



Disponible en ligne sur

ScienceDirect
www.sciencedirect.com

Elsevier Masson France

EM|consulte
www.em-consulte.com



FAITES LE POINT

Le risque d'humiliation diagnostique



The risk of diagnosis humiliation



Michèle Gennart

Michèle Gennart^{a,b,*}, Marco Vannotti^{b,c}

^a Centre médical de La Source, 30, avenue Vinet, 1004 Lausanne, Suisse

^b Centre de recherches familiales et systémiques (CERFASY), 13, ruelle Vaucher, 2000 Neuchâtel, Suisse

^c Scuola di Psicoterapia Mara Selvini, Viale Vittorio Veneto, 20124 Milano, Italie

Reçu le 1^{er} décembre 2014 ; accepté le 29 juin 2015

Disponible sur Internet le 29 juillet 2015

MOTS CLÉS

Diagnostic
psychiatrique ;
Trouble
somatoforme ;
Trauma ;
Honte ;
Approche
phénoménologique

Résumé Les catégories diagnostiques sont des schèmes théorico-pratiques qui, avant même que nous ne débutions le moindre traitement, peuvent exercer une action curative, tout comme ils risquent, à l'inverse, de comporter en soi un effet nocif. Le diagnostic de trouble somatoforme douloureux pourrait comporter ceci de nocif qu'il suggère que ce dont le patient souffre n'a qu'une « forme », au sens d'une apparence, somatique, mais est en « substance » un problème psychique. Quant au trouble de symptômes somatiques proposé par le DSM-V, sa définition se réfère pour l'essentiel à la notion problématique de « pensées, sentiments, comportements excessifs et disproportionnés ». Lorsqu'ils ont la parole, les patients souffrant de douleurs chroniques inexpliquées sont dominés par un sentiment d'impuissance : par rapport à leurs douleurs et par rapport au système de soins qui ne peut répondre à leur demande d'en être soulagés. D'un point de vue phénoménologique, leur vécu évoque en bien des points le vécu d'un trauma (« blessure »). Il entre dans la responsabilité du clinicien de trouver les moyens de qualifier ces douleurs *innommables*, au double sens du terme, en évitant de redoubler par un diagnostic en soi dégradant la honte de patients déjà accablés de douleurs insensées.

© 2015 Elsevier Masson SAS. Tous droits réservés.

KEYWORDS

Psychiatric diagnosis;
Somatoform disorder;

Summary Even before we begin any treatment whatsoever, diagnosis categories are theoretical-practical schemas that can have a curative action, but can also entail negative effects. The Somatoform pain disorder diagnosis can be harmful in that it suggests that what

* Auteur correspondant. 1, avenue Druey, 1018 Lausanne, Suisse.
Adresse e-mail : gennart@bluewin.ch (M. Gennart).

Trauma;
Shame;
Phenomenological
approach

the patient is suffering from only has a somatic « shape », meaning that, that is how it appears to be, but that in its « substance », it is a psychological problem. As regards the Somatic symptom disorder proposed by the DSM-V, its definition is mainly based on the problematic notion of « excessive and disproportionate thoughts, feelings and behavior ». When they describe what they are experiencing, patients suffering the unexplained chronic pain are captured by a feeling of helplessness: in regards both to the pain and to the health care system that is unable to meet their demands for solace. From a phenomenological point of view, their experience is in many respects close to the experience of trauma (« injury »). It is the responsibility of the clinician to find ways to qualify these *unspeakable* pains so as not to add, through the diagnosis, to the shame carried by the patient already bearing insane pain.

© 2015 Elsevier Masson SAS. All rights reserved.

