

CONTINUITÉ DANS LE TRAITEMENT DE LA DOULEUR

Chers amis,

Il existe peu de symptômes aussi difficilement objectivables que la douleur. Il est impossible de la représenter, de la mesurer ou de la décrire de manière objective. Et pourtant, la douleur est absolument réelle. Elle peut nous paralyser complètement, nous briser, nous faire désespérer ou sombrer dans la dépression. La douleur signifie "quelque chose ne va pas". "Il y a un problème qui doit être résolu pour que je me sente de nouveau bien". Dans notre culture prétendument éclairée et rationnelle, nous cherchons et trouvons volontiers une cause organique tangible, un coupable à combattre, comme pour d'autres troubles tels qu'un exanthème, une hémorragie, une diarrhée ou un trouble visuel. Dans la plupart des cas, nous trouvons assez rapidement la cause et pouvons faire quelque chose, ou bien la douleur disparaît d'elle-même et nous l'oublions. La douleur est alors essentiellement devenue un objet, expliqué et réglé.

Et si la douleur ne disparaît pas ? Ou si elle réapparaît régulièrement ?

Une douleur persistante dont nous ne connaissons pas la cause est tout d'abord inquiétante. Nous cherchons d'une manière ou d'une autre à la saisir, à la délimiter, à définir son caractère et surtout à déterminer ce qui la renforce, l'apaise ou la modifie. Elle acquiert une vie propre. Nous entrons en quelque sorte en relation avec elle. Lorsqu'elle se renforce, elle peut contribuer à modifier notre comportement, voire le dominer. Elle limite notre liberté et celle de nos proches. La douleur devient elle-même une maladie en parallèle à sa véritable cause et peut prendre le pas sur la maladie de base en termes d'importance dans ma vie quotidienne.

Dans ce qui suit, je voudrais essayer de décrire les influences importantes de cette maladie de la douleur sur la personne du malade, ce que nous pouvons faire pour y remédier et pourquoi il est si important que nous ne lâchions pas prise. À l'aide de quelques vignettes cliniques, je vais mettre en lumière quelques problèmes qui accompagnent la douleur chronique et leur effet sur le traitement.

La douleur est un stress.

Le 20 janvier dernier, dans les derniers mètres d'une magnifique randonnée matinale, j'ai glissé sur une plaque de glace et suis tombé sur le coude droit. Mon articulation de l'épaule a subi un choc violent. Des douleurs massives dans l'épaule et une quasi-paralysie de chaque mouvement en ont été la conséquence : mes pensées : oh horreur ! : une rupture de la coiffe des rotateurs, ce qui signifie : orthopédie, opération, immobilisation pendant des semaines, peut-être épaule gelée et kinésithérapie éternelle : en une fraction de seconde, tout le théâtre de mon expérience des

patients avec ce problème s'est déroulé. Je me suis prudemment relevé et j'ai constaté que les os étaient entiers, j'ai cherché mes clés de voiture et j'ai été soulagé de voir que je pouvais conduire de la main gauche et même utiliser le levier automatique. Quel idiot j'ai été. J'avais emporté les crampons pour mes chaussures, car je me doutais qu'il pourrait y avoir du verglas, mais ils étaient justement dans mon sac à dos. Pourquoi avais-je encore fait ce pas alors que je voyais la glace scintiller devant moi ? C'est tellement stupide, parce qu'il ne me restait que quelques mètres jusqu'à la voiture et que tout s'était bien passé jusque-là. De la pure bêtise. J'étais vraiment un âne !

Pour le reste j'étais en bonne santé, mais la douleur me rendait complètement invalide. J'étais donc à peine capable de faire quelque chose pour le ménage. Je pouvais à peu près dormir, mais pas un mouvement sans douleur. M'habiller et me déshabiller était une plaie. Se brosser les dents ? Je pouvais l'oublier ! Une brosse à dents électrique s'imposait, etc., etc... Le moindre faux pas provoquait de violents élancements douloureux dans le bras. Je ne connaissais pas ça.

