

Congrès CNGE Tours 2018

Sommaire

Vendredi 23 novembre 2018, de 11h10 à 12h50

Modérateur :

Xavier GOCKO - CNGE Collège Académique

Intervenants :

Pascal CATHÉBRAS - Saint-Etienne

Erik WERNER - Oslo (Norvège)

LES TROUBLES SOMATOFORMES

Session animée par Xavier GOCKO, CNGE collège académique

I) Exposé du Professeur Erik Werner

II) Exposé du Professeur Pascal Cathébras

2

4

9

Les troubles somatoformes

Xavier GOCKO

Bonjour à toutes et à tous. On vous laisse vous installer. Bienvenue, nous allons parler durant 1 h 40 de patients souffrant de troubles somatoformes, de symptômes médicalement inexpliqués, de symptômes somatiques fonctionnels. Après une contextualisation et une problématisation de ma part, nous écouterons le Professeur Erik L WERNER qui est enseignant de médecine générale en Norvège. Il nous présentera son double article qui cherche à montrer des facteurs prédisposants pour un arrêt maladie, dans le cadre de ces symptômes.

Puis, nous écoutons le Professeur Pascal CATHÉBRAS, enseignant de médecine interne à Saint-Étienne – bienvenue, Pascal, merci beaucoup d'être là –, qui présentera son article, à savoir, la manière dont l'approche « centrée patients » peut répondre à ces symptômes.

Cette première diapositive est issue de la préparation de cette plénière, où Pascal m'a rappelé les différences entre les mots et l'importance de l'implicite sémantique. Lorsqu'un patient présente un trouble, en général il consulte son médecin généraliste, premier recours, et cela devient une plainte, et s'il l'exprime, cela devient un symptôme. Ce symptôme, s'il appartient à une entité nosologique connue, en quelques secondes, compte tenu de votre archétype expérientiel, vous le rajoutez, vous l'accotez à une maladie et tout va bien.

Brûlure en urinant, cystite.

Et parfois, une dame dit : « Quand je sors de la douche, j'ai des picotements sur tout le corps. Cela dure une heure, cela fait un an et je ne vous en ai pas parlé ». Là, il est plus difficile de le raccrocher à quelque chose.

Pourquoi une justification ? Pourquoi parler de ces troubles ? Souvent, les patients sont frustrés de leur prise en charge, du manque d'efficacité de ces traitements, et le tout peut constituer un fardeau. Vous connaissez ce concept développé dans la revue *Exercer*. Cela me permet de dire que je n'ai pas de conflit d'intérêts avec cette présentation, si ce n'est que je suis le directeur de la rédaction de cette revue, et que je peux la citer. Cela peut arriver. Merci.

Cela est également une difficulté de prise en charge pour les médecins. Cela nous met souvent en échec, ce que nous n'aimons pas beaucoup. Par conséquent survient le risque de catégoriser ces patients en « patients difficiles, pénibles, *hard think* » (pour un autre article d'*Exercer*). Par ailleurs, vous savez que l'on justifie souvent par la prévalence, qui n'est pas toujours un bon argument, mais là, cela est quand même très fréquent. Comme vous pouvez le voir, les chiffres sont très variables, mais il y a quand même beaucoup de patients qui expriment un symptôme en premier recours (environ un sur quatre).

Ensuite, nous avons souvent un problème clinique. Il peut y avoir un symptôme, mais il peut également y en avoir plusieurs. Ces symptômes peuvent persister (j'espère que ceux de cette patiente ne persisteront pas) ou disparaître comme ils étaient venus. Nous retrouvons quand même souvent un niveau élevé d'anxiété pour leur santé chez ces patients, même s'ils ne le disent pas (elle ne nous l'a pas dit) et une attention importante, voire exagérée, à leur corps. La plupart du temps, il n'existe pas de substratum organique et vous le verrez, Pascal le reprendra, tel est bien ce qui gêne les médecins. Et lorsqu'il y en a un, cela n'explique pas l'ampleur du phénomène et les traitements habituels ne fonctionnent pas. Il y a des comorbidités anxieuses et dépressives, mais d'emblée, la littérature nous dit qu'il n'y en a pas plus que pour d'autres pathologies dites organiques. Et vous voyez mes deux exemples :

- fibromyalgie et polyarthrite : même niveau d'anxiété ;
- syndrome du côlon irritable et maladie inflammatoire : même niveau d'anxiété.

Nous l'avons vu – et en tant que médecin de premier recours, nous le savons –, la sévérité est très variable. Cette patiente est repartie avec son symptôme que nous avons bien écouté (je ne dirai pas trop comment nous avons fait, car Pascal va vous le dire), mais c'est un symptôme qui, probablement, sera spontanément résolutif. Cependant, nous avons aussi des patients qui ont des fibromyalgies très handicapantes ou d'autres maladies chroniques. À ce moment-là, nous avons besoin de l'aide du deuxième et du troisième recours.

La littérature nous dit-elle quels sont les facteurs prédictifs de sévérité et d'itinéraires complexes ? Oui, un peu. Plus les patients ont des symptômes nombreux (la multiplicité), plus ils sont à risque. On le redit : le niveau élevé d'anxiété pour sa santé et (cela paraît presque un truisme, mais il faut le dire) la mauvaise qualité de vie personnelle et professionnelle.

Nous avons un autre problème (vous l'avez compris, j'ai essayé de faire une anaphore comme l'ancien président, avec les problèmes) pour le médecin, le problème est de nommer. Vous avez vu que j'ai volontairement changé le titre : vous êtes venus à « Troubles somatoformes », et nous sommes passés à « Médicalement inexplicables » et « Symptômes somatiques fonctionnels ». Nous aurions pu en faire d'autres, mais je laisserai à Pascal le soin de mieux vous expliquer le caractère protéiforme de la nosologie.

Pour le médecin, pourquoi nomme-t-on ? Premier nominaliste : Guillaume D'OCKHAM (même s'il ne l'était pas tellement). Mais, en tout cas, on nomme souvent pour transmettre. Dans les séminaires de pédagogie, il est dit : « C'est plus facile. La marguerite nous sert à transmettre ».

De plus, on nomme pour un diagnostic (nous aimons bien lorsqu'il y a un diagnostic). Dans la salle, nous percevons immédiatement la limite conceptuelle de ce mot inexplicable, car comment expliquer un symptôme médicalement inexplicable ?

Pour les patients nommer peut être reconnaître la souffrance, ce dont ils ont besoin.

L'un des derniers termes, le syndrome de détresse corporelle, nomme bien la souffrance, mais il convient de faire attention, car il a un implicite : détresse = psychologique. Et vous le savez, dès que l'on passe sur le côté psychologique, les patients trouvent cela rarement acceptable : ils n'y vont pas, ils n'ouvrent pas la porte ou ils mettent deux ans pour y aller.

Le problème est aussi la crainte de se tromper, de se dire : finalement, je ne suis pas si bon que cela en sémiologie, et pourtant, j'ai eu un excellent enseignant (Pascal). Du coup, l'eau chaude sur le corps qui pilote partout ne pourrait-il pas être un signe de leucémie ou un truc que j'ai loupé en hémato ? Car l'hémato n'était pas si évidente. Je n'en sais rien. Du coup, nous doutons. Par conséquent, nous allons peut-être multiplier les examens, les avis, les recours, et si après tous ces examens, nous annonçons que, finalement, ce n'était rien, cela participera également au manque de reconnaissance et de légitimité.

Dans les études, lorsque nous suivons les patients que nous avons catégorisés en fonctionnel, seuls 0,5 % des diagnostics initiaux sont remis en question. Si nous faisons une réévaluation immédiate après l'avis du médecin et que nous réalisons beaucoup d'examens, nous montons à 8 %. Tout cela est quand même faible l'on voit que l'on fait le bon diagnostic. Bien sûr, vous constatez des chevauchements dans vos cabinets. Le patient lombalgies chroniques et cervicalgies chroniques est à même de développer un symptôme somatique fonctionnel.

Il existe également des chevauchements entre syndromes somatiques fonctionnels. Ne prenez pas peur : sur cette belle diapositive en anglais qui essaie de nous dire les facteurs étiologiques de ces symptômes (voilà du français), il y a des facteurs prédisposants, mais également des facteurs précipitants. Et puis, il y a des facteurs qui chronicisent et qui entretiennent. Vous voyez qu'une maladie ancienne ou une maladie actuelle peuvent être des facteurs prédisposants. S'il y a des questions, nous parlerons d'épigénétique, mais s'il n'y en a pas, cela pourra m'arranger.

En revanche, nous pouvons, comme diraient les psychiatres, faire un focus sur des événements de vie, de l'enfance ou actuels, qui ne sortiront ni lors de la première ni lors de la deuxième ni lors de la troisième consultation, malgré la médecine narrative (pour faire suite à la précédente plénière), mais qui prendront du temps.

Ensuite, nous avons les sciences cognitives qui s'intéressent maintenant à ces symptômes et qui nous disent que le système nerveux central est peut-être bayésien, qu'il fait des paris, et que du coup, nous construisons notre environnement par paris, y compris l'état de notre corps. Vous comprenez donc que ces patients feraient un mauvais pari, un pari qui dit que leur corps n'est pas en bonne santé. Il existait également des théories un peu plus connues aussi sur un excès de nociception. Vous voyez donc que l'on peut rester au niveau du début, avec un symptôme qui va disparaître ou se chroniciser et aller jusqu'au handicap.

