

*COLLÈGE NATIONAL
DES GYNÉCOLOGUES ET OBSTÉTRICIENS FRANÇAIS
Président : Professeur J. Lansac*

**Extrait des
Mises à jour
en Gynécologie
Médicale**

—
**volume 2005
publié le 30.11.2005**



*VINGT-NEUVIÈMES JOURNÉES NATIONALES
Paris, 2005*

Les pelvialgies chroniques vues par le psychosomaticien

M. LACHOWSKY*
(Paris)

La douleur est un motif fréquent de consultation médicale, les douleurs génitales le sont encore plus (Peters). Mais celles qui jettent le plus de trouble entre médecins et patientes sont les douleurs pelviennes chroniques. Elles se caractérisent par leur durée, au-delà de 6 mois au moins, l'absence de substrat organique reconnu, ou leur persistance malgré la régression ou la disparition d'une possible étiologie, et enfin par l'inefficacité des traitements habituels (Bitzer). Motif de consultations répétées et répétitives, elles agacent ou irritent le gynécologue qui supporte mal ce qu'il prend pour preuve de son impuissance. Mais cette plainte répétitive peut aussi déboucher sur une conduite médicale thérapeutique, même si celle-ci est moins gratifiante et surtout moins habituelle pour le gynécologue. N'oublions pas cet axiome capital : toute douleur alléguée est présente et vraie et, de ce fait, nous nous devons de la prendre en compte.

C'est donc au sens de ces douleurs et de leur nécessaire chronicité – qui n'a d'égale que celle de nos consultations – que nous allons essayer de réfléchir ici.

* Hôpital Bichat – Service de gynécologie-obstétrique
– 46 rue Henri Huchard – 75018 PARIS

LACHOWSKY

La douleur se définit aujourd'hui comme une « expérience sensorielle et émotionnelle désagréable (!) associée à un dommage tissulaire réel ou virtuel, ou encore décrite en termes d'un tel dommage » (Wijma).

On peut gloser sur le terme de désagréable, mais cette définition a le mérite d'introduire la différence entre nociception, qui est une approche physiopathologique, et ressenti douloureux, qui est le volet subjectif propre à chacun. Les deux registres nous concernent, nous médecins. Mais si le premier est de l'ordre du scientifique et s'enseigne en faculté, le deuxième est, lui, de l'ordre de l'intime et s'apprend plus qu'il ne s'enseigne dans l'écoute et l'échange avec nos patients, nos patientes.

C'est dire l'importance que revêt, dans une consultation pour pelvialgie chronique, ce contrat de confiance à tacite reconduction que devrait être la relation médecin-malade (Nejs). Contrat certes, mais pas n'importe lequel, car nous ne sommes pas ici dans la dialectique habituelle de la demande et de l'offre – demande de guérison et offre d'un savoir – qui est celle de notre pratique quotidienne, mais plutôt dans un paradoxe qui tout à la fois engendre et explique notre malaise face à ces patientes. En effet, elles nous mettent en échec puisque nous ne trouvons pas l'organe d'où partent les voies de leur douleur, mais ce n'est pas non plus cette guérison-là qu'elles sont venues demander. Leur plainte, cette douleur se pérennise au risque de nous lasser et de les conduire à ce « shopping médical » cher aux Anglo-Saxons, ce nomadisme, douloureux voyage, recherche mue par l'espoir de ne pas trouver, dont il nous faut apprendre à reconnaître la voix. Car la question n'est plus « Vous êtes le docteur, donc à vous de trouver et d'extirper ce mal » mais « Pourquoi ai-je mal, pourquoi faut-il que j'aie mal, peut-on faire face autrement, peut-être avec votre aide ? ».

Vaste programme, position nouvelle et difficile pour les médecins que nous sommes (Gauvain-Picquard), qui ne connaissons de la douleur de notre patiente que ce qu'elle peut ou veut nous en dire. Or, connaître ou croire connaître la lésion génératrice d'une douleur aiguë peut nous donner au moins l'illusion de reconnaître cette douleur. Les algies pelviennes chroniques, par définition, nous refusent tout repère puisqu'elles ne nous révèlent pas de substrat organique. Elles ne nous tendent aucun miroir, plutôt un masque, celui de la tragédie.