Je savais bien qu'à mon âge on fait un traitement conservateur pendant 6 semaines avant de voir si l'on peut et doit opérer. J'ai donc attendu, je me suis énervé et suis resté stressé. Je ne voulais pas faire prendre des analgésiques à mon estomac un peu sensible. Les restrictions imposées à la moindre activité me rendaient impatient et me mettaient en colère, en colère contre moi-même. J'étais bien content de ne pas devoir travailler, effectuer un quelconque travail manuel. Je sentais que l'incertitude pour l'avenir me pesait bien plus que la douleur et le handicap présents.

Le stress rend malade : le stress augmente le pouls et la tension artérielle. Le stress contracte les muscles (réflexe de fuite), perturbe la concentration, prive de la joie de vivre. Le calme et la détente font défaut parce qu'on ne trouve pas de position de repos. Mes pensées tournaient autour de l'épaule, de l'avenir avec un handicap en tant que vieil homme seul.

Finalement : rendez-vous chez le rhumatologue, un collègue connu pour sa bonne technique d'échographie. Mon diagnostic était le bon : rupture de la coiffe des rotateurs. Heureusement, il n'y avait qu'un seul tendon sur trois qui s'était rompu. Je pouvais donc attendre avant de me faire opérer et faire de la kinésithérapie. Les douleurs passeraient. Le tout guérirait avec ce traitement conservateur, plus ou moins.

Mon collègue m'a proposé une injection de cortisone. Non, je ne voulais pas ça, ai-je dit. Certes, cela inhiberait l'inflammation, mais cela freinerait la guérison proprement dite. Mais ça signifiait encore quatre semaines de douleurs malgré les compresses de fromage blanc conseillées par la kinésithérapeute ; d'autre part, je ressentais déjà moins de stress, car je n'étais plus seul, je pouvais décompresser, me détendre, échanger avec la kinésithérapeute et penser avec raison à une amélioration. Après quatre autres semaines difficiles, j'ai tout de même accepté le traitement à la cortisone et à l'acide hyaluronique et j'ai constaté une diminution rapide et merveilleuse de la douleur, ce qui a également facilité mes exercices physiques. Le rhumatologue m'a vu trois fois, techniquement excellent. La kinésithérapeute m'offre une continuité grâce à sa grande expérience. Je dois moi-même surmonter l'erreur d'un pas irréfléchi. Aujourd'hui, je me sens à nouveau bien.

Stress et douleur - Quelle est la relation entre les deux ?

D'une part, il y a des situations de stress extrême qui empêchent de sentir la douleur. Mais cela ne dure que très peu de temps et n'apporte rien dans le traitement de la douleur. Une autre question est : le stress fait-il mal ? ou le stress produit-il lui-même des douleurs ? Bien sûr, ce n'est pas le stress qui a provoqué mes douleurs à l'épaule. J'avais vraiment une blessure musculaire et, visible à l'échographie, une inflammation réactive du tendon du biceps, ce qui pouvait tout à fait expliquer les douleurs et le bon effet de l'injection de cortisone au lieu douloureux. Mais il y a aussi autre chose dont je n'avais jamais pris conscience. Plusieurs chercheurs ont observé que les patients

souffrant de maladies rhumatismales inflammatoires (lupus érythémateux, polyarthrite rhumatoïde, etc...) ressentait nettement plus de fatigue, de douleurs et de symptômes inflammatoires après des expériences relationnelles émotionnellement difficiles, stressantes, qu'après des expériences positives (Davis, M. C. et al. Journal of Pain 11, 2010). En cas de stress, on a pu constater, outre les modifications cliniques et anamnestiques, des taux élevés de cytokines pro-inflammatoires comme la néoptérine et les interleukines 1 et 6. Le stress en soi favorise donc l'inflammation. Mon stress n'était guère favorable à la guérison. J'ai été heureux du bon pronostic, de la kinésithérapie et de l'injection de cortisone, qui ont tous permis de réduire le stress. J'y reviendrai plus tard.

Je passe à une autre situation d'un jeune patient souffrant de douleurs.

"Tu ne veux pas guérir !"

