

Les multiples facettes de toute histoire clinique

La première démarche médicale, devant la description d'une situation clinique, ne peut être que celle de la condenser, de l'encadrer dans un diagnostic. Afin que différents symptômes autant bien repérés ou éventuellement seulement présumés se relient entre eux ou montrent une certaine forme de connexion, le recours à un diagnostic s'impose comme allant de soi.

Néanmoins, la perspective de canaliser le tout dans une étiquette qui paraîtrait simplificatrice et logique pourrait, comme on le sait pertinemment, représenter un piège, l'effet d'une quelconque précipitation. De toute manière, le diagnostic vise aussi une mise en place correspondante de mesures thérapeutiques adéquates. D'autant plus qu'une forme ou une autre de pronostic se profile justement sur la base d'un diagnostic préalable. Vont suivre, évidemment, des investigations de laboratoire aussi bien qu'un examen plus minutieux que celui effectué dans un premier temps.

Dans cette phase en tout cas préliminaire, le vécu du patient n'est pris en compte que sous un angle informatif apte à compléter le tableau clinique dans tous ses éléments dans une configuration considérée comme pertinente. Etant donné que l'inévitable composante subjective vécue par le patient dans l'évaluation d'un cas clinique précis peut s'entremêler avec le vécu subjectif du médecin traitant, la porte de sortie la plus sérieuse ne peut être qu'un effort de bien délimiter un cadre présumé d'objectivité maximale.

Si par contre on met quelque peu entre parenthèses le contexte clinique strict, d'ailleurs en soi généralement assez classique et reconnu comme valable en tant que tel, d'autres facteurs d'un intérêt indiscutable peuvent se faire jour. Par exemple, des éléments de type intuitif, ou alors à caractère surtout émotionnel, qui auraient entre temps surgi ou risqueraient de surgir dans l'esprit du médecin traitant, teintés qu'ils seraient soit de tendances plutôt optimistes ou plutôt pessimistes, suscitant

des espoirs d'amélioration rapide et consistante malgré tout excessifs, soit au contraire mettant en jeu des considérations liées par exemple à une réalité statistique peu rassurante. On pourrait même supposer que l'attitude du thérapeute pourrait ou non s'insérer dans des visions trop optimistes concernant l'avenir de la médecine tout entière, ou dans un découragement lié même à des facteurs culturels du moment. En y ajoutant, pourquoi pas, la préoccupation grandissante concernant la perte d'efficacité thérapeutique des antibiotiques en médecine générale, ou

**L'ATTITUDE DU
THÉRAPEUTE
POURRAIT OU
NON S'INSÉRER
DANS DES
VISIONS TROP
OPTIMISTES**

l'augmentation grandissante des effets secondaires liés à l'usage des antidépresseurs. Tout cela peut évidemment se concrétiser dans un langage assez précis dans les échanges verbaux que le thérapeute peut avoir autant avec le patient lui-même qu'avec son entourage, mais peut aussi rester dans la pénombre du non-dit. On peut même, à cet égard, se servir quelque peu de notions envisagées à l'origine par la psychanalyse, telles les notions de transfert et de contre-transfert. Pour éclairer ces notions en les rendant utilisables en médecine courante: elles se réfèrent justement aux rapports surtout de marque émotionnelle, respectivement le transfert en provenance du patient envers le thérapeute, et le contre-transfert en provenance du thérapeute envers son patient. On peut, bien sûr, y insérer ce qu'on appelle l'état d'humeur du moment, comme des propensions à la sympathie ou à l'antipathie.

A propos, en particulier, de la notion de contre-transfert, il peut être pour nous intéressant de souligner une prise de position différente entre Freud et une autre grande psychanalyste, Mélanie Klein. Pour Freud, si le thérapeute éprouve par exemple une soudaine antipathie pour son patient, c'est bel et bien lui, le thérapeute, qui doit faire une «toilette» émotionnelle en lui afin d'éviter de projeter sur le patient des problèmes personnels qui ne le concernent aucunement. Alors que Mélanie Klein présume un processus complètement opposé: ce serait, d'après elle, le patient

lui-même qui produirait inconsciemment un état de malaise chez le thérapeute, ce qui équivaldrait de sa part à chercher à acquérir un certain pouvoir sur son propre thérapeute.

Puisqu'on fait cette allusion à la psychanalyse, pourquoi ne pas éventuellement tenir compte, chez le patient surtout, du binôme sommeil-rêves, apte à jouer un rôle important dans la cure. Surtout en présumant que des manifestations d'insomnie, par exemple, pourraient cacher, de la part du patient, une résistance à perdre le contrôle sur soi-même, ce contrôle qui semble vif dans l'état de veille et affaibli dans l'état de sommeil.

Finalement, en ayant encore comme cible une confrontation, soit à l'intérieur du patient, soit à l'intérieur du thérapeute, entre sensations et émotions, on pourrait mettre en relief des aspects par trop négligés ou escamotés. Ce qui entraîne de fait le rapport aussi entre douleur et plaisir, mais également entre succès et insuccès de la thérapie en cause. Entre attribuer une amélioration clinique essentiellement au thérapeute, ou penser, de la part du patient, que sans sa collaboration et sa bonne compliance, le thérapeute aurait fini par ne pas obtenir le résultat voulu.

Remarquons encore que pour un malade guéri, si d'un côté il ne peut qu'être satisfait, le fait, de l'autre côté, de perdre le rôle spécifique de patient pour ne redevenir qu'un simple être normal pourrait créer quelques réticences face à l'identité foncière de ce dernier.

PR GEORGES ABRAHAM

Avenue Krieg 13
1208 Genève