte M, Freud A, Kris E, eds. Aus den Anfängen der Psychoanalyse. Londres, Imago Publishing Co, 1950. (Manuscrito A (1892?). In: Sigmund Freud. Obras Completas. Buenos Aires, Amorrortu Editores, 1982; vol I:215-217.

167.-FREUD S. Correspondance à Fliess. In: Bonaparte M, Freud A, Kris E, eds. Aus den Anfängen der Psychoanalyse. Londres, Imago Publishing Co, 1950. (Manuscrito B: la etiología de las neurosis (1893). In: Sigmund Freud. Obras Completas. Buenos Aires, Amorrortu Editores, 1982; vol I:217-223).

168.-FREUD S. Über die Berechtigung, von der Neurasthenie einen bestimmten Symptomenkomplex als “Angstneurose” abzutrennen. Gesammelte Werke. Londres, Imago Publishing Co, 1952; vol 1:315-42. In: Sigmund Freud. Obras Completas. Buenos Aires, Amorrortu Editores, 1982; vol III:91-115.

169.-STRACHEY J. Notes sur l’article: Sobre la justificación de separar de la neurastenia un determinado síndrome en calidad de “neurosis de angustia” (1895

[1894]). In: Sigmund Freud. Obras Completas. Buenos Aires , Amorrortu Editores, 1982; vol III:87-89.

170.-Correspondance à Fliess. In: Bonaparte M, Freud A, Kris E, eds :Aus den Anfängen der Psychoanalyse. Londres, Imago Publishing Co, 1950. (Manuscrito E: ¿Cómo se genera la angustia?. In: Sigmund Freud. Obras Completas. Buenos Aires, Amorrortu Editores, 1982; vol 1:228-234.

171.-BAER D, RAETZO MA, RESTELLINI A, STALDER H. Docteur, je suis fatigué. Médecine et Hygiène 1994 (année 52); no 2050:2599-2606.

172.-ORTH JP. La fatigue au quotidien. Paris, Odile Jacob, 1993.

173.-HANDKE P. Versucht über die Müdigkeit. Frankfurt am Main, Sukrlamp Verlag, 1989 (trad.franç.: Gallimard, 1991).

174.-HARDY GE, SHAPIRO DA, BORRILL CS. Fatigue in the workforce of Nationalk Health Service Trust: levels of syntomatologie and links with minor psychiatric disorder, demographic, occupational and work role factors. Journal of Psychosomatic Research 1997; 43 (1):83-92.

175.-REY-DEBOVE J, REY A. Ed. Le nouveau Petit Robert, Paris, Dictionnaires Le Robert, 2éme éd 1996.

176.-BUGARD P. Stress, fatigue et dépression. (L'homme et les agressions de la vie quotidienne). Paris, Doin, 1974; vol II:13-15.

177.-KENNEDY HG. Fatigue and Fatigability. *British Journal of Psychiatry* 1988; 153:1-5.

178.-BUGARD P. Stress, fatigue et dépression. (L'homme et les agressions de la vie quotidienne). Paris, Doin, 1974; vol II:182-209.

179.-MARTY P. Aspects psychosomatiques de la fatigue (1967). *Actualités Psychosomatiques* 1999, no2:153-178.

180.-MARTY P, FAIN M. L'importance du rôle de la motricité dans la relation d'objet. *Revue française de Psychanalyse* 1955; 19:205-322.

181.-BERRIOS GE. Feelings of fatigue and psychopathology: A conceptual history. *Comprehensive Psychiatry* 1990; 31(2): 140-151.

182.-SHORTER E. From paralysis to fatigue. A history of psychosomatic illness in the Modern Era. New York, First Free Paperback Edition, 1993; 295-323.

183.-FENOLLOSA VAZQUEZ P. Fibromialgia y Síndrome Doloroso Miofascial. *Dolor* 1991;6 (3): 177 (Ponencia de I Congreso Internacional de la Sociedad Española del Dolor).

184.-SHORTER E. The patients paradigme changes. In: Shorter E: From paralysis to fatigue. (A history of psychosomatic illnes in the Modern Era). New York, First Paperback Edition, 1993; 267-294.

185.-EHRENBERG A. La fatigue d'être soi. (Dépression et société). Paris, Odile Jacob, 1998;

186.-EISENBERG L. The social construction of mental illness. *Psychological Medicine* 1988; 18:1-9.

187.-WESSELY S. Old wine in new bottles: neurasthenia and “ME”. *Psychological Medicine* 1990, 20:35-53.

188.-PASTOR MIRA A, LOPEZ ROIG S, RODRIGUEZ MARÍN J, JUAN QUILIS V. Evolución en el estudio de la relación entre factores psicológicos y fibromialgia. *Psicothema* 1995; 7(3):627-639.

189.-M. HAYNAL A, GITNACH Y, LEOUSSI M. Le déprimé dans son corps. *Psychosomatique* 1988; 13:11-24.

190.-DU BOIS, R. La barbarie des corps. In: *Psychiatrie et corps: Hypochondrie, Névrose d'assurance, Hystérie*. Archives Suisses de Neurologie, Neurochirurgie et Psychiatrie, 1982; 31 (1):115-118.

191.-FEDIDA, P. La place du corps dans la relation psychothérapique et médicale. *Revue de Médecine Psychosomatique et de psychologie Médicale* 1976; 3(18): 237-260.

192.-ANSERMET F. “Le phénomène psychosomatique”. In: *Clinique de l'origine. L'enfant entre la médecine et la psychanalyse*. Lausanne, Payot, 1999; 139-170.

193.-TIEMERSMA, D. Body schema and body image. Amsterdam/Lisse, Swets & Zeitlinger, 1989; 11-15.