Alessandro, un garçon de 14 ans à l'époque, s'était blessé à l'épaule droite lors d'une chute au judo, probablement en luxant l'articulation acromio-claviculaire. En tant que jeune sportif prometteur, il a été immédiatement montré aux orthopédistes, opéré et repris en raison d'une instabilité de l'articulation opérée. L'articulation a même été entièrement refaite par un autre orthopédiste. En raison de douleurs persistantes, il a donc été opéré une troisième fois, mais le bras n'était plus mobile et le patient m'a été adressé pour un traitement de la douleur. Je l'ai reçu accompagné de sa mère. Il était remarquablement silencieux, ne disant presque rien, complètement dépassé et se laissait simplement porter. J'ai appris que ses parents étaient divorcés et qu'il était en garde alternée, et que personne ne savait exactement ce qu'il devait faire sur le plan thérapeutique. Les parents trouvaient qu'il était paresseux et ne coopérait pas et se disputaient sur les mesures punitives et thérapeutiques appropriées. Le kinésithérapeute doutait de la coopération, car le garçon ne voulait pas faire les exercices à cause de la douleur. Finalement, il a surtout été réprimandé parce qu'il refusait de suivre la rééducation. À l'école, il ne pouvait plus suivre parce que la douleur l'empêchait de se concentrer malgré les analgésiques.

J'ai constaté une épaule gelée typique chez un garçon intelligent qui ne comprenait pas qu'on lui fit faire constamment des exercices douloureux qui entraînaient des douleurs encore plus fortes. J'ai d'abord dû convaincre les parents de sa bonne volonté et leur expliquer la durée de rééducation d'une épaule gelée. J'ai dû les dissuader de penser que tout cela n'était que "psychique" et lié à leur situation familiale, après que le patient m'eut assuré qu'il était en fait en bonne relation avec les deux.

Une thérapie neurale, d'abord hebdomadaire, puis mensuelle, a permis d'obtenir une aptitude à l'exercice. Le garçon a repris courage et espoir et a pu être soutenu à l'école, car on a reconnu sa douleur. Pendant 18 mois, j'ai pu le traiter et discuter des problèmes au sein de la famille et à l'école, jusqu'au choix d'une profession. Il a même pu recommencer à nager, à pratiquer son sport favori, au moins pour le plaisir. Toute la famille a dû accepter que tout n'était pas facilement réalisable, qu'Alessandro ne pouvait pas être réparé comme une machine et qu'il avait besoin d'un soutien constant.

La coopération des patients pour les thérapies prescrites, qu'elles soient de nature médicamenteuse ou comportementale, dépend beaucoup de notre relation avec eux. Le philosophe Martin Buber le dit bien dans les "Discours sur l'éducatif" : "L'essentiel est que la relation soit une véritable relation humaine vécue par le médecin avec son âme, incluant ainsi aussi bien le pédagogue performant qui transmet le savoir que l'ami sympathique et empathique, qui

appartiennent ensemble à une relation en dialogue". Nous pouvons difficilement exiger du patient un comportement que nous ne suivrions pas nous-mêmes à sa place.

Alessandro a retrouvé une fonction correcte de son épaule malgré une force réduite et a suivi des études d'infirmier.

Un autre problème :

"On ne voit rien". La maladie invisible en cas de trouble de la personnalité méconnu.

Madame Boss, 54 ans, célibataire, travaille depuis 5 ans dans une fabrique de fenêtres comme unique secrétaire. Elle est timide et aime travailler seule. Auparavant, elle était comptable, car elle aime les chiffres par-dessus tout. Elle calcule les prix des fenêtres choisies et établit les devis. En octobre 2010, elle mord un grain d'orge et se casse une molaire inférieure gauche, qui avait déjà été réparée. S'ensuivent de violentes douleurs de la mandibule, puis dans la mâchoire supérieure et jusque dans la région des yeux. Tout le nerf trijumeau (nerf frontal et nerf de la joue) est "alerté". Le chirurgien maxillo-facial enlève les restes de dents mais la douleur revient toujours par crises sous forme d'"algie faciale atypique". Ni le chirurgien maxillo-facial ni le neurologue ne parviennent à comprendre ce qui s'est passé et prescrivent différents médicaments sans succès. La patiente ne fait que s'en épuiser et doit réduire son temps de travail à 70%, notamment en raison des nombreux rendez-vous médicaux et thérapeutiques. Elle est déprimée, elle commence une psychothérapie et prend des antidépresseurs. Au bout de trois ans, Mme Boss est adressée à notre clinique pour la suite de son traitement. Nos neurologues sont eux aussi perplexes quant à la cause. Je commence par des anesthésies locales répétées dans la région du trijumeau et de la molaire afin de lever le blocage de la cicatrisation. Patiemment, nous persévérons, car les crises deviennent moins fréquentes. La patiente peut en outre raccourcir la durée de la crise avec un antimigraineux, mais pas l'empêcher. Elle dessine des smileys heureux dans son agenda lorsqu'il y a un jour sans crise. Au début, il y eut jusqu'à 30 smileys malheureux par mois. Nous continuons à chercher les causes. Un collègue ami trouve la cicatrice dentaire encore active lors d'un test kinésilogique. Nous cherchons donc une dentiste qui travaille de manière globale. Et la dentiste découvre en plus un trouble statique avec un déséquilibre du bassin, et le fait traiter par un appareil dentaire et des semelles orthopédiques. Les crises sont ainsi encore plus atténuées. Cinq ans plus tard, les crises sont nettement plus rares mais toujours très fortes. C'est alors que je pars à la retraite.