« Tragédie » maintenant, « désagréable », qui prend ici une tonalité presque péjorative, évoquant un temps sans limite, à la fois statique et sans fin prévisible, parce que sans changement. C'est le temps gris du morne ennui, ce n'est pas, loin s'en faut, le temps rouge et violent de la douleur aiguë, celle qui dit son nom, donc ses origines.

LES PELVIALGIES CHRONIQUES VUES PAR LE PSYCHOSOMATICIEN

Voilà sans doute où le bât nous blesse, nous gynécologues. Alors, parlons de nous : lors d'un congrès de gynécologie psychosomatique à Stockholm, un auteur américain (Ford) soulignait à quel point ce couple « gynécologue-patiente douloureuse » lui paraissait mal apparié, et pour cause. Les gynécologues américains lui semblent plutôt satisfaits de leur travail, d'eux-mêmes et des autres. Ils sont d'un milieu social assez aisé, bien portants et bronzés et plus concernés par les grandes causes humanitaires que par les états d'âme – humains, trop humains – de leurs patientes. Comment s'étonner alors qu'en face d'eux, leurs patientes aient bien du mal à faire le poids, à susciter et surtout à stimuler leur intérêt ? Il situe ces patientes dans une classe sociale et un milieu culturel nettement moins favorisés ; elles ne sont pas des intellectuelles, plus fréquemment des citadines, elles sont peu à l'aise dans la vie en général, et encore moins dans la leur. Le taux d'hystérectomies est d'autant plus élevé que la couche sociale est plus basse, même si les pelvialgies chroniques n'en sont pas le seul motif.

Le tableau n'est certes pas identique en France, où les femmes sont majoritaires en gynécologie, surtout dans cette gynécologie médicale qui n'existe pas Outre-Atlantique et va bientôt disparaître pour cause d'Europe. En dehors de cette différence de genres, il ne me semble pas que la disparité de la dyade gynécologue-patiente pelvialgique soit si grande. Les événements de vie n'arrivent pas qu'aux autres, et je crains fort que nous ne soyons pas tous riches, beaux et heureux !

Et pourtant, nous sommes tous assez démunis devant ces patients, que l'on catalogue, il est vrai, un peu de cette façon dans la plupart des publications (Reiter).

On nous a donné le goût des belles nosographies, des étiquettes précises, des tiroirs d'où sortent en bonne logique scientifique, les diagnostics et les thérapeutiques, ou même l'absence de thérapeutique connue, si elle est dûment répertoriée. Mais voilà, ces écrans qui nous permettaient d'être de bons médecins face à de bons malades ne peuvent plus nous protéger ici, car la douleur est rebelle à la banalisation, et encore plus à la généralisation.

Toute douleur alléguée est présente et vraie, disions-nous, quand bien même nous ne pouvons la quantifier, la randomiser ni même la nommer. Elle n'a nul besoin de nous pour être authentifiée, mais peut-être celle qui la porte et la ressent a-t-elle cependant besoin que nous validions son état de maladie. Pas de patiente sans médecin...

« Docteur, j'ai toujours ma douleur. D'ailleurs, je n'ai pas pris vos médicaments ; j'ai lu sur la notice qu'ils pouvaient donner des nausées, et je suis bien assez ennuyée comme ça ! ». Et la petite dame, assise

LACHOWSKY

tout au bord de son siège, l'air d'une élève attentive, guette ma réponse. Vais-je mordre à l'hameçon ?

Voilà des semaines que je la vois, qu'elle vient « au rapport », sûre de la validité de son symptôme qu'authentifie feuille de soins et ordonnance. Nul besoin de la suivre, cette prescription, mais c'est le prix à payer pour pouvoir continuer à tricoter patiemment sa seule raison d'exister, sa seule façon de s'exprimer : « Ma douleur ». Sûre ainsi de sauvegarder son importance aux yeux des siens, de son employeur peut-être, de ses voisines, elle peut en toute tranquillité, en toute impunité, utiliser ainsi son ventre pour ses bénéfices secondaires : il est plus honorable de dire qu'on a mal plutôt que d'avouer qu'on n'a pas de plaisir à faire l'amour. Comment accomplir un long trajet pour nettoyer les locaux de l'école ou taper des lettres inintéressantes en supportant des collègues plus jeunes ou un patron tatillon, quand on souffre au point de devoir être régulièrement suivie en gynécologie. « Elle est très bien ma gynécologue. Elle n'a toujours pas trouvé ce que j'ai... ».

