

COMMENT COMMENCER ET QUAND S'ARRÊTER ?

Il est presque 8 heures du soir, ma consultation s'arrêtait officiellement à 7 heures, mais ma salle d'attente était encore pleine. Je suis fatigué, je ne suis plus aussi bon médecin que lorsque j'ai commencé à cinq heures et quart, mais je suis stimulé par l'odeur du dîner qui arrive de la cuisine. J'introduis la dernière patiente avec soulagement ; c'est une femme d'environ 40 ans, l'air assez réservée, qui me dit qu'elle est nouvelle dans le quartier et demande si elle peut s'inscrire sur ma liste. Je l'accepte et je lui demande s'il y a quelque chose qui ne va pas. "Non, je ne pense pas, Docteur", dit-elle, "à moins que vous puissiez m'aider pour mes maux de tête ; ça fait des années que j'en ai à chaque week-end".

Eh bien ! voilà le problème : comment et quand vais-je commencer ? Il y a un choix à faire. Je peux m'asseoir et prendre une observation ; je peux faire un examen physique ; je peux proposer de commencer par un examen des yeux ou par une analyse d'urines ; je peux dire qu'il est tard et que je suis fatigué, mais lui donner un rendez-vous pour un autre jour ; je peux faire une remarque sur la bizarrerie d'un symptôme qui ne survient que certains jours - mais une chose est certaine : quoi que je dise ou que je fasse, nous avons commencé. La manoeuvre d'ouverture a été jouée, nous avons fait un mouvement et un contremouvement, une relation s'est établie. Elle m'a offert un symptôme qui lui semble physique ; je peux l'accepter comme tel, ou rester neutre, ou je peux commencer à essayer de la convertir à l'idée d'une origine émotionnelle.

La relation entre un malade et son généraliste est différente de celle qui existe avec un spécialiste. Dans ce cas, il y a un début, marqué par un rendez-vous, et une fin qui résulte d'un commun accord avec un médecin de famille, le patient commence quand il s'inscrit sur la liste et il ne s'arrête que s'il meurt, s'il déménage ou s'il cesse

de s'entendre avec le médecin. La relation est faite pour durer, et ce n'est pas nous qui fixons son début : c'est le malade qui décide. D'autre part, si nous devons voyager ensemble, je peux prendre part au choix de la direction et du rythme du voyage. Le plus souvent nous allons au petit trot ; parfois nous ne sommes pas sûrs du terrain et nous n'avancions qu'avec précaution ; parfois nous n'avons que peu de contacts avec le patient et l'allure est presque réduite à zéro, et à d'autres moments son besoin d'aide grandit et le rythme s'accélère. A chaque consultation, ce que donne le médecin, c'est surtout lui-même et la dose qu'il prescrit doit être choisie avec grand soin.

Parfois c'est ici et maintenant qu'il semble indiqué de "commencer", comme nous disons, par commodité. Cela veut dire : regarder au-delà du symptôme présenté pour envisager le patient comme un tout, en essayant de comprendre la signification de son symptôme, son type de réaction, son attitude envers la vie. Cela implique un changement dans la relation médecin-malade habituelle. Le médecin arrête de poser des questions et commence à écouter. Pour cela, il doit donner au patient du temps pour s'exprimer et une ambiance où il se sente accepté avec toutes ses particularités, sans éloges ni critiques. Pour cela, je trouve qu'il est souvent, mais non toujours, nécessaire de prévoir quelques rendez-vous en dehors du tohu-bohu des heures de consultation. Mais, quand le médecin et son malade se sont mis d'accord sur cette nouvelle relation, il est souvent possible de continuer le traitement sur la même base au cours de consultations ordinaires.

Les symptômes hystériques de conversion, traités dès leur apparition, sont beaucoup plus faciles à supprimer que si on leur donne le temps et des motifs de se fixer.