Or la patiente ne veut pas d'un autre médecin pour les injections dans le visage. Elle ne prend plus que les comprimés contre la migraine (Maxalt), qui la soulagent lors des crises. De temps en temps, son patron lui dit alors : « Tu n'as rien, on ne voit rien. » Elle en est meurtrie et ne peut pas répondre. Après deux autres années, elle prend une retraite anticipée parce qu'elle n'a plus l'énergie nécessaire. La psychothérapie se poursuit. Au printemps 2024, la psychothérapeute qui a suivi une formation lui apprend qu'elle est atteinte du syndrome d'Asperger, c'est-à-dire une forme de trouble du spectre autistique. Elle en aurait exactement les symptômes typiques. Cela expliquait beaucoup de situations vécues dans sa jeunesse et dans sa vie professionnelle : sa vie solitaire avec des brimades à l'école parce qu'elle ne comprenait pas la plaisanterie, sa timidité face aux autres parce qu'elle ne pouvait souvent pas interpréter leurs réactions. Son amour des chiffres et beaucoup de points de son caractère étaient typiques de ce trouble. Elle me téléphone pour m'en parler et nous nous retrouvons dans un café.

Elle vit le diagnostic comme une délivrance. Y avait-il un stress existentiel qui l'empêchait de guérir de sa blessure dentaire ? Ce diagnostic explique aussi son isolement social. Je le lui fais remarquer, et elle pense que c'est possible. En tout cas, l'intensité et la fréquence des crises ont diminué.

L'incompréhension de l'entourage est également un problème pour de nombreux patients souffrant de maux de tête et de dépression, même sans syndrome d'Asperger. Ils ne présentent aucun signe de tension, à l'exception peut-être de profondes "rides d'inquiétude" sur le front, et sont extérieurement tout à fait "normaux" dans la vie. La liste des smileys a aidé la patiente à documenter sa douleur et à la rendre ainsi "visible" dans un certain sens, sans devoir donner de longues explications. Madame Boss m'écrit le 15 mai 2024 : "La thérapie neurale était importante, car après 6 mois de thérapie neurale, j'ai eu pour la première fois une journée totalement sans douleur, ce qui m'a donné l'espoir d'une amélioration jusqu'à aujourd'hui. Merci d'avoir persévéré et d'avoir cru à mes douleurs. De janvier 2013 à juin 2018, vous ne m'avez pas abandonnée. Je ne serais probablement plus là". Un aveu impressionnant.

Un autre problème lié à une maladie douloureuse est

La peur

Madame Bachmann est une infirmière en soins intensifs de 57 ans qui travaille corps et âme à l'hôpital depuis 30 ans. Elle est célibataire, chante dans une chorale, fait des randonnées à vélo et a des tortues dans son jardin. Elle raconte que chaque année, les tortues pondent des œufs et les enterrent. Elle doit les déterrer pour ne pas devoir vendre ou tuer les jeunes.