Eh oui, il est bien, ce médecin impuissant qui la rend, elle, puissante, ce médecin qui accepte de la revoir avec sa douleur, qui joue le jeu, mais jusqu'à quand va-t-il tenir ? Là est en effet la difficulté. Cette relation, souvent longue, frustrante, génère si peu de plaisir et tant d'ennui qu'elle demande une certaine force d'âme ; parfois, hélas, l'agacement peut disparaître, monter jusqu'à l'agressivité et voilà que la belle construction risque de s'effondrer. La patiente va peut-être devoir revoir son symptôme à la hausse, et devenir une « vraie » malade. « Toute maladie est une confession par le corps » a écrit un poète, O.V. de L. Milosz.

Alors qui sont-elles donc, ces dangereuses douloureuses, dont la simple vue du nom sur le carnet de rendez-vous nous fait frémir, qui nous énervent autant qu'elles nous paralysent, qui nous rendent agressifs ou nous font périr d'ennui, bref qui nous font peur. Comme toutes nos patientes, elles sont singulières mais un lien les unit : elles ont mal au ventre, depuis longtemps, et rien n'y fait. Un lien, avons-nous dit, plutôt un lieu, ce ventre de femme, ce ventre des femmes. Lieu de la différence, de la spécificité féminine, c'est un endroit inquiétant où l'amour a rendez-vous avec la vie. Dans la géographie imaginaire de nos patientes – et de leurs hommes – il se passe sûrement là, entre utérus et ovaires, assez de choses et de mouvements mystérieux pour justifier leurs maux, même si les mots leur manquent pour les décrire (Revaz).

Elles n'ont d'ailleurs pas tort. C'est bien là que vont s'imprimer toutes les étapes de leur vie de fille, de femme et de mère. Du premier sang au premier enfant en passant par le premier rapport, tout peut se lire dans la chair. Tout a laissé des souvenirs de douleurs, plus ou moins conscients : douleurs physiques, douleurs morales, douleurs intimes.

LES PELVIALGIES CHRONIQUES VUES PAR LE PSYCHOSOMATICIEN

La découverte d'une annexite ancienne, d'une endométriose ou de toute autre pathologie ne nous donne pas nécessairement la clé du problème. Une douleur peut en cacher ou en révéler une autre (Mimoun). Organique et traitée le plus rigoureusement du monde, la souffrance peut persister si elle a marqué son territoire, si elle l'a impressionné au sens photographique du terme (Ford).

Femmes infertiles que les échecs répétés de PMA laissent pantelantes, femmes délaissées ou trompées, elles ont mal – aussi – à l'enfant inconcevable, au désamour du mari, à l'âge qui les dégrade. Et puis, ne l'oublions pas, avoir mal au ventre, c'est remonter le temps, pleurer pour appeler maman, une mère vécue comme trop bonne ou trop mauvaise, dont peut-être un lourd contentieux les sépare (Marty). « Allo maman bobo », une forme clinique des pelvialgies chroniques ? (Ford).

« Ma douleur » comme monnaie d'échange, comme conduite d'évitement par peur de l'échec permet aussi des refus que l'on ne saurait autrement s'autoriser. Ne pas faire l'amour, ne pas travailler, ne pas avoir de plaisir pour se punir ou pour punir l'autre, autant de bénéfices secondaires qui peuvent bien sûr coûter cher. Mais il ne s'agit nullement de simulation de la part de ces patientes qui n'ont sans doute pas d'autre moyen pour survivre ni d'autre arme pour lutter. Au fil de ces réflexions, elles vont peut-être, ces douleurs pelviennes chroniques, nous livrer une partie de leurs secrets, si nous savons entendre, si nous savons attendre. Qu'elles aient eu ou non à un certain moment de leur histoire une étiologie organique nous aura parfois menés sur de vraies fausses pistes, donnant à la fois au médecin et à la patiente de l'espoir mais dans des registres différents.