David H., un employé de bureau, âgé de 21 ans, vint au cabinet médical avec une impotence de l'avant-bras droit. Il n'y avait pas de lésion apparente, et en parlant de ce qui s'était passé récemment, il apparut clairement que cette faiblesse était arrivée après une dispute avec sa fiancée qui avait fini par l'abandonner ; en somme, elle avait

rejeté sa main. Il ne fallut qu'un peu de suggestion pour lui rendre l'usage de son bras alors que si on lui avait fait un examen neurologique complet avec une radio de la colonne vertébrale, on aurait probablement favorisé une fixation de son incapacité à un niveau organique.

C'est ce qui arriva dans un autre cas : Ruth, 16 ans, que je trouvai, à mon retour du service militaire, avec le bras droit paralysé, dans une écharpe. Des omnipraticiens et des spécialistes, consciencieux mais mystifiés, lui avaient donné des analgésiques, de la physiothérapie et de la symptahie ; il fallut bien des semaines de psychothérapie et plusieurs séances d'hypnose pour la libérer de ses symptômes qu'il lui était devenu difficile d'abandonner.

Dans d'autre cas, il peut être indiqué de refuser toute thérapie active pendant un certain temps - le temps d'exclure une lésion organique, ou de laisser passer un examen à l'école ou à la faculté, ou pendant qu'un autre membre de la famille est malade ; ou encore, ce qui est plus important que tout, pendant que s'affermite en nous-mêmes la conviction qu'une psychothérapie est nécessaire. Dans certains cas, ce n'est pas évident quand le malade vient pour des rhumes ou pour des petits accidents répétés, et il en faut toute une série pour qu'on découvre qu'il s'agit d'un appel à l'aide déguisé. D'ailleurs, on peut négliger délibérément ces indices pendant quelques temps, en attendant que leur répétition renforce la volonté du patient d'entreprendre un traitement qui peut lui être pénible.

Alan G. est un homme de 33 ans. Il y a 4 ans, il a suivi sans succès un traitement psychiatrique pour des tendances homosexuelles. Depuis, il a eu des poussées de fièvre assez fréquentes, plusieurs entorses légères et une ou deux crises de vertiges. Pourtant, bien que nous connaissions tous deux la cause réelle de ses troubles, ce n'est que cette année que j'ai pensé qu'il pourrait accepter une nouvelle offre de psychothérapie, et je ne suis pas sûr de ne pas m'être montré trop pressé.

Dans un autre cas, je me suis trompé, faute d'avoir perçu le besoin de commencer.

Beryl L., âgée de 28 ans, avait présenté une lésion d'un disque lombaire, cinq ans plus tôt ; elle n'avait pas bien réagi au traitement classique et était restée en arrêt de travail, dans le plâtre, pendant des mois. Deux ans plus tard environ, elle fit une dépression nerveuse et révéla, pendant la thérapie, que la lésion du disque était arrivée quand une de ses collègues, qu'elle haïssait, s'était évanouie dans son bureau et qu'elle avait été appelée pour l'aider ; c'est au moment où elle se penchait sur elle avec horreur, qu'elle avait ressenti une douleur aiguë dans le dos. Si j'avais su cela, à l'époque, je pense que j'aurais pu lui épargner bien des souffrances et m'attaquer à ses véritables troubles, mais je ne le savais pas et je n'ai pas "commencé".