Elle vient me voir parce qu'elle ne supporte plus les douleurs de la plante des pieds qui la tourmentent depuis environ un an. De temps en temps, elle doit se mettre en arrêt maladie, car la station debout prolongée et la marche deviennent insupportables dans son travail. Le neurologue constate une polyneuropathie d'étiologie inconnue et prescrit de la prégabaline. Sinon, il n'y aurait rien à faire. Cela progresserait lentement. Chez cette femme mince et souple, on ne constate qu'une diminution de la sensation de vibration au pied gauche. Mais elle est terrifiée de devoir vivre en fauteuil roulant dans un avenir proche, car elle ne pourrait plus marcher à cause de la douleur. Elle ne supporte pas l'analgésique qui la fatigue et n'a aucun effet à faible dose. Mais le neurologue ne connaît pas de traitement pour stopper l'évolution.

L'évolution d'une polyneuropathie de cause inconnue n'est pas prévisible et l'avenir est donc inquiétant. La peur de cette femme seule, possédant de bonnes connaissances médicales, était tout à fait compréhensible. Grâce à la thérapie neurale dans les artères fémorales, nous avons pu obtenir un apaisement temporaire des douleurs. Nous améliorons ainsi probablement la circulation sanguine et la conduction nerveuse. Depuis longtemps, elle était également en traitement pour des douleurs thoraciques, que nous avons pu attribuer à des côtes bloquées et traiter par des mobilisations. Madame Bachmann ne vit pas la décontraction au niveau de la poitrine ni l'amélioration récurrente de ses douleurs aux pieds comme un simple soulagement de la douleur : elle revit et reprend goût à la vie. Nous parlons de son travail épuisant mais passionnant aux soins intensifs, de ses loisirs avec les tortues, à la chorale, à vélo dans la nature. Elle peut se libérer de l'anxiété et maintenant profiter de la vie, même à la retraite, malgré les douleurs dans les pieds. Le traitement se poursuit encore maintenant. Le neurologue dit qu'elle a eu de la chance de commencer la thérapie neurale tôt, sinon la neuropathie aurait progressé beaucoup plus. Je pense qu'il était au moins aussi important de pouvoir se débarrasser de sa peur. Il est prouvé que la peur peut provoquer et entretenir une réaction de stress chronique avec inflammation.

Rester sur le chemin ensemble

L'histoire de Frieda montre à quel point il peut être important de cheminer ensemble sur la voie choisie par la malade. Frieda est née en 1979, elle est célibataire et suit des études en droit économique. Je la vois pour la première fois en 2010 en raison de douleurs dans la jambe droite suite à un érysipèle du mollet. L'érysipèle a pu être traité avec succès par des antibiotiques. La blessure initiale pourrait être due aux piqûres de moustique. Comme les douleurs ne diminuaient pas, elle m'a été adressée pour un traitement de la douleur. Hormis des crampes abdominales attribuées à une endométriose, cette femme était en bonne santé et sportive. Sous la malléole interne droite, elle avait une petite plaie sécrétante et douloureuse qu'elle s'était infligée avec l'ongle lors d'un soin des pieds. Le prélèvement bactériologique était stérile. Mais par la suite, un lymphœdème s'est développé. Nous avons réussi à maintenir la douleur à un niveau relativement supportable grâce à des analgésiques et à une thérapie neurale, sans l'apaiser complètement. La patiente devait marcher avec des cannes et porter des bas de contention pour soutenir le drainage lymphatique. Les examens angiologiques n'ont pas permis d'expliquer le lymphœdème. La petite plaie, malgré un bon traitement, s'est étendue sous forme d'un ulcère de la taille d'une paume de main. Sans blessure supplémentaire, un ulcère presque aussi grand avec lymphœdème se forme également au même endroit à gauche, sous la malléole, quelques mois plus tard. Le dermatologue consulté a recommandé, outre le drainage lymphatique, différentes pommades et crèmes, sans succès. Il a finalement conseillé de pratiquer une greffe de peau de la cuisse par un spécialiste connu de l'hôpital universitaire de Zurich. En raison de son inquiétude pour sa mère et de ses études à distance, cette solution n'était pas réaliste pour cette malade. Elle n'aurait d'ailleurs pas accepté, car elle aurait dû rester allongée pendant deux semaines et le fait d'être allongée aggravait énormément ses douleurs. Elle pensait qu'elle ne supporterait pas ça.