Bien sûr, la prise en charge est un vrai problème. Je ne vais pas vous dire grand-chose là-dessus, à part, comme Christian GHASAROSSIAN qui a parlé de Descartes, sa faculté : éviter le piège dualiste de Descartes, de trop séparer le soma et la psyché et bien penser que ce n'est pas une réaction psychique à des symptômes physiques ni une dépression cachée, raccourci que l'on a tendance à faire. La prise en charge est compliquée. Il faut prendre au sérieux les symptômes, éviter des investigations trop nombreuses, car elles focalisent l'attention du patient et du médecin sur les maladies organiques et elles peuvent, en une causalité circulaire, créer les symptômes ou les entretenir. Bien sûr, la piste est l'approche globale centrée sur le patient et la communication. De nombreuses études disent que les psychiatres et thérapeutes sont meilleurs que nous pour cela. En aparté, Vincent RENARD nous disait, juste avant la plénière, qu'en tant que généralistes, nous avons des progrès à faire là-dessus, même si nous étions très centrés patients et que nous connaissions l'approche globale. Je crois qu'il a raison. Par ailleurs, nous sommes obligés d'en faire, car lorsque nous envoyons les patients chez le psychologue ou chez le psychiatre, non remboursés, ils ne sont pas toujours d'accord. Je vous remercie pour votre attention.

Nous allons poser des questions, mais je vous propose d'écouter d'abord Erik L WERNER. Puis, nous ferons une petite pause de questions avant l'intervention de Pascal CATHÉBRAS.

1) Exposé du Professeur Erik Werner

Erik WERNER

Merci Xavier. Merci de l'invitation. C'est un plaisir d'être ici. J'espère que vous comprendrez mon français. Je vous assure que c'est très compliqué avant. Je vais vous présenter une étude que nous avons faite en collaboration avec le groupe Jean-Paul CANEVET et Cédric RAT à Nantes. Il s'agissait d'une étude sur des médecins, leur évaluation de l'arrêt de travail parmi des patients de symptômes physiques médicalement non expliqués. L'étude a été organisée en Norvège. On a fait le Danemark, la Suède, les Pays-Bas et la France. Pour l'instant, nous avons fait trois publications, dont une en français.

Xavier vient bien d'expliquer la terminologie « SPMNE » qui est très compliquée, mais il s'agit quand même de douleurs non expliquées, de fatigue, de malaises, de côlon irritable, d'allergies non expliquées. Il est intéressant de constater que presque tous les patients ont un nombre important de ces symptômes. Il n'y en a pas un, mais plusieurs pour chaque patient.

Pourquoi cet intérêt pour ces symptômes ? Car les patients de symptômes non expliqués constituent la plupart des arrêts de travail prolongés. Surtout en Norvège, l'arrêt de travail est particulièrement intéressant, parce nous avons le plus grand nombre de patients en arrêt par rapport au reste de l'Europe.

L'étude a commencé dans mon cabinet. J'ai demandé des patients qui, je le savais, réunissaient une ou plusieurs conditions de symptômes non expliqués et pour lesquels la

consultation se terminait souvent par un arrêt de travail. J'ai donc filmé sur vidéo une vingtaine d'histoires, des consultations avec des patients. Ensuite, dans mon équipe de recherche, nous avons choisi parmi eux 9 cas qui ont le mieux illustré la complexité de ces conditions. Puis, nous avons refilmé ces 9 vignettes avec des acteurs et des actrices dans le rôle des patients. Les acteurs ont bien sûr regardé très attentivement l'original pour refaire le ton de voix, les gestes. C'était très original.

Enfin, nous avons montré les 9 vignettes à 126 médecins généralistes scandinaves et nous leur avons demandé de répondre à un questionnaire démographique, de donner trois diagnostics principaux pour chacune des vignettes et enfin, de faire une évaluation de décision d'arrêt de travail : « Voulez-vous, oui ou non, donner un arrêt de travail à ces patients ? »

Je vais vous montrer une petite pièce de l'une des vignettes. Elles commencent par : « Je donne un résumé de l'histoire médicale des patients et de la consultation ».

Projection de vidéo, en norvégien (19.48 à 22.47)

Erik WERNER

La vidéo continue pendant 15 minutes, mais vous en avez une idée. Cette jeune femme a eu plus de 25 diagnostics de la part des médecins norvégiens, diagnostics qui étaient tous corrects lorsque l'on écoute l'histoire. Les patients ont un grand nombre de diagnostics. Il en est de même pour les 9 cas : lorsque la question d'un arrêt de travail s'est posée, il est intéressant de constater que les médecins généralistes en Scandinavie étaient d'accord pour donner un arrêt à 6 cas, mais ils n'étaient pas sûrs pour 3 cas. Nous avons pensé que les médecins généralistes scandinaves avaient la même culture. Cela est peut-être différent en Europe. Ainsi, nous avons eu la chance de trouver l'équipe Jean-Paul à Nantes. Grâce à eux, nous venons en France, à Nantes, où nous avons réuni 46 médecins généralistes à Nantes et à La Roche-sur-Yon. Ils ont regardé les mêmes 9 vidéos et ont répondu au même questionnaire. Il y a donc également, en France, un grand nombre de diagnostics différents qui sont donnés par des médecins. Il est encore plus intéressant de voir qu'il s'agit exactement de la même distribution : qui sont les patients auxquels on a voulu donner un arrêt de travail, 2, 6 ou 9 ? Nous n'en étions pas sûrs, en France non plus. Pour ma part, je trouve cela intéressant. Les patients sont évidemment les mêmes et les médecins jugent également de la même façon. Ce sont des conditions non expliquées. Il n'y a pas des données objectives.

Nous avons choisi de faire la même chose aux Pays-Bas. En effet, aux Pays-Bas, ce n'est pas les médecins généralistes qui font l'arrêt de travail, mais des médecins du travail ou des médecins d'assurance. Ils sont employés par l'employeur du malade ou pas de la caisse d'assurance, et par rapport à la relation aux patients, leur rôle est donc complètement différent. Au niveau de ces vidéos, cela va-t-il influencer sur la décision ?

À Utrecht, à Amsterdam, nous avons réuni 93 médecins de travail et médecins d'assurance qui ont regardé les mêmes vidéos et répondu au même questionnaire. Il s'agit exactement la même distribution, par rapport au choix des patients auxquels un arrêt de travail a été donné et ceux qui n'en ont pas eu, ce qui est très intéressant. Nous observons une différence – les médecins suédois et les médecins hollandais étaient un petit peu plus stricts que les médecins de Norvège, du Danemark et de France –, mais la distribution était exactement la même.

Encore une fois, ce sont des patients sans symptômes objectifs, sans données, qui ont plusieurs symptômes non expliqués. Qu'y a-t-il chez les patients ou dans la consultation qui fait que des médecins de différents pays prennent la même décision ? Nous avons donc fait une étude secondaire : quels sont les déterminants qui augmentent la probabilité d'un arrêt de travail ? (Cela est également publié.) L'arrêt de travail, qui lequel est évidemment plus ou moins demandé par le malade, il provoque le malaise des médecins, car nous ne savons pas exactement quoi faire. De plus, les symptômes augmentent la probabilité d'un arrêt de travail.

Quels sont les déterminants qui font que presque tous les médecins font le même choix quant à la question d'arrêter le travail chez le patient de symptômes inexpliqués ? L'étude des déterminants est une étude sur ce que l'on appelle le *tacit knowledge* (connaissances tacites, j'ignore si l'on peut le dire ainsi en français). Il s'agit d'une connaissance ressentie par le médecin, mais qui est difficile à expliquer. Dans la littérature, nous avons trouvé des facteurs dont nous connaissons l'influence sur les évaluations. Ces facteurs sont les suivants :

- capacités fonctionnelles ;
- capacités à susciter l'empathie ;
- cognition et comportement vis-à-vis de l'arrêt de travail ;
- style d'adaptation chez le patient ;
- bénéfices secondaires éventuels ;
- attente explicite à d'un certificat d'arrêt de travail de la part du patient ;
- situation sociale ;
- objectif clair pour l'arrêt de travail ;
- comorbidité psychiatrique ;
- congruence des symptômes et des conditions médicales.

Nous savons que tous ces facteurs peuvent augmenter la probabilité d'avoir un arrêt de travail.

De plus, après avoir étudié très attentivement les 9 vignettes, nous avons constaté que les 6 cas étaient plus porteurs de ces facteurs que les autres : plus de facteurs, plus de probabilités d'obtenir un arrêt de travail.

Pour conclure :

les médecins généralistes de pays différents sont homogènes dans leur évaluation d'arrêt de travail chez des patients symptômes non expliqués ;

la proximité au patient est un déterminant fort pour cette évaluation (cela signifie que la relation entre le médecin et le patient n'est pas la même en Suède et aux Pays-Bas) ;

de nombreux facteurs de la décision constituent des connaissances tacites (facteurs dont je viens de parler) ;

la connaissance de ces facteurs pourrait permettre de mieux comprendre le nombre des arrêts de travail pour les patients de symptômes non expliqués.

Voilà. Je remercie les équipes de tous les pays qui ont permis ces études.

Questions de la salle

Xavier GOCKO

Nous allons prendre une série de questions, mais nous vous demanderons, s'il vous plaît, qu'elles portent uniquement sur le travail d'Erik. En effet, la présentation de Pascal et la mienne étant complémentaires, nous poserons les questions à leur sujet en fin de plénière (car nous allons vous faire une petite entrée dans la nosographie). Merci, s'il vous plaît, de formuler des questions courtes.

Patrick TABOURING (Luxembourg)

Je voulais juste faire une brève intervention. J'ai regardé les slides des différents pays. J'ai vu que le Luxembourg ne se situe pas mal (au milieu, près de la France, et je crois, juste avant la Hollande) et je vois que la Grèce et la Bulgarie sont tout en bas. J'ose penser que le système de santé est en grande partie responsable, car, dans ces pays-là, si je ne vais pas au travail, « je suis foutu ». Qu'en pensez-vous ?