Comme je l'ai dit, le médecin de famille est toujours sur la brèche et il n'est jamais au repos. Néanmoins, il peut et il devrait faire des pauses. C'est une bonne chose, quand on commence une psychothérapie, d'essayer d'ébaucher un plan, ce qui implique une évaluation des résultats qu'on peut espérer. Les facteurs qui entrent en ligne de compte sont : l'âge, la constitution, les antécédents du patient, et aussi les circonstances extérieures. Il doit avoir suffisamment de souplesse émotionnelle pour s'ouvrir aux idées, souvent inacceptables qui gisent dans les couches préconscientes ou inconscientes de son esprit. Il y a plus de thérapies en attente que nous n'avons le temps d'en faire, aussi serait-ce du gaspillage que d'entreprendre celles qui n'ont guère de chances de réussite. Dans l'ensemble, les cas les plus favorables pour la thérapie sont les patients encore jeunes, qui viennent de leur plein gré et qui désirent être aidés. Les jeunes ont une orientation spontanée vers la santé et n'ont pas encore adopté des modes rigides de réaction ; les vieux ont creusé leur ornière et peuvent avoir trouvé dans la maladie leur meilleur refuge. Il faut aussi tenir compte de la possibilité d'une relation satisfaisante entre le patient et le thérapeute et, personnellement, je trouve qu'il est imprudent ou impossible de commencer avec ces patients que nous rangeons dans la catégorie mal définie des personnalités psychopathiques. Les limites personnelles du thérapeute sont

un autre élément qui doit être pris en considération. Il est si fascinant de débrouiller l'écheveau d'une maladie psychiatrique que je me trouve parfois embarqué dans un traitement qu'il aurait été plus sage de confier à un spécialiste de psychiatrie.

Après avoir posé l'indication du traitement, il nous faut ensuite choisir nos objectifs. On risque d'être trop ambitieux ; on ne peut pas espérer aboutir à des changements majeurs de la personnalité ; ce qu'on peut obtenir, c'est d'amener les patients à mieux comprendre les origines de leurs peurs, à être plus conscients et plus tolérants face à certains aspects de leurs sentiments d'amour ou de haine, à relâcher leurs tensions, à assouplir leur raideur et à mieux accepter la réalité, ou, comme le dit William Blake, à "condamner les entraves, bénir le repos".

Quand cela a été fait, au mieux des possibilités du patient et de la compétence du thérapeute, vient alors, à mon avis, le moment d'arrêter. Mais, en médecine générale, on ne peut jamais arrêter entièrement, ce qu'on fait c'est ralentir l'allure. En voici un exemple.

Mme Lily C., âgée de 38 ans, m'a consulté pendant environ 4 ans pour des manifestations mineures d'anxiété et, une fois, pour des troubles visuels qui m'ont fait pensé à la possibilité d'une sclérose multiloculaire. Quand elle est venue en novembre 1956 avec une douleur dans le côté droit de la tête, je me suis rendu compte qu'elle avait peur d'avoir un cancer du cerveau. Je décidai qu'il me fallait "commencer" et la fis venir pour quatre ou cinq séances prolongées où je l'encourageai à parler de son passé et de son présent. Sa mère avait 43 ans à sa naissance et était morte sept ans plus tard, la laissant avec un père taciturne et inaffectueux. Quand elle eut 18 ans, elle épousa un homme qui avait 24 ans de plus qu'elle, afin de quitter la maison. Il était brutal et violent avec elle, en particulier sur le plan sexuel, et, quand leur enfant mourut à 2 ans de méningite tuberculeuse, elle divorça. Elle se remaria apparemment avec joie, Avec un homme qui avait quatre ans de plus qu'elle, mais leur vie sexuelle n'est pas satisfaisante et elle présente de nombreuses peurs avec de tels antécédents de traumatismes répétés, je n'espérais pas une "cure", mais après quelques entretiens de longue durée, je réduisis la tension en suggérant qu'elle pouvait maintenant venir me voir pendant mes heures

normales de consultation. Elle n'est d'aucune façon guérie, mais ses craintes ont disparu, et quand, en mars 1957, elles ont été réactivées par la mort soudaine d'un ami, et qu'elle est revenue me voir avec des troubles visuels associés à des corps flottants du vitré, je n'eus pas besoin de beaucoup de temps pour la ramener à la signification émotionnelle de ses symptômes somatiques. D'un point de vue formel, nous avons maintenant "arrêté", mais au moindre signe d'alarme, nous pouvons toujours "commencer" à nouveau.