Au cours de nos entretiens, la patiente a lentement révélé des détails de sa jeunesse. Elle avait grandi seule avec sa mère divorcée. Les deux ont des forts caractères et se disputent beaucoup. Elle aurait vu son père biologique pour la première fois à l'âge de 8 ans, lors de vacances au bord d'un lac au Tessin. Le père a passé toute la première matinée à pêcher en la laissant seule. À midi, il voulait qu'elle porte le seau de poissons à la maison. « Qu'est-ce que c'est ? » demanda-t-elle. - « C'est ton déjeuner ! » - Ce à quoi la fille répondit : « Je ne mangerai pas ces animaux ! Je les ramène dans le lac ». - « Tu ne feras pas ça !! » lui crie le père. La fille de répondre : « Je le fais » et elle vide les poissons dans le lac. Fou de rage, le père embarque sa fille dans la voiture sans explication et la ramène chez sa mère sans dire un mot pendant les six heures de route pour l'Allemagne. À l'âge de 16 ans, elle a vécu une expérience traumatisante similaire avec lui et ne l'a plus jamais revu.

Pendant six ans, nous nous sommes rencontrés pour la thérapie neurale d'abord une fois par semaine, puis toutes les deux ou trois semaines, et nous avons parlé de beaucoup de choses. Frieda a appris à bander ses pieds de manière stérile et à porter des bas de contention malgré la chaleur. En raison de la persistance des douleurs abdominales et des sensibilités alimentaires, nous avons effectué un test montrant une hypersensibilité à certains aliments et j'ai recommandé à la patiente d'éviter autant que possible le lait, le gluten et les œufs. L'endométriose n'était plus un grand problème. À notre grande surprise, les ulcères peu à peu se sont améliorés et ont guéri, les douleurs ont disparu et les lymphœdèmes se sont résorbés. En 2017, la patiente a terminé ses études et vit aujourd'hui presque sans douleur en respectant son régime, avec un compagnon.

Frieda avait subi de graves traumatismes relationnels dans sa petite enfance sans son père et avait ensuite eu du mal à trouver sa voie dans la vie avec sa mère. La sensibilité alimentaire lui était connue sur le plan émotionnel, mais elle n'y avait pas prêté suffisamment attention. Les enfants sont particulièrement sensibles aux traumatismes relationnels. Nous ne connaissons bien sûr pas

tous les facteurs qui ont conduit à la maladie de Frieda et à ses ulcères. La sensibilité à la nourriture a manifestement participé au trouble de la cicatrisation, bien que nous ne puissions pas l'expliquer. Il a fallu notre obstination commune pour croire pendant des années à un succès, pour protéger soigneusement les ulcères des infections, pour résoudre les problèmes d'étude et enfin pour avoir la volonté de mettre de l'ordre aussi dans la digestion, afin d'apporter suffisamment d'équilibre dans l'organisme et dans la vie pour qu'une guérison puisse se produire. Une "réparation" purement mécanique avec une autogreffe à l'hôpital universitaire aurait certainement abouti à une catastrophe.

C'était une bonne relation thérapeutique avec un accompagnement actif, dont personne n'aurait pu prédire l'issue. Nous devons tous deux nous encourager sans cesse à poursuivre la voie que nous avons choisie et à rester ouverts à de nouvelles possibilités. Je n'ai pas fait de psychothérapie à proprement parler avec Frieda. Les épisodes avec le père ont été abordés en tant que blessures psychiques et nous avons parlé de la relation avec la mère. Pouvoir en parler était très important pour Frieda.

Qu'est-ce qui frappe dans ces histoires ?

Les douleurs et leur processus de guérison ne sont pas entièrement expliqués par les blessures et les troubles organiques. Elles guérissent mal ou ne guérissent pas du tout. Elles pèsent sur l'existence. Même ma blessure aiguë semblait avoir changé toute ma vie. J'ai eu de la chance, ce n'était pas si grave que ça. Mais j'ai compris ce que signifiait d'être soudainement dépendant et combien apportait la diminution de stress. Tous ont dû supporter des pressions supplémentaires d'ordre psychique. Alessandro : l'incertitude et l'incompréhension de la part de ses parents et des thérapeutes, Mme Boss : le harcèlement moral et le rejet en raison du trouble de la personnalité, Mme Bachmann : la peur de l'invalidité et Frieda : l'incertitude en raison des troubles de la cicatrisation ressentis comme éternels avec des restrictions massives dans la vie quotidienne et dans le futur.