Erik WERNER

Si j'ai bien compris, vous me demandez si le système social des pays influe. Bien sûr. On dit que, chez nous, en Norvège, nous avons les meilleures conditions pour les patients



en arrêt de travail, car nous sommes les seuls à rembourser 100 % des salariés pour un an (ce qui est beaucoup). Et bien sûr, cela influe énormément. Je suis d'accord.

Alice PERRIN (Tours)

Je trouve ce travail très intéressant. En effet, à l'heure où, en France notamment, de nombreuses discussions ont lieu sur les arrêts de travail de longue durée et sur la manière dont ils pourraient être réduits (car ils coûtent extrêmement cher à la société), pourrions-nous faire un raccourci par rapport à vos résultats et dire que, finalement, avoir des actions envers les médecins ce serait assez inefficace ?

Erik WERNER

Si je comprends la question, vous demandez si l'on peut agir sur les médecins pour réduire les arrêts de travail. Oui, on pourrait peut-être, mais cela ne nous aiderait pas beaucoup. Il faut savoir que chaque arrêt de travail est un produit des médecins, mais également des malades et de l'employeur et, comme nous l'avons dit, de la société (la société du service social). Personnellement, je pense que l'employeur, les endroits où l'on travaille et les conditions sociales ont plus d'intérêt que le médecin.

Alexandre VITRY (Lille)

Merci beaucoup pour votre intervention et pour votre remarquable travail. Je voulais savoir si les trois patients auxquels l'on prescrivait le moins d'arrêts de travail étaient les patients les moins coercitifs envers le médecin, ou les patients les plus dociles. Ou alors, les patients auxquels l'on donne le plus d'arrêts de travail sont-ils les plus agressifs ou ceux qui poussent le médecin à bout, jusqu'à ce que l'arrêt de travail soit le moyen le plus facile de les faire sortir du cabinet ? Cela a-t-il été évalué ?

Erik WERNER

Non, nous ne l'avons pas évalué. Nous avons évalué sur les 9 déterminants que j'ai présentés. J'ignore si les autres conditions que vous avez demandées comptent. Je ne sais pas, cela se pourrait.

Julie GILLES DE LA LONDE (Paris)

Merci pour votre travail et félicitations pour votre français. J'ai deux questions. Premièrement, par rapport à la notion d'arrêt de travail, ce que vous avez fait était-il transversal ? À un moment donné, le patient est mis, ou non, en arrêt de travail, mais la durée de l'arrêt est-elle prise en compte ? En effet, dans la pratique clinique, outre la notion de l'arrêt, l'enkystement sur la durée nous rend très impuissants.

Deuxièmement, sur l'histogramme, il me semble que sur 2 cas (peut-être le 3 et le 6), le différentiel est un peu plus important entre les pays. Ces différences ne sont peut-être pas du tout significatives, mais vous êtes-vous interrogés plus spécifiquement sur ces cas-là, afin de savoir pour quelle raison ils seraient moins propices au consensus ? Les patients ont-ils des caractéristiques particulières ? Est-ce les plaintes qui changent ?

Xavier GOCKO

Julie, peux-tu répéter la première question ?

Julie GILLES DE LA LONDE (Paris)

Était-ce juste arrêt de travail, oui ou non, ou était-ce également la prise en compte de la durée ?

Erik WERNER

Pour la simplicité dans les résultats, nous étions sur oui ou non. Mais chez nous, en Norvège, et peut-être ici aussi, nous pouvons tout à fait donner un arrêt partagé en mi-

temps, par exemple 60 % ou 70 %. Nous détenions également ces résultats, mais leur comparaison entre les pays étant trop compliquée, nous avons donc finalement opté pour oui ou non. Concernant la durée, nous ne l'avons malheureusement pas demandée. J'ai oublié la deuxième question.

Julie GILLES DE LA LONDE (Paris)

Sur l'histogramme, pouvons-nous considérer que les cas 3 et 6 sont un peu différents ?

Erik WERNER

Non, nous n'avons pas fait d'analyse sur ce point. En revanche, nous avons trouvé que les médecins suédois et hollandais étaient un peu plus stricts et que la différence entre les pays est d'environ 20 % en moyenne.

Julie GILLES DE LA LONDE (Paris)

Cela est donc lié aux médecins, mais non aux patients ?

Erik WERNER

Oui, aux médecins.

Julie GILLES DE LA LONDE (Paris)

Merci.

François GARNIER (Angers)

Bonjour à vous. J'ai trouvé cela passionnant et j'ai regardé très attentivement votre vignette clinique. Pour ma part, un diagnostic m'a sauté aux yeux, mais je vais le dire avec prudence. C'est une hypothèse-diagnostic très violente. Mon hypothèse-diagnostic est que cette femme a subi des violences sexuelles dans l'enfance avec des fellations forcées. Et donc, ma question très précise est la suivante : l'un des médecins de votre panel a-t-il fait cette réponse, lorsque leur diagnostic leur a été demandé ? Je sais que, en Norvège, la prévalence des violences sexuelles est au moins celle de la France.

Erik WERNER

Nous ne l'avons pas demandé. Je n'ai pas de réponse à votre question. Je suis désolé.

Henri PARTOUCHE (Paris-Descartes)

Il faut quand même féliciter François pour son diagnostic. Ce qui est analysé, l'outcome final, c'est sick liv. Mais comme nous sommes sur les plaintes inexpliquées, par rapport à ces patients, il est intéressant de voir que l'on en arrive à l'arrêt de travail, car nous n'avons pas de proposition thérapeutique pour la résolution de leurs symptômes. À cet égard, un questionnaire a-t-il été remis aux médecins : quelles propositions thérapeutiques feriez-vous pour réduire la durée des symptômes ?

Erik WERNER

Oui, en effet, un questionnaire a été donné et nous avons demandé aux médecins, quels seraient leurs choix pour soigner les patients. La plupart ont choisi des méthodes psychiatriques pour traiter presque tous les patients. Mais nous n'avons fait d'analyses exactes de cela.

Xavier GOCKO

Nous prenons une dernière question, puis vous pourrez en poser d'autres à la fin.

William DURIEUX (Bordeaux)

Qui était intéressé pour financer votre travail ?

Erik WERNER

Oui, c'était compliqué. Pour les pays scandinaves, le travail était financé par des groupes de recherche norvégiens. En France, c'était Jean-Paul...

Intervention hors micro.

Un intervenant

Les médecins ont été rémunérés 15 C par jour par les ARS sur un fonds. Est-ce cela, Jean-Paul ? Oui.

Erik WERNER

Et aux Pays-Bas, le travail a été financé par la Sécurité sociale norvégienne.

Xavier GOCKO

Merci beaucoup, Erik. Merci pour les questions. Nous pouvons applaudir Erik encore une fois pour son français. Je laisse Pascal CATHÉBRAS s'installer. J'ai oublié de dire qu'en Norvège, comme chez nous, on est enseignant à mi-temps à l'université et l'autre mi-temps s'effectue dans son cabinet, ce qui est le cas d'Erik. En revanche, on intervient très tôt, dès le 2e cycle, en binôme, dans tous les cours. Il y a des choses super en Norvège. Pascal, à toi.

II) Exposé du Professeur Pascal Cathébras

Professeur Pascal CATHÉBRAS : Merci Xavier. Merci beaucoup. Je suis très heureux d'être là, pour parler d'un sujet qui me passionne. Après avoir discuté avec Xavier hier, j'ai cherché un titre. Je suis médecin interniste et pour moi, les problèmes des troubles fonctionnels sont les troubles fonctionnels chroniques invalidants. Je suis en 2e ou 3e recours, et par conséquent, vous êtes beaucoup plus compétents que moi pour régler les problèmes fonctionnels. Pour ma part, la problématique que je connais vraiment est celle des symptômes fonctionnels chroniques et invalidants.

Ensuite, j'ai voulu utiliser le mot construire, la manière dont justement ces troubles chroniques se construisent. Car, l'un des messages que j'aimerais essayer de faire passer est le suivant : ces troubles chroniques qui se construisent. Bien sûr, il y a le patient, son histoire de vie, éventuellement des traumatismes, pourquoi pas, fréquents, mais il n'y a pas que ça. Il y a son patient, sa psychopathologie, ses symptômes eux-mêmes. De plus, il y a son interaction avec le système de santé, son interaction avec les médecins. Là, il ne s'agit plus d'un seul médecin, mais souvent d'une kyrielle de différents médecins spécialistes. Il s'agit donc de cette construction, de l'ensemble du système de soins et de l'ensemble de la société. L'idée est que tout cela se construit.

Mais en réalité, comment pouvons-nous faire pour essayer de déconstruire ? Car, être thérapeutique consiste à s'interroger sur la façon dont nous allons essayer de déconstruire. Il faut donc, au moins, faire passer le message qu'une partie de ces problématiques de somatisation ou de troubles fonctionnels invalidants et chroniques sont de la iatrogénie et que le premier travail que nous pouvons faire est d'essayer de réduire cette iatrogénie.

Après trente ans de travail sur la question, je vais commencer par quelques-uns des problèmes qui me paraissent centraux.

La première chose, si cela est possible, est qu'il faut avoir un peu de recul épistémologique sur les troubles fonctionnels (nous verrons pour quelle raison j'emploie la dénomination troubles fonctionnels). Il faut comprendre qu'ils ont une histoire et qu'ils ont des représentations sociales. Ici, par exemple, j'ai essayé de contraster l'hystérie de

conversion à La Pitié Salpêtrière chez Charcot en 1880, et la fatigue chronique au début du XXe siècle et à la fin du XXIe siècle, avec un combat pour la légitimité du diagnostic de fibromyalgie. On imagine mal les hystériques de Charcot défiler dans la rue en disant l'hystérie, c'est bien réel, nous sommes vraiment malades. La société change donc et évidemment, la vision sur les troubles fonctionnels, ainsi que la façon dont ils sont conçus et construits socialement va se modifier et changer les choses.

