

DIAGNOSTIC

Pour que le diagnostic ne soit pas une annonce faite au marri

Dans l'histoire de la langue, le terme « diagnostic » apparaît en 1732. Il prend, en médecine, la place de l'adjectif substantivé féminin « *la diagnostique* » pour indiquer une conclusion prospective résultant de l'examen approfondi d'une situation critique (1899) ; le terme a été progressivement étendu à l'informatique, l'économie, la psychologie...

C'est « l'art d'identifier une maladie d'après ses symptômes ».

Sur le plan étymologique, *διάγνωσις* *diagnosis* désigne deux opérations distinctes et complémentaires : d'une part, la mise en jeu de la capacité à discerner et du moyen d'y parvenir ; d'autre part, l'action de décider. Ce nom s'origine de la préposition-adverbe *διά* *dia* qui implique l'idée de séparation et qui est incluse dans le *dis/cernement* : séparer pour évaluer, juger, distinguer, trier. Le verbe *διάγινωσκω* *diagignoskô* traduit les mêmes deux opérations pour un unique résultat : « discerner, distinguer, reconnaître distinctement ; prendre connaissance en parcourant », puis « décider, trancher ». Du verbe *γινώσκω* *gignôscô* s'origine le latin *noscere* - aucun rapport avec *nocere* : nuire, du fameux *primum, non nocere...* - ou *gnoscere* : apprendre à connaître, étudier, examiner ; il a le même sens que *cognoscere* et donnera, en français, « la gnose » (connaissance des réalités divines), ou « la connaissance ».

Le diagnostic fait appel à des connaissances pour produire... une connaissance !

Il est remarquable - même si une telle observation n'est pas rare - que l'étymologie décrive en un seul mot ramassées les différentes opérations qui constituent le diagnostic : discerner, distinguer les différents signes (les symptômes), en faisant appel aux connaissances du diagnostiqueur.

Faire un diagnostic différentiel est une opération inscrite dans la première période de l'opération diagnostique elle-même, puisqu'il s'agit d'éliminer ce que la maladie, ce que le trouble du diagnostiqué n'est pas. Pour parvenir à « trancher, à décider » : « Ah ! Mais c'est bien sûr » !

Telles sont les opérations mentales du « diagnostiqueur ».

Voyons maintenant ce qui se passe du côté du « diagnostiqué », qui n'est pas, quant à lui, dans le mental : il est dans l'Affectif ; dans tous les sens du terme ; il est affecté. Affecté d'une maladie et affecté par une maladie. Il faut remarquer que l'utilisation d'un participe passé passif (à quoi est soumis le « patient ») constitue un effet de style ou une faute de français, selon la façon dont l'interprète ; en effet, ce n'est pas le malade qui est diagnostiqué, mais sa maladie. Il y a là une extension de sens, une métonymie : la partie vient en place du tout (*pars pro toto*).

Grammaticalement fausse ou pas, cette expression est sémantiquement juste, en tant qu'elle a l'avantage de signifier exactement ce qui se passe dans la délicate opération du diagnostic. La partie malade vient envahir l'ensemble de l'être au monde qu'elle perturbe, sinon par les conséquences des troubles, du moins parce que le diagnostiqué est complètement concerné et affecté par le diagnostic.

Si grande que soit son ignorance de la matière médicale, le patient, lui aussi, a des idées ; il a échafaudé des hypothèses ; lui aussi a des connaissances auxquelles il a fait appel pour former les dites hypothèses. Avec Internet, les informations font flores, quelle qu'en soit la validité. Mais la partie discernement et surtout la partie décisionnelle du diagnostic lui échappent, parce que le savoir médical lui fait défaut.

Là où le malade relevait des signes, le médecin lira des symptômes. Le malade ne peut donc opérer lui-même sur lui-même de diagnostic. Il a besoin d'un autre pour ce faire ; non seulement pour ses connaissances, mais aussi pour la distance : on ne peut pas lire distinctement, le nez collé au papier !

« Diagnostiqueur » - « diagnostiqué » : un couple.

Venons-en au temps de la pose du diagnostic. Ce temps est crucial pour le patient ; pour certains, c'est même un moment fatidique (*fatum dicet* : que dise le destin) celui où le *fatum* (le sort, la fatalité) lui tombe dessus. Le *fatum*, c'est aussi l'oracle, la prédiction. C'est encore la destinée : le temps fixé pour la vie. C'est enfin l'heure fatale, le malheur, la mort.

Pourtant, lors de l'annonce, il n'y a rien de nouveau dans l'état de santé du malade. Il n'a pas changé, il n'est ni plus ni moins malade. Reste que le diagnostic lui donne le sentiment d'être changé ; rien ne sera plus comme avant !

C'est qu'il se passe pour le patient un phénomène que l'on peut dire de « précipitation » : comme en chimie, les corpuscules de doutes, de mots, d'hypothèses, de craintes... en suspension dans l'ensemble du volume préoccupationnel se précipitent en un solide compact. Ce solide compact représenté en mot - quelques lettres en mot(s) précipitées -, prend non seulement valeur de vérité, mais aussi valeur de réel. Rien n'est changé dans sa vie : il est le même qu'auparavant, avec les mêmes troubles, les mêmes ennuis, mais rien n'est comme avant. IL SAIT ! Il sait ce qu'il A.