Les patientes et les patients sont soumis à un stress permanent. Mais pouvons-nous établir pourquoi ils ont dû être traités si longtemps alors que j'ai guéri en trois mois ?

L'entretien a révélé chez certains un stress lié aux relations dans leur prime jeunesse. Tout était donc uniquement psychique ? Certainement pas. L'épaule raide d'Alessandro, les ulcères de Frieda mais aussi les douleurs faciales de Mme Boss avaient des bases neurologiques ou structurelles dermatologiques. Seuls les retards de guérison ne peuvent pas être expliqués par la seule complexité des blessures. Nous ne pouvons pas dire pourquoi une maladie devient chronique et encore moins pourquoi une bonne relation entre une patiente et son médecin rend la maladie chronique supportable et peut parfois conduire à la guérison. Est-ce que tout cela relève du miracle ? Paul Tournier a remarqué il y a bientôt 100 ans que même avec la psychanalyse et la psychosomatique, l'homme n'était pas traité dans sa totalité. Il savait, de par sa propre histoire, que ce qui est décisif dans la vie, ce sont les relations, les relations avec son père, sa mère, et, et, et... Nous l'avons entendu hier.

Ce problème ne m'a pas quitté lorsque j'ai préparé cette conférence. Je suis alors tombé sur quelques livres dont j'aimerais partager en bref quelques idées avec vous, car ils présentent des résultats de recherche importants qui auraient fait plaisir à Tournier.

L'un des groupes de recherche est celui du professeur Joachim Bauer à Fribourg-en-Brisgau. Il est psychiatre et neuroscientifique et a notamment été le premier à décrire l'interleukine 6. Bauer explique que chez le nouveau-né, il n'y a pas encore de conscience de soi-même. C'est le contact avec l'environnement, en particulier la réaction humaine des personnes environnantes aux cris ou

aux sourires ou à d'autres vocalisations, qui marquent la formation d'un "réseau neuronal du soi" dans le cerveau frontal. Et ça surtout au cours des 24 premiers mois. C'est comme ça que le petit être humain commence à se reconnaître en tant que "moi" et à se distinguer de son environnement et des autres personnes après ces 2 ans. Cette empreinte concerne également les gènes dits "de risque" pour des maladies chroniques telles que par exemple la coronaropathie, la maladie d'Alzheimer ou le cancer. On retrouve plus de gènes de risque activés chez des malades avec des "inflammations silencieuses", que l'on considère actuellement comme des facteurs importants de nombreuses maladies chroniques. La biographie des patients atteints de la maladie d'Alzheimer, par exemple, montrerait un tableau impressionnant avec des stress parfois sévères ou de véritables traumatismes qui auraient "affaibli" le soi en formation.

D'autres études ont également montré de façon réitérée qu'une activité sociale nouvellement entreprise, par exemple en tant que gardienne d'école, entraînait une diminution de l'activation inflammatoire des gènes de risque. (Fredrickson Barbara, Cole Steven et al. PLoS One, 2015).

Le deuxième groupe de chercheurs, dirigé par Christian Schubert d'Innsbruck, étudie les troubles immunologiques qui peuvent conduire à des inflammations chroniques silencieuses.