L'autre point est le suivant : lorsque l'on dit à un patient qu'il n'a rien, on s'attend à ce que tout le monde soit soulagé et content, mais ce n'est pas du tout ce qui se passe. C'est ce que Balint nous a appris : le malade reste avec ses symptômes qui le font souffrir, mais il souffre aussi de l'incertitude (pourquoi j'ai tout ça) et de ce manque de légitimité médicale par rapport à ses symptômes. Quant au médecin, sa situation n'est pas meilleure, car lui aussi souffre beaucoup de cette incertitude, car il est très difficile de ne pas savoir. Cela est peut-être un peu moins difficile pour les généralistes qui sont plus des professionnels sachant « travailler dans l'incertitude », mais pour un jeune interniste, cela est insupportable. Le médecin se rend donc compte qu'il est très difficile de rassurer, ce qui crée une souffrance. De plus, il a également beaucoup de mal à soulager. Tous ces facteurs de souffrance sont donc en miroir entre le médecin et le patient.

Les médecins ont, en premier lieu, la crainte de faire des erreurs de diagnostic et ont du mal à gérer l'incertitude. Les symptômes fonctionnels sont, par définition, médicalement inexpliqués. Mais l'absence de preuve d'organicité n'est pas la preuve de l'absence, d'où cette crainte (souvent surévaluée par les médecins) de laisser passer une cause organique. Et justement, lorsque l'on parle de « symptômes médicalement inexpliqués », s'il n'y a pas cette cause, on sort finalement du médical. Ce n'est pas anodin. Mais en même temps, ce qui va entraîner des investigations complémentaires, et éventuellement des consultations spécialisées, etc., va de pair avec la méconnaissance du rôle iatrogène que peuvent avoir toutes ces investigations, ces avis spécialisés, qui vont contribuer (c'est ce que je vais essayer de montrer) à la construction des situations réfractaires, de somatisation.

De plus, quand on leur pose la question, les médecins disent souvent que c'est souvent que ce sont les patients qui les poussent à faire des examens, à demander des IRM, à demander des examens de laboratoire, etc. Mais les études empiriques ne montrent pas du tout cela. Elles montrent qu'en réalité, les médecins devancent souvent les malades dans leurs demandes d'examens complémentaires. Les médecins ne sont pas aussi souvent qu'ils le disent poussés par les malades à répondre par des examens complémentaires. Comme l'a dit Xavier, les erreurs de diagnostic sont finalement assez rares et ont assez rarement des conséquences vraiment négatives. Cependant, le médecin ne se pardonne jamais d'avoir laissé passer quelque chose d'organique, même s'il n'y avait aucune conséquence pratique. En revanche, il ne se reprochera jamais d'avoir contribué à construire une situation réfractaire, en multipliant les investigations.

Ces investigations sont souvent faites dans un but de réassurance. Je vais essayer de rassurer. Mais en fait, comme disait Balint, rassurer ne veut pas dire grand-chose dans cette situation de troubles fonctionnels invalidants. En effet, rassurer un patient paralysique qui souffre d'un syndrome de conversion en lui disant qu'il n'y a pas de maladie neurologique ne rassurera ni sa famille ni le malade. Donc effectivement, comme disait Balint, dans certains cas, la maladie fonctionnelle est nettement le danger le plus grand, mais nous avons quand même, dans notre tête, une espèce de hiérarchie implicite de ce qui est grave et de ce qu'il ne faut pas manquer, et plus c'est biologique, moins il faut le manquer.

Par conséquent, nous faisons des examens complémentaires dont nous attendons un résultat négatif en pensant que cela aidera à la réassurance, mais en réalité, cela ne passe pas ainsi. Pourquoi cela ne fonctionne-t-il pas comme cela ? Car, premièrement, nous allons enfermer les malades dans un double lien. En faisant des examens, nous allons nourrir la conviction que l'on a quelque chose à chercher qu'il faut trouver. Nous les enfermons donc. Mais tant que l'on n'a pas trouvé, le médecin annonce qu'il faut continuer. Cet examen est négatif, mais il faut que vous en fassiez à une autre.

Nous demandons donc des examens. Or, cela renforce l'anxiété lors de l'attente des résultats, ce qui implique une focalisation majorée sur les symptômes qui est l'un des mécanismes les plus importants dans la construction d'états de somatisation réfractaire. Lorsque les examens sont négatifs, cela décevra les attentes d'explication et rassurera transitoirement. Mais, les patients les plus anxieux (et nous avons vu que beaucoup d'entre eux étaient anxieux) seront rassurés à très court terme et il y aura un rebond de l'anxiété et la focalisation sur les symptômes restera et ils diront : « Il faut que je voie un autre spécialiste, il faut que je fasse d'autres examens complémentaires, ce n'étaient pas les bons, j'ai d'ailleurs j'ai bien vu que mon docteur hésitait, qu'il ne savait pas trop ce qu'il fallait me demander, etc. »

Cela accroît donc l'incertitude, l'angoisse, favorise l'adoption d'un rôle de malade, contribue ainsi à la chronicité. Au pire, cela peut également faire découvrir des anomalies complètement incidentales qui n'ont plus rien à voir : « Il y a un petit peu d'anticorps antinucléaires, il faut donc aller voir l'interniste, car c'est peut-être un lupus et j'ai bien vu sur internet que le lupus fatigue, pourquoi ne l'aurais-je je n'aurais, etc. ». Vous imaginez donc tout ce qu'il se passe en termes de réassurance : on a fait le contraire de ce que l'on espérait.

Ensuite, il existe les problématiques des termes utilisés pour rendre compte de ces situations (dont vous pouvez ici voir une liste), ce qui constitue un réel problème (mais nous n'avons pas le temps de nous arrêter sur chaque terme).

Pour ma part, j'utilise souvent le terme "symptômes fonctionnels", car certaines études ont clairement montré que le terme fonctionnel était le moins stigmatisant pour les malades. De plus, fonctionnel peut aider justement à construire une explication. Fonctionnelle, c'est détraqué, mais non cassé : c'est le logiciel qui bug, mais l'ordinateur n'est pas cassé ; nous pourrions donc peut-être travailler sur le logiciel sans changer l'ordinateur. Ce terme est donc, à mon avis, acceptable.

Médicalement inexpliqué. Le problème est qu'il s'agit d'une définition complètement négative, comme si cela faisait sortir toutes les plaintes du champ de la médecine sans explication organique, et comme si cela allait forcément renvoyer implicitement à une problématique psychique.

Le terme de plainte a quand même un certain intérêt, car il va décaler la question du symptôme vers le recours aux soins. Pour un symptôme donné, qu'est-ce qui fera que je vais aller chercher des soins ou pas ? Ici, il y a des antécédents, comme les violences sexuelles subies autrefois, dont nous savons que cela augmente le recours aux soins. Mais il y a aussi d'autres choses, par exemple : qu'avons-nous appris lorsque nous étions petits sur l'opportunité d'aller voir le docteur ? Vous emmenait-on voir le docteur chaque fois que vous aviez mal au ventre ? Des choses comme cela seront apprises tout à fait simplement, le système de soins va pouvoir jouer un rôle, etc.

Cette question du recours aux soins est importante si l'on s'intéresse, par exemple, aux troubles fonctionnels intestinaux, ce qui est excessivement fréquent dans la population générale. Mais, nous savons que seule une petite partie de personnes qui ont des troubles fonctionnels intestinaux invalidants vont consulter beaucoup, vont être de forts consommateurs de soins, vont avoir des examens complémentaires. Et effectivement, l'un des déterminants de cela est la détresse et les antécédents traumatiques (mais pas qu'il y en a d'autres).

Nous reviendrons à la problématique des troubles somatoformes, car en fait, ce terme devrait avoir disparu. En effet, sous prétexte d'absence d'explication organique, ce terme sous-entendait qu'il s'agissait nécessairement de troubles psychiatriques. Cela se trouve donc dans une classification psychiatrique, le DSM, inventé dans le DSM-III poursuivi dans le DSM-IV, disparu à peu près dans le DSM-V au profit de ce que l'on appelle maintenant les troubles à symptomatologie somatique. S'agit-il simplement d'un toilettage ou est-ce autre chose ?

Premièrement, ce n'est pas simplement un toilettage, car nous nous intéressons aux symptômes. Mais là, contrairement à la catégorie des troubles somatoformes, nous

n'avons plus besoin que ces symptômes soient complètement médicalement inexpliqués. Ils peuvent avoir un substratum organique, au moins partiel, ce qui ne gêne pas pour porter ce type de diagnostic.

Deuxièmement, à l'inverse des troubles somatoformes, il faut qu'il y ait des critères psychocomportementaux, par exemple, une inquiétude élevée vis-à-vis de ces symptômes pour porter un diagnostic. Il s'agit de la catégorie centrale, de la catégorie-clé des troubles à symptomatologie somatique. Cela nous permet donc d'avancer un petit peu, de communiquer un peu mieux avec le patient. Car, tous les mots que nous avons vus tout à l'heure posent un problème en termes de communication entre soignants, entre médecins, entre psychiatres, médecins, etc., et bien sûr, avec le malade. Comment dire à quelqu'un : « Je sais très bien ce que vous avez : cela s'appelle un trouble somatoforme indifférencié ». Qu'est-ce que le malade peut-il faire d'un truc pareil ? Évidemment, pas grand-chose. Cela permet donc d'être agnostique sur la cause et de travailler sur les mécanismes, comme les facteurs psychologiques d'aggravation, de pérennisation. Il s'agit donc quand même d'un petit progrès.