194.-GUIMÓN J. Du schéma corporel à l'image du corps. In: Guimón J, Fredenrich-Muhlebach A. Corps et Psychothérapies. Les Psychothérapies à médiation corporelle. Genève, Médecine et Hygiène, 1997 ; 21-36.

195.-CORRAZE, J. Introduction. In: Schéma corporel et Image du corps. Toulouse, Privat, 1973.

196.-ANDRE-THOMAS, L'Image de mon corps. In: Corraze J. Schéma corporel et image du corps. Toulouse, Privat, 1973 ; 163-185.

197.-SCHILDER, P. L'image du corps: étude de forces constitutives de la psyché. Paris, Gallimard, 1968 ; 295-316.

198.-LE GUERINEL N Images du corps. Schéma corporel. Moi corporel. In: Dechaud-Ferbus M, Roux ML, Sacco F: Les destins du corps. Toulouse, Ed. érès, 1994; 37-43.

199.-FERNANDEZ-ZOILA, A. (1992b). Le charnel dans la chair du corps. Revue de Médecine Psychosomatique 1992, 30/31: 97-112.

200.-TOUZE J. L'image du corps: des origines du concept à son usage actuel. Champ Psychosomatique 1996, 7:23-37.

201.-DAVID M, WALBRIDGE D. Boundary and Space. New York, Brunner/Mazel Inc, London, H. Karnac (Books) Ltd, 1981. (trad. franç.: Winnicott. Introduction à son oeuvre. Paris, PUF, 1992).

202.-POINSO, F. et cols. Sémiologie des troubles psychomoteurs. Edit. Techniques (Paris-France), Encyclopédie Médico-Chirurgicale. Psychiatrie [(1)] 37-117-A-10, 1993.

203.-MARTY, P., FAIN, M. L'importance du rôle de la motricité dans la relation d'objet. Revue Française de Psychanalyse 1955; 19:205-322.

204.-AULAGNIER, P. Naissance d'un corps, origine d'une histoire. In: Corps et Histoire. IVèmes Rencontres Psychanalytiques d'Aix-en-Provence, 1985. Paris, Belles Lettres, 1986; 99-143.

205.-PANKOW, G. Corps vécu et psychose. In: Le Corps en Psychiatrie. Paris, Masson, 1982 ;115-121.

206.-PANKOW, G. "Image du corps et médecine Psychosomatique". Evolution Psychiatrique 1993; 38:201-203.

207.-Mc DOUGALL, J. Un corps pour deux. In: Corps et Histoire. IVème Rencontres Psychanalytiques d'Aix-en-Provence, 1985; 9-43.

208.-Mc DOUGALL, J. Corps et langage. Du langage du soma aux paroles de l'esprit. Revue Française de Psychosomatique 1992; 2:69-95.

209.-ANSERMET F. Modèles psychopathologiques du phénomène psychosomatique chez l'enfant. Neuropsychiatrie de l'Enfance et l'Adolescence 1999, 47(3):161-168.

210.-RAIX A. Réflexions sur la sinistrose. Revue de Médecine Psychosomatique 1994; 5: 121-128.

211.-SAPIR, M. La relation au corps. Paris, Dunod, 1996.

212.-KAËS R. Fractures du lien social: quelques conséquences sur les fondements de la vie psychique. In: Sassolass M, de: Les soins psychiques confrontés au ruptures du lien social. Ramonville St-Agne, érès, 1997.

213.-GASSER J, STIGLER M. La clinique psychiatrique au temps du DSM-III-R. Revue Médicale de la Suisse Romande 1994;114:17-25.

214.-ELLENBERGER H. Aspects culturels de la maladie mentale (1960). In: Médecines de l'âme. (Essais d'histoire de la folie et des guérisons psychiques). Fayard, 1995; 431-447.

215.- SHORTER E. Cultural shaping. In:From the mind into the body. (The cultural origins of psychosomatics symtoms). New York, The Free Press Mc Millan International, 1994; 194-207.

216.-VERGELY B. La souffrance. Editions Gallimard, 1997; 187-189.

217.-ESCOBAR JJ. Immigration and mental health. Why are immigrants better off?. Archives of General Psychiatry 1998; 55:781-782.

218.-VEGA W, KOLODY B, AGUILAR-GAXIOLA S, ALDERETE E, CATALANO R, CARAVEO-ANDUAGA J. Lifetime prevalence of DSM-III psychiatric disorders among urban and rural mexican americans in California. Archives of General Psychiatry 1998; vol 55(sept): 771-778.

219.-MAISONDEU J. Entre exclusion du malade et malêtre de l'exclu: la souffrance du sujet nié dans son altérité. In: Sassolas M, de: Les soins psychiques confrontés aux ruptures du lien social. Ramonville St-Agne, érés, 1997 ; 13-23.

220.-ANDRIEU B. Les plaisirs de la chair. Pantin, Le Temps des Cerises, 1998 ; 9-27, 108-118.

221.-VANOTTI M. Invalidité: s'appuyer sur le modèle de la complexité. Cahier du Médecin Vaudois 2000; 2:6-7.

222.-ROUDI M. La douleur morale: une question de la médecine à l'éthique. In: Térissen R. éd: La Douleur Morale. Paris, Editions du Temps, 1996 ; 61-83.

223.-VERGELY B. La Souffrance. Editions Gallimard, 1997; 54, 74, 81, 183-184.

224.-LANTERI-LAURA G. Introduction historique et critique à la notion de douleur morale en psychiatrie. In: Térissen R. éd: La Douleur Morale. Paris, Editions du Temps, 1996 ; 9-28.

225.-VERGELY B. La Souffrance. Editions Gallimard, 1997; 28.