L'établissement d'un plan thérapeutique peut être comparé à une opération militaire. Le stratège a l'habitude de commencer par une étude du terrain et des forces qu'il doit déployer, et de choisir son objectif en fonction des possibilités de succès. On peut faire la même chose en médecine générale, en se souvenant que l'objectif doit être limité ; les grandes campagnes et les batailles rangées sont l'affaire du spécialiste, mais nous pouvons monter des attaques locales et maintenir une pression continue sur certains secteurs du front. Cette comparaison ne peut pas être menée trop loin car, en psychothérapie, l'ennemi (c'est-à-dire la maladie) se situe, le plus souvent, à l'intérieur de nous-mêmes. Cependant on peut développer cette image dans une autre direction. Les escarmouches ne se déroulent pas toujours comme prévu ; notre attaque peut échouer, nous pouvons être forcés de battre en retraite, ou être déroutés par des circonstances extérieures imprévues. Mais nous pouvons toujours modifier nos plans ; le traitement peut être accéléré ou ralenti, et, si nous sommes vraiment en difficulté, nous pouvons faire appel à notre allié, le spécialiste.

Parfois, ce n'est pas nous qui décidons d'arrêter, mais le patient. Il peut avoir raison de le faire, mais si nous pensons qu'il lui faudrait continuer son traitement, c'est notre devoir de le lui dire, comme nous le faisons dans les cas de maladie organique.

Je pense que, normalement, l'objectif en psychothérapie devrait être de laisser le patient dans un état satisfaisant d'adaptation à son environnement. La question se pose de savoir ce qu'on entend par "satisfaisant". Mais, après avoir joué le rôle de soutien et peut-être de catalyseur, pour le malade, pendant sa maladie, nous devrions être capable de nous retirer et de le laisser seul à nouveau faire face aux stress naturels de la vie.

C'est plus facile en médecine générale car le patient sait que nous sommes à sa disposition, s'il se retrouve en difficulté.

Dans certains cas, souvent de type obsessionnel, ni le spécialiste ni le généraliste ne peuvent vraiment réussir, mais en apportant en permanence un léger soutien à ces patients, on peut les aider à mener une vie relativement normale.

---

- Abrahams, S.I., 1958, "How to start and when to stop". J. Coll. Gen. Pract., 1, supp.2, 25-29.

- Traduit de l'anglais par René Gelly).

L'analyse ci-après est un commentaire critique d'un type d'enquête effectuée par des généralistes à partir de projets et de concepts émanant de chercheurs extérieurs à notre pratique et de médecins hospitaliers qui pensent gérer un "Département de Médecine de Famille" à l'Université.

Dans leurs travaux, certaines discordances sont perçues, certaines directions de recherches proposées.

Les clivages habituels, issus de l'impasse où la crise de sa pensée médicale enfonce aujourd'hui le monde hospitalo-universitaire, réapparaissent cependant sous leur forme maintenant traditionnelle : d'un côté la technique qui serait du domaine des sciences médicales et sociologiques, d'un autre côté les compétences extra-techniques nécessaires au métier de médecin. Dans cette "compétence" on retrouve pêle-mêle empilées la gestion de la relation médecin-malade, la prescription de soi-même, la coopération avec d'autres professionnels de la santé et associations locales, l'activité de promotion de la santé.

Ce clivage revient à évacuer sur une soi-disant activité "extra-technique" tout un pan fondamental qui caractérise précisément l'activité médicale. Le scientisme étriqué est un masque idéologique qui cache mal des réalités sociologiques qui sont de l'ordre de pouvoir et de la violence légitime. Un sociologue comme Alain LETOURMY s'y est d'abord laissé prendre pour s'en échapper finalement après plus de cinq années de travaux et de réflexions.

Nous considérons cette analyse comme une première approche d'un problème de fond auquel nous prêterons à l'avenir une grande attention.