Les troubles somatoformes et les troubles à symptomatologie somatique sont quand même des catégories du DSM-V développées par les psys. Les sémanticiens, au sens large, les spécialistes d'organes, par exemple, ont développé d'autres catégories que l'on va utiliser aussi, qui sont les syndromes somatiques fonctionnels.

Que sont les syndromes somatiques fonctionnels ? Il s'agit essentiellement des catégories résiduelles du diagnostic différentiel des spécialistes d'organes : « J'ai passé tous les tuyaux, je suis gastro-entérologue, le mal au ventre et des troubles du transit s'appellent un trouble fonctionnel intestinal, un intestin irritable. Il est très fatigué. Nous avons fait tous les examens depuis des mois et on n'a rien trouvé du tout. Cela s'appelle donc une fatigue chronique ou pour le rhumatologue, mal partout, mais ce n'est pas un rhumatisme inflammatoire, j'appelle ça la fibromyalgie, et ainsi de suite ». Ces catégories sont fondées sur des symptômes prédominants. Ces catégories-là doivent de plus en plus être considérées comme des catégories susceptibles d'être l'objet d'un diagnostic positif, et pas seulement d'un diagnostic d'élimination. Par exemple, nous n'avons pas besoin d'avoir exclu tous les rhumatismes inflammatoires pour parler de fibromyalgie, car nous savons très bien (l'épidémiologie le montre parfaitement) que la coexistence d'un syndrome fibromyalgique et d'un rhumatisme inflammatoire est très fréquente. Le problème serait d'augmenter les traitements de biothérapie ou autres, par exemple pour un patient fibromyalgique qui aurait un rhumatisme inflammatoire contrôlé, mais qui, en revanche, aurait une fibromyalgie non prise en charge.

Parfois, les catégories sont fondées sur des mécanismes physiopathologiques présumés ou plausibles, comme le syndrome d'hyperventilation.

Nous n'aurons évidemment pas le temps d'entrer dans le détail des catégories qui sont non plus fondées sur des symptômes, mais sur des attributions causales souvent des attributions très contestées. L'hypersensibilité chimique multiple, l'électrohypersensibilité, la maladie de Lyme chronique en sont de bons exemples.

Est-ce la même chose ou pas ?

Les syndromes somatiques fonctionnels sont fréquemment associés entre eux, ce que de nombreuses études démontrent. Ils sont associés à des facteurs de risques communs, par exemple des antécédents de traumatismes, des antécédents de troubles psychiques de dépression et d'anxiété qui ne sont pas toujours des antécédents actuels. Comme Xavier l'a dit, il n'y a pas toujours une surmorbidity au temps T, mais des antécédents deux fois plus importants de dépression et d'épisodes anxieux chez les patients ayant des troubles fonctionnels peuvent avoir lieu. Des similarités en termes de traitement ont également fait leurs preuves, comme les thérapies comportementales et cognitives, certains antidépresseurs, l'exercice physique, etc.

De nombreux praticiens, spécialistes et experts pensent que les syndromes somatiques fonctionnels sont un artefact de la spécialisation médicale, et en fait, chaque spécialité porte le diagnostic du sien. Si vous demandez à vos patientes fibromyalgiques si

elles ont mal au ventre avec des troubles du transit, au moins la moitié d'entre elles auront ce symptôme et le diagnostic « intestins irritables » pourra être porté. Il y a donc peut-être un artefact, mais ce n'est pas réglé. Dans le champ de cette problématique, nous avons des *splitters* et des *lumpers*, comme il est dit lors des congrès anglo-saxons : ceux qui veulent séparer et ceux qui veulent réunir.

Au bout du compte, ces problèmes de nosologie signifient que pour un patient donné, il sera possible de poser des diagnostics extrêmement variés, multiples, en fonction du cadre de référence qui sera choisi. Un patient pourra donc avoir une fibromyalgie ou un trouble douloureux (au sens de troubles somatoformes du DSM-IV que j'ai remis), il pourra être anxieux et avoir un trouble anxieux généralisé, avoir un épisode dépressif, avoir à la fois la fibromyalgie et la phase irritable. De très nombreuses cases dont à faire. Comment faire avec cette redondance pour communiquer avec les patients, et comment faire pour communiquer avec d'autres spécialistes, en particulier avec les psychistes ?

Un dernier point qui me paraît important, voire capital, est-ce que j'appelle la valence morale du dualisme ? Donc, pas de biomédecine sans dualisme cartésien. Cela touche toute la société et tous les spécialistes, y compris ceux du psychisme. Un certain nombre d'études existent pour le montrer et si nous avons le temps, je vous expliquerais une intéressante étude à ce sujet montrant que les psys sont aussi dualistes que nous.

Donc, quel est le concept ? Finalement, un symptôme médicalement inexpliqué est toujours moins réel, suspect d'être imaginaire, éventuellement psychogène ou obligatoirement psychogène. Cela n'est pas forcément un problème, mais par conséquent, cela va de pair avec un jugement de responsabilité. Donc implicitement, parfois, au cours de certaines consultations avec des spécialistes d'organes en particulier, le malade sera explicitement blâmé pour ses symptômes. Pour caricaturer, nous pourrions dire que porter un diagnostic de troubles fonctionnels, de somatisation, va, d'une certaine façon, transformer quelqu'un qui en victime, en coupable. Évidemment, le patient va essayer de résister autant qu'il peut à cela, chercher une légitimité à ses symptômes. Nous voyons bien qu'un certain nombre de nos patients chroniques dans cette situation ont davantage envie de trouver une légitimité plutôt qu'un diagnostic un soulagement. Au bout du compte, la problématique de la « légitimité » *prend le dessus*.

Il existe donc des combats pour la reconnaissance des catégories. Le patient peut essayer de se bagarrer pour la catégorie. Les bracelets des associations fibromyalgiques aux États-Unis : « C'est irréel, tu n'as pas l'air malade ». La douleur invisible. Mais l'on est vraiment malade, il faut que ce soit reconnu socialement, etc., avec la revendication d'un certain degré d'invalidité qui irait de pair avec le diagnostic. Mais, cela va enfermer les gens dans une espèce de paradoxe où ils ont sans cesse à prouver qu'ils sont malades. Et comme l'avait dit, dans les années 1990, un contempteur de la fibromyalgie : « Si vous avez à prouver que vous êtes malades, si c'est là que vous allez passer l'essentiel de votre énergie, alors, vous ne pourrez pas aller mieux ».

Pour finir, nous avons une relation médecin-malade insatisfaisante et souvent iatrogène. Cela est vrai pour le médecin sémanticien, mais cela ne se passe pas forcément beaucoup mieux, nous en avons tous l'expérience, avec les psys.

En deuxième partie (si j'ai le temps) – mais ce n'est pas à vous que je vais faire des présentations générales sur la médecine centrée sur le patient – juste une diapo du début du concept : ajouter l'agenda du malade à l'agenda du médecin et l'intégrer autant que possible. Il faut revenir à des concepts, aux mots utilisés pour parler de « maladie ». Les sciences sociales se sont emparées de plusieurs termes anglais pour parler de maladie et pour essayer de mettre derrière des choses différentes. À cet égard, je pense qu'un certain nombre de choses sont à repenser afin de comprendre ce qu'il se joue dans les troubles fonctionnels.

Qu'est-ce qu'une maladie ?

« Disease »

- Il s'agit de la « maladie du médecin ».

- C'est avant tout une réalité biologique objectivable, l'objectivation étant l'obsession, comme si cela existait en propre (perspective ontologique de la maladie) avec « son histoire naturelle ».
- L'accent est donc mis sur le mesurable : plus c'est objectif, plus c'est réel, et plus c'est mesurable, plus c'est réel, l'idéal étant le quantifiable possible.
- L'interrogatoire vise à faire un tri dans l'expérience du malade, à ne choisir comme pertinents que les symptômes pouvant être rapportés à une anomalie anatomique ou physico-chimique, ou à une entité médicale bien définie (et tenter d'écarter le reste comme une espèce de polluant).

« Illness »

- Il s'agit de la « maladie du malade ».
- C'est avant tout une réalité subjective, une expérience vécue.
- Elle comprend les symptômes, leur interprétation profane et les émotions qui y seront associées.
- C'est une expérience socialement construite en interaction avec l'entourage, pouvant faire l'objet d'un récit (ce qui renvoie à la médecine narrative) dont le but sera de donner du sens à cette espèce de mode particulier d'infortune qui est *la maladie*. L'anthropologie nous apprend le sens du malheur et la maladie est juste une forme spécifique de malheur biologique. Les recours sont exactement les mêmes dans de nombreuses sociétés, quel que soit le type de malheur ou d'infortune.
- L'*illness* ne peut pas être approchée par des questions fermes (contrairement aux interrogatoires) et il faut laisser se dérouler le récit, ce qui est déjà une part de thérapeutique.