Introduction

En guise d'introduction, nous aimerions citer une réflexion de Minkowski qui distingue, dans l'évolution des idées en psychopathologie, deux tendances contrastées: un courant qui se centre sur des notions à caractère négatif, sur ce qui paraît définitivement détruit chez les malades; un autre courant, qu'il qualifie d'anthropologique, qui ne se limite pas aux symptômes négatifs, mais fait ressortir ce qui, chez l'individu atteint, reste vivant, créateur, ouvreur de voies. Or, nous dit-il, ces options théoriques divergentes – le plus souvent implicites – sont directement coextensives d'un espace de jeu thérapeutique. « Théorie et pratique suivent parallèlement le même chemin ». Minkowski compare ainsi la démence précoce et la schizophrénie – deux modes d'appréhension théorique du même trouble. Avec la démence précoce, s'inspirant d'ailleurs des états terminaux de la maladie, le diagnostic se centre exclusivement sur le déficit; or, suivant ce modèle, les mesures thérapeutiques n'ont pas de fondement ni de raison d'être. L'on peut tout au plus, comme l'évoque Minkowski, chercher à « utiliser des déchets humains afin d'en tirer quelque profit pour l'économie de l'établissement hospitalier ». Quel changement amène selon lui la notion de « schizophrénie »?

« Il s'agit de bien plus que d'un simple changement de termes. Centrée sur un trouble des interactions avec la vie ambiante, cette notion a pour conséquence d'elle-même, par son orientation, automatiquement presque, une modification de notre attitude à l'égard de ces malades, de même qu'une transformation en conséquence de la vie asilaire ». L'on sait désormais combien il importe, en plus des traitements médicamenteux, de « créer autour du malade l'ambiance qui lui convient ». Et Minkowski de poursuivre : « Nos notions psychiatriques peuvent avoir d'elles-mêmes, c'est-à-dire en dehors de toute mesure médicale au sens strict du terme [...], une portée curative » [1].

Nos diagnostics peuvent à l'inverse comporter en soi un effet nocif ou aménager des impasses dans lesquelles nous perdons toute possibilité d'alliance avec le patient.

C'est dire le lien intérieur entre la façon dont nous concevons ou théorisons les maladies (ce que nous ne pouvons-nous abstenir de faire) et les possibilités que nous nous donnons—ou non—de soigner les personnes qui en souffrent. Nous ne pouvons dès lors prétendre à la neutralité d'une classification a-théorique et avons à assumer avec clairvoyance la valence proprement médicale de nos catégories diagnostiques.

Comment concevons-nous les douleurs qui durent? Et en particulier celles qui durent sans que nous ne trouvions de lésion organique ou de mécanisme physiopathologique susceptibles de les expliquer?

La première opération théorique décisive qui nous semble mériter d'être interrogée est celle qui consiste à les concevoir comme relevant de la maladie mentale. Depuis 1974, avec le début des travaux qui ont amené au DSM-III, publié en 1980, la douleur chronique inexplicable s'est trouvée classée dans nos manuels de référence sous le nom de « Trouble somatoforme douloureux »; le DSM-V a remplacé ce diagnostic en 2013 par celui de « Trouble de symptômes somatiques ». Quelles conceptions théoriques impliquent ces diagnostics? En quel sens prédéterminent-ils la rencontre clinique des patients en question?

Le trouble somatoforme douloureux selon la CIM-10 et le DSM-IV-R

Commençons par la notion de trouble somatoforme douloureux, toujours en vigueur dans la CIM-10. Ce qui est frappant dans la définition de ce trouble, c'est qu'elle se réfère d'entrée de jeu à un désaccord entre patient et clinicien. Les caractéristiques essentielles des troubles somatoformes résident en effet dans « des symptômes physiques, associés à des demandes d'investigation médicales, persistant en dépit de bilans négatifs répétés et de déclarations faites par les médecins selon lesquelles les symptômes n'ont aucune base organique » [2]. Le trouble somatoforme douloureux se définit ainsi d'entrée de jeu par une discordance: celle qui oppose l'une à l'autre la subjectivité du patient qui éprouve une douleur préoccupante et l'objectivation médicale qui ne permet pas de détecter ce que l'on s'attendrait à trouver en pareil cas sur la base des savoirs acquis. La définition même du trouble somatoforme douloureux se

Download English Version:

<https://daneshyari.com/en/article/904876>

Download Persian Version:

<https://daneshyari.com/article/904876>

[Daneshyari.com](https://daneshyari.com)