

Vignette clinique

Patiente originaire du Kosovo de 46 ans, en Suisse depuis presque dix ans, mère de quatre enfants. Elle paraît usée, vieillie. Depuis quelques mois, elle vient à la consultation toutes les trois à quatre semaines, souvent en urgence, en se plaignant de douleurs multiples, en particulier de céphalées. Pendant la consultation, elle adresse des reproches à son médecin actuel, mais aussi à tous les médecins consultés jusqu'ici, qu'elle juge incompetents. Elle aimerait savoir enfin ce qu'elle a, estimant «qu'on ne fait rien...».

Après un examen clinique général (y compris neurologique approfondi) qui se révèle normal, et la revue des examens complémentaires préalables (comportant un scanner cérébral) qui ne mettent sur aucune piste particulière, le médecin dit à la patiente : «Tous les examens sont rassurants, il n'y a rien de grave».

Questions

Quelles réactions éprouvez-vous en lisant ce récit ?

- Comment aborderiez-vous cette consultation ?
- Quelles seraient les possibilités pour entrer en contact avec la patiente ?
- En avez-vous envie ?
- Pensez-vous pouvoir l'aider ?
- De quelle manière ?
- Quelles sont les hypothèses à partager avec la patiente et à quel moment ?

Commentaires

Dans leur pratique courante, les médecins dits de premier recours sont des observateurs privilégiés de l'interaction constante entre le corps et le psychisme. L'art du praticien consiste à s'intéresser avec le patient à la signification de l'épisode de souffrance (maladie, acci-

dent, mal-être) qu'il amène, sans interpréter abusivement chaque événement. Il est cependant reconnu qu'un certain nombre de plaintes (céphalées, lombalgies, fatigue, douleurs thoraciques, etc.) est à considérer d'emblée comme pouvant être d'origine «psychosomatique» ou plus simplement en relation avec une situation psychosociale particulière. Le fait de l'énoncer clairement peut ouvrir un espace de discussion permettant au patient d'envisager l'épisode actuel comme relié non seulement à son corps défaillant, mais aussi à son affect et à ses émotions. Le médecin quant à lui aura plus d'éléments pour décider de faire ou non des investigations complémentaires. Cela a au moins comme conséquence de ne plus dire au patient la phrase définitivement inadéquate : «Vous n'avez rien!», qui engendre des consultations répétées et du nomadisme médical.

C'est bien sûr dans les problèmes non expliqués (ou à faible substrat organique) de longue durée que le praticien est confronté le plus souvent à toute une gamme de sentiments personnels parfois peu agréables. Ces sentiments risquent d'interférer de façon négative dans la relation avec le patient, voire d'amener à une déception mutuelle, en particulier quand le patient ne «voit pas» la composante psychique. La pratique de la supervision est alors une ressource importante pour évaluer ce qui se passe dans la relation, de la dynamiser et de supporter (au vrai sens du terme) un patient présentant une situation complexe sans s'épuiser soi-même.

La mise en évidence des zones d'inconfort, le travail sur le style de communication et d'écoute et l'amélioration du sentiment de compétence dans des situations dites complexes sont des éléments importants pour permettre au médecin d'assurer une bonne prise en charge des patients présentant un problème psychosomatique.

Une possibilité de formation dans ce domaine est offerte dans le cadre du nouveau certificat de formation continue universitaire en médecine psychosomatique et psychosociale. ■

Bibliographie

- 1 Balint M. *Le médecin, son malade et la maladie*. Paris : Petite bibliothèque Payot, 1966.
- 2 Héty JL. *La relation d'aide. Éléments de base et guide de perfectionnement*. Montréal - Paris : Ed. Gaëtant Morin, 2000.
- 3 Allaz AF. *Le messager boîteux : approche chronique des douleurs chroniques*. Genève : Ed. Médecine et Hygiène, 2003.

Adresse de l'auteur :

Dr Danièle Lefebvre
Médecin généraliste FMH, AFC
APPM
93, Route Suisse
1290 Versoix
daniele.lefebvre@hin.ch