Est-il besoin de rappeler que nous sommes dans le temps de la longue patience, un temps que la chronicité a figé. « Patience et long-gueur de temps font mieux que force ni que rage », notre fabuliste le savait déjà. Bien des étapes seront nécessaires, avec quelques retours au statu quo ante et des déceptions, des étapes qu'il faudra se garder de brûler en soufflant trop vite ou trop fort sur la petite flamme du changement... ce sourire à peine esquissé, qui remonte enfin de la bouche aux yeux, ce changement de style vestimentaire, ce que Jankelevitch nommait si joliment le « je-ne-sais-quoi et le presque rien ». Pour que le tracé plat de ces consultations où souvent domine la tristesse s'anime un peu, nous essaierons d'offrir autre chose à la patiente que la grille de l'interrogatoire classique pour commencer l'entretien, et des réassurances dont elle n'a cure sur l'intégrité de son anatomie pour le clore. Cette douleur devenue familière, ennemie si connue devenue presque une amie, une inséparable, nous allons tenter d'en décoder le message avec elle, pour lui donner l'idée et l'envie de s'en passer. Elle pourra

LACHOWSKY

alors témoigner autrement de sa place dans la filiation transgénérationnelle, dans sa lignée de femme, de sa place dans la constellation familiale et sociale, de sa difficulté à faire concorder les rêves et la réalité de son roman personnel et réapprendre à vivre sans sa douleur. Pour certaines cependant, le risque va être grand. S'exposer aux autres en se découvrant à elles-mêmes leur est devenu impossible sans l'écran de ces « lunettes noires » de leur douleur. Leur reconnaître le droit à garder leur béquille, à vivre cette fois avec et non plus malgré ou contre leur douleur, c'est une autre forme de soutien, plus de l'ordre de l'accompagnement que de l'action, mais où nous jouons aussi notre rôle de thérapeute.

« *Les mots sont la plus puissante drogue utilisée par l'humanité* » a dit KIPLING.

Résumé

La douleur est un motif fréquent de consultation médicale, les douleurs génitales le sont encore plus. Les douleurs pelviennes chroniques sont par définition énigmatiques. Motif de consultations répétées et répétitives, elles jettent le trouble dans la relation, mettant le médecin face à son impuissance et la patiente à sa défiance, provoquant parfois des rapports de force inhabituels, et fort dommageables pour les deux protagonistes. Mais toute douleur alléguée est présente et vraie, et de ce fait, nous nous devons de la prendre en compte, d'écouter la plainte, de nous attacher à traduire la demande du corps afin de permettre à la patiente de mettre des mots sur ses maux. Alors seulement pourra se dessiner le sens de cette douleur, d'où une conduite médicale thérapeutique, un soulagement souvent, une esquisse de guérison parfois.

Bibliographie

1. Peters AAW, Van Dorst E, Jellis B, Rooyen HV, Hermans J. The freewornan-women's health in the 1990's. In E. Van Hall and W. Everaerd (edit) Parthenon Publishing Group UK and USA, pp. 544 à 559. Chronic pelvic pain in women: an integral approach.
2. Bitzer J. Die Psychophysiologischen Grunddiagnen cler Behandlung von Patientinnen mit chronischen Unterbauch-schmerzen. Médecine psychosomatique 1992; 2 (20), 92: 75-83, Suisse.
3. Wijma K. Chronic pelvic pain, the individual context. In Wijma K et Von Schoultz B editors. Reproductive Life, 1992, pp. 201-209.
4. Nejs P. Chronic pain in women: a masked relational trouble. Ouvrage cité plus haut, pp. 210-215. Parthenon Publishing Group OK and USA, 1992.
5. Gauvain-Picquard. Communication aux Premières Journées Européennes de la Sté Française de Gynécologie, 1992.
6. Ford CV. Chronic pelvic pain the patient's doctor aspect. Reproductive Life (ouvrage cité plus haut), 1992, pp. 216-221.
7. Reiter RC. A profile of women with chronic pelvic pain. Clin Obstet Gyn 1990; 33 (1): 130-136.