Leurs recherches psycho-neuro-immunologiques ont pu montrer que les états de stress et d'autres perturbations émotionnelles, comme le deuil, la séparation, la colère, peuvent conduire à des inflammations permanentes et même à des allergies et des intolérances, en particulier pendant la jeunesse et l'adolescence. Il semble que le corps soit immunologiquement équipé non seulement pour se défendre contre les virus et les bactéries, mais aussi contre les traumatismes psychiques, avec des réactions similaires du système immunitaire, d'où le terme utilisé pour désigner ce domaine de recherche : la psycho-neuro-immunologie. Pourquoi de tels traumatismes sont-ils nocifs ? Pourquoi une douleur ne guérit-elle pas si facilement lorsque nous avons des antécédents ? Pour cela, nous devons faire un bref détour par les mécanismes de défense de notre corps. Lorsque l'attaque est due à un virus ou à un vaccin, le corps active les défenses du système immunitaire avec des cellules T et B qui forment des anticorps et déclenchent une réaction inflammatoire avec activation du système nerveux sympathique. Celle-ci s'accompagne, selon son degré, d'une libération d'adrénaline, de noradrénaline, de cytokines et, un peu plus tard, de cortisol, ce qui entraîne le sentiment et le comportement bien connus de maladie avec faiblesse, malaise, peut-être fièvre et fatigue (sickness behavior). Cet état est utile pour nous protéger des pressions supplémentaires comme le travail ou le sport et pour nous défendre contre l'agression microbienne en concentrant toutes nos forces. L'activation du parasympathique et du cortisol déclenche une contre-réaction qui, une fois le danger éliminé, amorce la guérison. La psycho-neuro-immunologie nous apprend maintenant que ce ne sont pas seulement les virus, les bactéries, les allergènes ou les cellules cancéreuses qui mettent notre système immunitaire en alerte, mais aussi les stress psychiques. Nous savons aujourd'hui que le stress prolongé, l'angoisse avant des examens ou la pratique continue d'un sport de haut niveau nous rendent plus vulnérables aux infections virales ou causent des troubles de la cicatrisation. Pendant une courte période, la réaction biologique au stress est tout à fait logique et bénéfique pour la santé. Mais si l'état d'infection ou de lésion tissulaire, ou encore le stress psychologique, se prolonge, l'inondation constante de cortisol devient elle-même une atteinte aux cellules de défense et donc entraîne un affaiblissement de l'organisme. C'est ce que nous appelons une inflammation silencieuse. Cet effet peut également être démontré expérimentalement, en particulier pour la cicatrisation des plaies.

La réponse somatique chronique, cellulaire et humorale à une menace psychologique importante peut par exemple conduire à des allergies plus fréquentes ou expliquer des comportements psychologiques défensifs. Il est impossible de dire quelles sont les conditions concrètes qui conduisent à une démence, une sclérose en plaques, une maladie coronarienne ou d'autres

maladies chroniques. En revanche, nous pouvons essayer de comprendre, au cours de l'entretien, où se sont produits dans la vie d'un malade de graves traumatismes de nature physique ou de graves troubles relationnels. Nous pouvons alors aider le malade à y faire face afin de réduire l'inflammation chronique qui en résulte éventuellement. De la même manière, nous devons être attentifs aux comportements qui se répètent dans la vie d'une personne et qui perturbent son développement en tant qu'être humain complet, en tant que *personne*. La vie de Tournier nous sert aussi d'exemple avec le refoulement de la vie émotionnelle.

Tournier s'est toujours référé à la Bible et à des gens comme Martin Buber et bien d'autres pour montrer que notre attitude envers le patient est souvent bien plus importante que les actes techniques que nous tirons des manuels. Elle nous ouvre aux problèmes profonds de la personne que nous rencontrons.

Il est très important que les relations psycho-neuro-immunologiques rendent aujourd'hui la médecine de la personne plus compréhensible dans ses bases physiologiques et la confirment en tant qu'attitude physiologique. Il existe actuellement un nombre incroyable de méthodes "body-mind", qui sont en partie appliquées avec beaucoup de succès et qui peuvent nous être très utiles, même en adoptant l'attitude médicale fondamentale de la relation personnelle de Paul Tournier. Je pense ici aux nombreuses méthodes psychologiques et psychosomatiques, à l'hypnose, à l'analyse transactionnelle, à la psycho-kinésiologie selon Klinghardt, et à bien d'autres encore. Ce qui est décisif pour nous, ce n'est pas la méthode, mais l'attitude fondamentale que nous adoptons face à nos patients et la volonté de suivre un chemin personnel commun passionnant pour les deux. L'application d'une méthode est une attitude objective "je - cela". La médecine de la personne cherche la voie d'une relation personnelle "je - tu". Même si celle-ci n'est pas toujours possible, loin de là, nous constatons avec nos patients à quel point la réussite est gratifiante pour eux et pour nous - généralement après un certain temps, dans un continuum - et conduit à des découvertes importantes.

Merci de votre attention.