« Sickness »

- Il s'agit de la « maladie socialisée ».
- Il y a des formes culturellement reconnaissables et socialement acceptables d'être malade.
- Le statut de malade nécessite une légitimation sociale ; le malade doit se comporter « comme un bon malade », un malade que l'on reconnaît, auquel les médecins pourront, par exemple, prescrire un arrêt de travail avec le sentiment d'une bonne légitimité.
- Si l'on revient aux sociologues des années 1950 comme Talcott Parsons ou aux anthropologues des années 1980 comme Allan Young, ce rôle de malade est une conduite sociale déviante (*sick role*), mais non sanctionnée, qui suscite soin, aide et compassion, sous réserve qu'elle soit *imputée*. Il s'agit d'une espèce de définition transculturelle de la maladie sous l'angle social, sous réserve qu'elle soit *imputée* à un agent situé au-delà de la volonté de l'individu : avoir cela en tête permet de mieux comprendre la raison pour laquelle il est plus facile d'avoir une maladie de Lyme chronique, une fibromyalgie ou un syndrome de fatigue chronique. Si la preuve est faite qu'il s'agit de la biologie, d'un microbe, d'un virus, etc., la légitimité est évidemment acquise, mais cela n'est pas le cas dans les autres situations.

Dans le cas des troubles fonctionnels :

- Se centrer sur *disease* alors que nous n'en avons pas et que nous ne pouvons pas en trouver est un échec complet. Le seul salut est donc de concentrer sur l'expérience de la maladie et de travailler dessus, donc, sur *illness*, mais également sur *sickness*. Ici, il n'y a pas de « maladie du médecin », mais le patient l'ignore (il n'est pas censé le savoir au départ). De plus, le patient va chercher à éviter le jugement de responsabilité (il ne se sent pas responsable de ce qu'il lui arrive et il souffre dans son corps).
- Cependant, le médecin va malgré tout choisir de se centrer sur la « maladie ». Il sait qu'il n'y a probablement pas maladie, mais peut-être est-ce la seule chose qu'il

sache faire (lorsque je parle avec des internistes, cela est vrai : on ne leur a rien appris d'autre). Le médecin va donc éliminer, faire des diagnostics différentiels, etc. Par ailleurs, le médecin peut également se centrer sur la « maladie », car il ne souhaite pas délégitimer trop vite son patient. Car, il sait très bien qu'il n'y a rien à trouver physiquement, il se trouvera dans une situation conflictuelle difficile qu'il aura du mal à gérer. De plus, nous considérons *a priori* nos malades comme étant tous de même « dignité médicale ».

- L'arrêt de travail est signé par le médecin (chez nous en tout cas, contrairement à la Hollande où ce n'est pas le médecin du travail ; il pourrait d'ailleurs être intéressant de discuter d'un changement de système). Le médecin jouera donc le rôle-clé en faisant entrer, ou pas, le malade dans le *sickness*. L'idée morale sous-jacente est donc : *ce qui lui arrive est-il vraiment indépendant de sa volonté, ou ai-je des doutes sur ce point ?* Il faudra donc pouvoir réfléchir à ce problème central.

Dépasser les conflits d'attribution et construire avec le patient des explications plausibles et non stigmatisantes des troubles

- *Traiter* les syndromes médicalement inexpliqués et les troubles fonctionnels signifie les *expliquer à partir du récit du malade*, en essayant, autant que possible, de trouver des mots et non uniquement un *terme diagnostique*. Ou, si tel était le cas, il faudra ensuite dérouler tout ce que l'on mettra « dessous », afin de corriger toutes les idées dysfonctionnelles.

Exemple :

- Vous avez une fibromyalgie ou vous souffrez d'un syndrome fibromyalgique. Qu'est-ce que cela signifie exactement pour moi qui porte ce diagnostic pour vous ? Cela est-il en lien avec ce que vous avez compris ou avec ce que vous aviez entendu ?
- Non, on m'a dit que tout cela était dans ma tête. Or moi, je suis sûr que j'ai mal partout et j'ai quelque chose d'autre.
- Nous allons donc entrer dans la complexité ensemble en utilisant d'autres mots et allons davantage normaliser que psychologiser (nous ne devons pas d'emblée crispier les malades sur la psychologisation).
- Au cours de leurs récits, les malades vont nous tendre des clés, que nous prendrons ou pas (une étude montre que, souvent, nous ne saisissons pas ces clés). Nous allons donc saisir ces clés, mais sans insister. Par exemple, si le malade nous donne une clé en évoquant un événement de vie traumatique au départ de l'histoire, que nous la mettrons de côté et l'utiliserons ultérieurement, le but étant de laisser le malade faire une partie du travail afin d'inclure cette clé dans son schéma d'explications.
- Des explications plausibles, même métaphoriques, doivent être proposées. Car nous travaillons avec les métaphores. L'anxiété crée de la tension musculaire, la colère et le sentiment d'injustice augmentent la douleur. Ainsi, grâce à l'utilisation de ces métaphores compréhensibles par tout le monde, les choses peuvent donc fonctionner. De plus, il faut qu'elles soient personnalisées (le malade doit les proposer au départ) et négociées.

Complexité, causalités circulaires et cercles vicieux contribuant à la synchronisation.

- Il faut rendre compte de la complexité en distinguant les facteurs prédisposants, précipitants et d'entretien et introduire des causalités circulaires, en abandonnant toutes les causalités consistant à dire *c'est dans votre tête, c'est de la dépression, mais c'est votre corps qui parle*, ce qui est beaucoup trop simpliste et n'a rien à voir avec une réalité beaucoup plus complexe.

Exemple de facteurs d'entretien :

Concernant les facteurs virus (chercher le virus), j'utilise beaucoup d'histoires, notamment « l'histoire du cambrioleur » : Vous êtes comme quelqu'un qui chercherait encore le cambrioleur sous les lits trois mois après un cambriolage,

alors que nous savons tous qu'il est probablement parti ; et même si nous le trouvions, cela ne réparerait pas ce qui a été volé.

- Nous nous intéresserons donc aux facteurs d'entretien propres à certains malades et aux facteurs d'entretien généraux. Parmi ces facteurs d'entretien, certains de nature biologique. Par exemple, l'hyperalgésie fibromyalgique est un phénomène neurobiologique : le patient a commencé par avoir une douleur localisée qui a duré vingt ans et il a sensibilisé son système nerveux (nous disposons de nombreuses études pour expliquer cela au patient).
- Il existe bien sûr des facteurs psychologiques, des pensées dysfonctionnelles, des comportements, comme se reposer, etc. De plus, cette problématique avec le système de soins doit être incluse dans le cercle vicieux de pérennisation.

Après avoir travaillé de cette façon-là, nous pouvons donc effectivement dire au malade que les symptômes fonctionnels ne sont pas tous « dans la tête », même s'ils y sont un petit peu quand même.

Commentaires d'articles et d'études

- Des articles permettent d'apprendre au spécialiste (et non au médecin généraliste) la manière de gérer ces symptômes (Pays-Bas).
- Lorsque les malades sont adressés en consultation de médecine interne, d'intéressantes revues font état du bénéfice du travail de liaison, à savoir de la lettre que nous rédigeons, afin de rendre compte de la consultation : cette lettre sera reçue par le patient, le médecin et par toutes les personnes impliquées. Ainsi, cette lettre permettra peut-être de construire une représentation commune, respectueuse de la complexité, afin de prendre en charge ces patients.

Je vous remercie de votre attention.

Questions de la salle

Xavier GOCKO

Place aux questions.

De la salle (UMG Créteil)

Ma question porte essentiellement sur le cadre nosologique. Notamment, le DSM-V parle aujourd'hui de « trouble du symptôme somatique » et non plus de « trouble somatoforme ». Contrairement au DSM-IV, cela sous-entend qu'une plainte somatique expliquée peut être un trouble du symptôme somatique, ce qui permet de raisonner en termes de « présence de critères » plutôt qu'en termes d'« absence de critères » (comme cela était le cas dans le DSM-IV). Ma question est plus précisément la suivante : dans la mesure où le DSM-V sous-entend que le pronostic serait différent selon qu'il y ait un ou plusieurs symptômes médicalement inexpliqués, la question de la pertinence de cet outil se pose donc pour les futures études concernant le pronostic des troubles du symptôme somatique. Merci.

Pascal CATHÉBRAS

De nombreuses personnes pensent que le changement DSM-IV / DSM-V est un peu « cosmétique ». En effet, tel que les critères sont écrits, la cause des symptômes est effectivement très agnostique. Mais, le texte qui accompagne le DSM-V reprend très largement les mêmes stéréotypes sur la psychogenèse que ceux du DSM-IV. Mais d'une façon générale, les troubles somatoformes (il est à peu près de même avec le trouble à symptomatologie somatique) sont très peu utilisés en pratique. Par exemple, les psychiatres les détestent (alors qu'ils sont été inventés par une partie d'entre eux) afin d'essayer de rendre compte des choses) et ils les utilisent très peu en psychiatrie de

liaison. Cela est très difficile, même pour des choses comme « le trouble neurologique fonctionnel » (autrefois *trouble de conversion* dans le DSM-IV, versus *trouble à symptomatologie neurologique*) : il n'est pratiquement pas possible de faire qu'un trouble de conversion soit affirmé par un psychiatre de liaison. Nous serons d'accord pour dire qu'un trouble de conversion nécessite deux inputs :

- celui du médecin neurologue, ou en tout cas, somaticien pour lequel cette symptomatologie est incompatible avec une pathologie du système nerveux central ou périphérique ;
- celui du psychiatre pour lequel cela pourra être de l'ordre du psychogène, que l'on appellera « conversion ».

Je ne suis pas sûr que cela ait répondu à votre question, mais je ne suis pas du tout certain que les impacts cliniques de ces catégories seront beaucoup plus utilisés que les troubles somatoformes.

Xavier GOCKO

Erik, la Norvège fait-elle attention à la nosologie ?

Erik WERNER

Oui. Il est amusant de constater que nous avons exactement la même discussion en Norvège, comme dans le monde entier. La plupart des patients de symptômes non expliqués ont de nombreux symptômes et ils peuvent choisir le symptôme qu'ils présentent au médecin. Mais derrière ce symptôme, je pense qu'il est important d'avoir connaissance aussi de tous les autres, pour désigner le total.

Pascal CATHÉBRAS

Excusez-moi, je me rends compte que je n'ai pas du tout répondu à la question : *plusieurs symptômes* constituent-il davantage de problèmes *qu'un seul* ? La réponse est « oui » et concerne *plusieurs symptômes médicalement inexpliqués*, mais également *plusieurs symptômes expliqués*. C'est la masse des symptômes qui constitue vraiment le facteur pronostique important, qu'il soit correctement expliqué médicalement, ou pas. En effet, même lorsqu'il existe une pathologie organique associée clairement définie, le nombre de symptômes associés est également un important facteur de mauvais pronostiques.

Cyril BEGUE (chef de clinique, Angers)

Bonjour. Le fait d'avoir obligatoirement ce diagnostic de fibromyalgie ne conduit-il pas à une réponse essentiellement biomédicale ? Il y a trois semaines, j'ai rencontré pour la première fois une patiente de 38 ans qui avait une fibromyalgie étiquetée depuis vingt ans, mais, durant tout son parcours médical avec des algologues, des spécialistes, personne n'avait mis en évidence le fait qu'elle avait été agressée sexuellement par son grand-père dans l'enfance, et personne n'avait travaillé cette question-là. Bien sûr, cela n'explique pas tout, mais cela pose vraiment question sur le fait que c'était enfermé sur le diagnostic et sur les traitements.

Le deuxième point concerne la question des arrêts de travail. Je ne suis pas certain que remettre l'arrêt de travail au médecin du travail qui est un spécialiste du travail alors que nous sommes des spécialistes du patient soit vraiment une bonne idée.

Pascal CATHÉBRAS

Pour le deuxième point, en effet. Pour ma part, je pense juste intéressant de se poser la question, car parfois, les situations sont difficiles. En tout cas, nous aimerions, de temps en temps, nous défaire des arrêts de travail sur vous. Mais, dans certains cas complexes, il ne serait pas fou que les médecins impliqués dans le travail aient aussi leur mot à dire et que, finalement, la décision soit conjointe.

Concernant l'histoire de la fibromyalgie que vous avez évoquée, il ne faut pas imaginer (ce que vous n'avez d'ailleurs pas dit) que nous avons forcément la clé avec cela. Je pense qu'il faut l'inclure dans le récit, mais c'est quelque chose que nous n'allons pas changer. Nous ne travaillerons pas dessus. Donc, que ce soit biomédical ou non, nous devons travailler sur les facteurs d'entretien. Nous ne la guéirons donc pas de sa fibromyalgie en lui proposant une psychanalyse et un travail reposant uniquement sur le trauma. Je ne crois pas à cela. La question est la suivante : cela fait-il sens pour elle par rapport à ce qu'elle vit maintenant ? Cela peut faire grand sens pour elle et permettre de dire : « Oui, vous avez développé ce syndrome, car, en effet, vous aviez une vulnérabilité particulière. Nous avons donc identifié un facteur important de vulnérabilité, ce qui a sans doute contribué à construire cela. Or, cela n'est pas forcément actif maintenant et nous allons peut-être pouvoir nous occuper d'autre chose. Mais, si vous vous souhaitez parler de cela et le travailler, il faut évidemment le faire. »

Cette question me renvoie à la problématique suivante : quels points d'autre nature peut-on travailler psychologiquement ? Par exemple, de nombreux travaux expliquent que dans la fibromyalgie, que la douleur chronique soit, ou non, bien expliquée, l'incapacité à pardonner est un important facteur de risque de chronicité. Dans ces cas-là, il est possible de travailler sur la question *Comment puis-je pardonner à mon agresseur pour être moins malade ?* Il me semble que cela pourrait avoir plus de sens que de travailler sur le trauma lui-même. A ce moment-là, nous sommes dans les facteurs encore agissants, encore actifs.

Un intervenant

Par ailleurs, Cyril, tous les médecins ont des difficultés à sortir du biomédical. Mais, cela ne veut pas dire que tous les médecins qu'elle a vus pendant dix ans n'ont pas abordé le psychosocial. Au niveau de l'agenda du patient, il y aura, à un autre moment, une révélation des choses qui pourra parfois être un autre événement de vie ou un nouveau contact. Nous serons donc alors l'interlocuteur du moment, mais c'est souvent le patient qui a son agenda.

Pascal CATHÉBRAS

De plus, le contexte est important. Si l'on attend d'un centre de douleur beaucoup de technicité sur la prise en charge de la douleur, évidemment, le patient ne mettra pas en avant de telles histoires. Vous, vous avez su ouvrir la porte à un moment, pour que cela soit dit. L'histoire de l'ouverture est importante, mais les patients tendent à se comporter comme ils pensent le devoir le faire dans un milieu donné. Par exemple, en tant qu'interniste, dans une consultation où je suis censé être essentiellement dans le technique et parler des anticorps, etc., je dois parvenir à prendre les gens complètement à contre-pied. Par exemple, en cas de doute sur une pathologie auto-immune ou sur une description très précise et obsessionnelle de leurs symptômes, les patients voudront qu'un diagnostic soit fait, car ils penseront qu'un diagnostic est toujours à faire. Il faut donc parfois réussir à décaler, ce qui n'est pas toujours facile et ce qui dépend beaucoup du contexte.

Alain MOREAU (Lyon)

Merci d'avoir recentré sur l'approche centrée patient, sur la perspective du patient, et d'avoir trouvé un terrain commun avec le patient, afin de définir ce dont il souffre. Finalement, il s'agit d'une définition à construire ensemble. Mais, en pratique clinique, nous nous apercevons que cela n'est pas tout à fait suffisant. Justement, que pensez-vous des thérapies complémentaires qui permettraient à la personne de ne plus trop « regarder dans le rétroviseur » de sa vie traumatique, d'améliorer la symptomatologie, et qui permettraient également au médecin de renoncer à la toute-puissance de guérir de manière miraculeuse des traumatismes profonds ? Je pense notamment à la méditation et à l'autohypnose. Les thérapies comportementales sont-elles indiquées et efficaces dans ce domaine-là ? Merci.

Pascal CATHÉBRAS

Oui, bien sûr, c'est très utile. Je pense que la relaxation, la méditation, l'hypnose et l'autohypnose ne doivent pas venir trop tôt. Cela dépend de la manière dont l'on se positionne. Par exemple, si je vois un malade en consultation pendant une heure, pour un trouble fonctionnel complexe, il va falloir, petit à petit, évacuer toutes les questions liées au physique, au somatique, etc. Certains de mes collègues internistes parviennent à déterminer assez tôt la capacité d'un malade à entrer dans leurs groupes de méditation. Tel est le cas de l'un de mes collègues dans un hôpital général, mais ensuite, je revois les malades, car le médecin n'aura pas obtenu les réponses à certaines questions (même si les malades disent que cela leur fait du bien).

Concernant les thérapies comportementales et cognitives, en général, les études montrent effectivement les meilleurs résultats possibles. Mais en France, le problème est que nous avons peu de thérapeutes formés aux troubles et aux symptômes somatiques (beaucoup d'entre eux sont très mal à l'aise avec cela). Il existe également la problématique des psychos non remboursés qui coûtent de l'argent. De plus, certaines personnes prétendent être des spécialistes des thérapies comportementales et cognitives, alors qu'elles n'en sont pas. Dans la mesure où il n'existe pas de vrai contrôle sur ces questions, des programmes beaucoup plus solides devraient être développés. Pour ce type de problème, des formations de psycho en interaction avec les médecins devraient également être mise en place, afin de « parler de la même chose ». En effet, j'ai parfois l'impression d'avoir adressé au psycho des malades, avec l'idée qu'il fallait travailler clairement sur l'anxiété centrée sur la santé (autrefois *l'hypocondrie*), sans forcément beaucoup de symptômes, mais avec énormément d'inquiétude, d'interrogations et l'impression d'être gravement malade. La littérature sur la TCC de l'anxiété centrée sur la santé est extrêmement importante et il existe de grands spécialistes en Angleterre, mais personne en France ne connaît cela.

Xavier GOCKO

Erik, j'ai cru comprendre qu'il y avait, en Norvège, des centres de rééducation pour lutter contre la désadaptation due à l'arrêt maladie. Non ? Il n'y a pas non plus de thérapies ?

Erik WERNER

Il existe des médecines complémentaires chez nous également, et les gens voient aussi des thérapeutes, mais le but n'est pas forcément de supprimer les traitements, de soigner ou d'améliorer la situation des patients. Souvent, les thérapeutes regardent uniquement les symptômes.

De la salle

J'ai beaucoup aimé la diapositive sur *illness* et *sickness*, ainsi que l'impact du social sur les troubles fonctionnels des patients. Je travaille sur la vaccination et cela m'a fait penser aux effets indésirables supposés des vaccins, et à l'impact des réseaux sociaux sur la maladie des gens. Nous sortons ainsi du champ du colloque singulier et à cet égard, un travail sur la santé publique doit peut-être être mené, de même qu'un travail quant à l'impact des médias sur la santé de nos patients. Je pense donc que le champ d'intervention doit peut-être se situer en dehors du colloque singulier.

Pascal CATHÉBRAS

Je suis totalement d'accord. J'ai essayé d'élargir, mais il existe une réelle problématique socio morale. En effet, dans le *tacit knowledge* du Docteur WERNER, le jugement de responsabilité va de pair, ce qui est socialement appris. À cet égard, il y a effectivement les médias. Par ailleurs, nous vivons dans *une société des victimes*, où être victime permet d'exister d'une certaine façon. Pour certaines personnes, seul le fait de devenir une vraie victime avec leurs symptômes, etc., leur maintient un petit peu d'estime d'eux-mêmes. Il existe donc d'importants biais de société, mais je pense que le concept

d'exculpation reste intéressant – *je suis légitimement malade si je peux imputer mes symptômes et ma maladie à quelque chose qui est en-dehors de ma volonté, et donc, idéalement, à un environnement pathogène au travail ou autres* (microbe ou vaccin la personne ne voulait pas recevoir qui lui a quand même été fait) – désir dont les réseaux sociaux s'emparent totalement.

Sophie VALLOT (Créteil)

Je trouve que votre présentation a fortement mis en exergue un problème de positionnement du médecin au niveau de la prise en charge de ce genre de maladie. En effet, le médecin est très centré sur le fameux *disease* et peu sur le *illness*. En tant qu'enseignant, nous pouvons donc nous interroger sur la manière dont nous pourrions changer de posture. J'aimerais avoir votre avis sur cette question (évidemment, au-delà du fait de parler en plénière au sein du GNGE). Merci.

Pascal CATHÉBRAS

Cela est assez simple. Il faut se mettre en tête que, raisonnablement, il n'y a pas de *disease*. Vous ne laissez pas passer quelque chose au motif que cela est peu probable. Vous avez bien réexaminé votre malade, l'examen physique étant, à mon avis, extrêmement important. En effet, lorsque le malade vous apporte de très nombreux IRM, d'exams biologiques, etc., le fait de refaire un examen clinique qui s'avère normal vous permettra d'être dans une posture un peu plus tranquille. Mais faire un examen clinique détaillé prend bien sûr du temps, car cela signifie :

- commenter l'examen avec le malade, ce qui est un vrai acte de réassurance (*les réflexes sont normaux, pas de gros foie ou rate*) ;
- prendre toute l'histoire du point de vue du patient.

Mais si vous avez en tête que, raisonnablement, après votre examen clinique et compte tenu de ce qui a déjà été fait, des spécialistes déjà vus et qu'il n'y a pas de *disease*, il faut alors absolument abandonner. Donc, même si, au départ, nous n'étions pas formatés ainsi, nous sommes obligés de nous intéresser à la perspective du malade. Et à ce moment-là, nous aurons toujours beaucoup de matériel intéressant à venir. *Qu'en pensez-vous ? Comment pensez-vous que cela est arrivé ? Pourquoi ? Pour quelle raison ?* Ensuite, un certain nombre de clés feront forcément jour. Même quand les malades disent que c'est vous le docteur et ce n'est pas à eux de faire des hypothèses sur les raisons de leur maladie, vous leur répondrez qu'ils ont dû y penser, imaginer, lire des choses, entendre des proches leur en parler. À ce moment-là, une histoire se déroulera à partir de laquelle vous pourrez essayer de construire quelque chose qui fasse sens pour vous. Par exemple, toujours pour parler des violences, une malade fibromyalgique m'a dit un jour : « Je viens vous raconter tout cela, mais je sais bien où se situe le problème : j'avais un mari violent, j'ai dormi des années à côté de quelqu'un qui me faisait peur, mes muscles se sont tous tendus et c'est resté comme ça ». Qu'est-ce que cela ? Une métaphore, mais une métaphore qui donne du sens à l'histoire, dont je me saisis (je n'ai pas besoin de m'en « sursaisir ») et qui nous va à tous les deux. Avec cela, nous pouvons peut-être faire quelque chose.

Xavier GOCKO

Nous avons deux dernières interventions.

Patrick TABOURING (Luxembourg)

Merci. Je voulais vivement vous remercier. Vous avez fait un travail titanesque. Au début de votre introduction, Monsieur GOCKO, un seul point m'a heurté par rapport aux résultats en psychiatrie et aux non-résultats, ceux auxquels nous n'avons pas abouti. Mais en une heure, nous avons progressé de trois ans. J'éprouve une grande satisfaction, car j'ai le sentiment d'avoir une réponse à tout ce qui se mettrait à casser.

Dans notre groupe international, ainsi qu'à Luxembourg, nous travaillons à essayer de changer de paradigme et d'aller vers plutôt vers le concept, c'est-à-dire, de conceptualiser les choses en fonction du contexte. Grâce à l'intervention de Monsieur CATHÉBRAS, j'ai compris que si nous mettons le concept au centre, à partir du moment où nous allons en aval, le concept est quand même la base des recherches ; et si nous allons en amont, notre rôle politique en tant que médecin généraliste est de sensibiliser, comme vous l'avez dit, la santé publique à cet entendement.

Xavier GOCKO

Merci. Jean-Paul ?

Un intervenant

Vous avez terminé votre intervention que « ce n'était pas dans la tête, mais un peu quand même », ce qui montre bien à quel point nous sommes tous prisonniers de ce dualisme qui nous a formatés, nous avons du mal à nous passer de ce recours à une conception psychologisante, même à la marge. Cependant, nous pouvons peut-être nous sortir de ce dualisme en ayant recours à des concepts qui nous sont peu familiers : les concepts de la sociologie. Par exemple, je pense au concept « d'identité sociale ». À Nantes, nous avons mené des enquêtes par récits de vie auprès de patients fibromyalgiques. Il est massivement ressorti de ces récits de vie que ces patients avaient vécu une accumulation d'échecs, de frustrations affectives, une désolation de la construction identitaire. Pour ces patients qui revendiquent fortement la reconnaissance (ce qui est souvent le cas des patients fibromyalgiques), il s'agit de la reconnaissance d'une nouvelle identité. Nous avons constaté qu'il y avait une espèce de reconstruction identitaire, ce que Vincent de Gaulejac, un tenant de la psychologie clinique, appelle « le bricolage identitaire ». Cela signifie qu'il y a une sorte de réparation, d'adoption d'une identité socialement plus acceptable que cette identité de *looser* massivement accumulée par ces patients. Et finalement, les suivre n'est pas être si iatrogène que cela : au contraire, vouloir les guérir à tout prix serait un contresens et les accompagner dans cette reconnaissance identitaire là pourrait peut-être les aider. Les *rassurer* n'est donc pas autre chose que de leur *assurer* que nous serons avec eux, que nous allons les suivre dans leur nouvelle identité de « malade ». Le but de mon propos était de sortir de la psychologisation.

Pascal CATHÉBRAS

Concernant les apports de la sociologie, vous prêchez un converti. Sur la question de l'identité, cela ne me paraît pas si simple. Certains patients vont effectivement adopter cette identité claire de malades qui commencent la consultation en disant *Nous, les fibromyalgiques, nous sommes comme ci comme ça*, et nous avons compris qu'ils avaient adopté une nouvelle identité. Mais par rapport à l'étude de la narration de ces personnes, d'après mon expérience, cette adoption d'identité est quand même très ambivalente. Quelques patients auraient-ils réellement trouvé une sorte de salut en adoptant cette identité ? Généralement, cela se fait à contrecœur et n'est pas très satisfaisant. C'est la raison pour laquelle ils sont si prêts à prendre une autre identité de « victime éventuelle » qui leur donnerait plus de légitimité potentielle. Par exemple, ces patients vont entendre parler du Lyme chronique et se dire : *Mais, c'est moi ! Serais-je une vraie victime ?* De plus, il existe également une « théorie du complot ». Une tout autre identité viendra donc, car cette identité qui reste construite sur " *On ne sait pas vraiment si cette maladie est dans la tête ou dans le corps* " n'est pas satisfaisant à prendre.

Les patients font donc effectivement tout pour essayer de sortir de cette identité. Certains malades trouvent quand même le salut en ne voulant plus entendre parler de fibromyalgie et en souhaitant juste trouver une façon de vivre avec. Je ne suis donc pas sûr que la construction d'une *néo* identité de victime de troubles fonctionnels soit valable et utile pour tous les patients.

Xavier GOCKO

Nous allons être très frustrants, mais nous ne pouvons pas prendre de nouvelles questions. Merci. Je vais essayer de vous faire une mini-conclusion intégrative, une tradition lorsque je modère une plénière.

Pascal nous a donc proposé

De changer de nom et de dire « symptôme fonctionnel » (l'important étant de savoir *pourquoi*),

De ne pas être stigmatisant,

De garder un vrai espoir d'amélioration de gestion de la maladie,

De faire des diagnostics plutôt positifs que négatifs (vous avez vu pour quelle raison),

De se familiariser avec la réassurance (je vous invite à lire l'article « Réassurance » de Pascal, dans la *Revue de Médecine Interne*),

L'approche centrée patient comme outil, la considération de son agenda, de ses croyances, de ses réseaux sémantiques (si l'on fait un peu d'anthropologie),

Éviter les écueils du dualisme (nous avons vu que nous y butions tous),

Comprendre l'identité du malade,

Comprendre qu'un malade peut aussi aller bien (il y a des fibromyalgies qui vont bien, Lady Gaga a une fibromyalgie, elle le dit sur les réseaux sociaux),

Comprendre que si on les responsabilise, on peut les culpabiliser et que du statut de « victime », on passe à un statut beaucoup plus difficile, et que, de ce fait, certains attribuent leur maladie à des choses exogènes (comme le Lyme ou autres),

Comprendre la place de l'arrêt maladie, l'entrée dans le *sickness*, dans la société : je suis reconnu, je suis légitimé par un arrêt maladie, mais je peux être en causalité circulaire et être vraiment malade à cause d'un arrêt maladie,

Et enfin, la place de la métaphore, avec celle du cambrioleur de Pascal, même si certains la critiquent.

« La métaphore est dangereuse, disait Milan Kundera, mais l'amour commence par la métaphore ».

Bon congrès.

Index

Nous vous signalons que nous n'avons pu vérifier l'exactitude ou l'orthographe des termes suivants :

sick liv 8