Dans la précipitation de cette précipitation, *avoir* se mélange souvent avec *être*, comme si les symptômes qui l'affligent modifiaient son être, alors qu'ils ne le peuvent : ils ne modifient que sa façon d'être, son approche, sa perception, son interprétation du monde : son mode d'être au monde.

On connaît cette expression dérisoire : « je vais voir l'appendice du 6 » : stylistiquement, il s'agit, là encore, d'une métonymie ; l'expression entière serait « je vais voir l'occupant de la chambre 6 qui a subi une appendicectomie » ; le raccourci fait économie de mots, mais aussi d'humanité, puisqu'elle réduit l'être

à son symptôme. Et contribue, dans l'esprit du patient, à nourrir la confusion plus haut dénoncée.

Le diagnostic s'évalue en termes de gravité : grave, pas grave ; sous l'évaluation de la gravité, Thanatos va se nicher : mortel, pas mortel.

Chacun de nous sait qu'il mourra. Pour autant, rares sont ceux qui l'acceptent. C'est la vie elle-même qui pose d'emblée cette échéance, ce diagnostic définitif et irrévocable ; et cette lapalissade : seuls les vivants peuvent mourir ! En foi de quoi, un malade, devant un diagnostic fatal, est dans le même cas que tout un chacun, tout bien portant ; à une différence près, toutefois : lui sait de quoi il peut mourir. Et, souvent, dans quel délai. Et ce savoir a un effet d'angoisse, d'angoisse de mort.

Ce jour là, il pourrait se produire une catastrophe, le médecin diagnostiqueur pourrait mourir le jour même... peu chaut au patient : c'est lui qui a peur de mourir ; pour lui, la mort n'est plus du registre symbolique : ce n'est plus un mot, une notion, une idée plus ou moins vague. Le diagnostic prend la couleur du réel, d'un réel particulier, celui de la mort.

En nouant, dénouant, tricotant la structure ternaire du réel, de l'imaginaire et du symbolique (RSI), Lacan a mis souligné la valeur de cette dimension de la vie. Et lorsqu'il déclare que le réel, c'est l'impossible, il signifie : impossible, intenable, insupportable, invasif, impensable. De ce fait, source féconde d'angoisse. L'isolement du réel, sa séparation d'avec ses deux compères le rend impossible à symboliser, impossible à imaginer.

Pourquoi invoquer le *fatum* ? Parce que le mal ne dépend pas de la volonté d'un individu, pas plus de qui en est victime, qui n'a rien fait consciemment pour avoir à le subir. C'est un processus de la vie qui peut entraîner la mort, processus qu'abrite le sujet, comme un ennemi en soi, totalement indépendant de sa volonté, de son pouvoir, et, le plus souvent, de son désir. « Comment se peut-il qu'il se passe en moi un phénomène sur lequel je n'ai pas prise, dont je ne sois pas responsable ? ... Qui donc est responsable ? Si ce n'est moi, c'en est un autre ». Certains croyants y voient la main du diable. C'est « le sort », le mauvais sort qui va prendre la place de sujet et la position de responsabilité ; une mauvaise intention cachée qui n'appartient pas à un autre sujet, laboureur inconnu d'une terre connue...

C'est probablement, entre autres causes, pour faire face au réel de la mort, et résoudre cette énigme, trouver parade à l'horreur, que les humains ont « inventé » la croyance, la foi, la religion. Dans son désir de comprendre, d'expliquer, faute de maîtriser, l'humain a imaginé l'instance qui décide pour lui, qui est censée animer ce fatum. La notion de Dieu et celle du paradis sont des trouvailles géniales en termes d'anxiolytiques ou de tranquillisants : elles nient la mort ; « il y aura l'au-delà »... L'espoir d'un au-delà de la mort qui n'est pas un au-delà de la vie. L'au-delà de la vie, c'est la mort, et l'au-delà de la mort, pour le croyant, c'est la vie : une autre vie. Voilà qui efface la mort. Pour

le non-croyant, la mort, c'est la mort, la fin : plus rien après, rien ! Freud pensait qu'au fond de soi, chacun se pense immortel ; je le pense aussi. C'est plus économique, si on aime la vie, et c'est un signe de santé, il faut bien le reconnaître. Croire à l'au-delà, n'est-ce pas un espoir d'immortalité ?

Le diagnostic vient alors poser que ce que notre aimable inconscient nous indiquait est faux, qu'il s'était trompé et nous avait fourvoyé, et que désormais, il va falloir faire face à sa mort, au rien, à ce tellement totalement inconcevable qui envahit la pensée qu'en même temps, il empêche, s'opposant à tout ce qui n'est pas lui ; il envahit la raison, il empêche la *libido vitalis*, et réduit même la *vis vitalis*. Réel parce qu'impossible ; impossible parce qu'impensable, donc, inimaginable. On ne peut s'imaginer le rien ; alors, on le retourne, comme les lettres qui en composent la désignation : on le nie. « Rien » et « nier » sont l'un de l'autre l'anagramme. Entre rien et tout, il va falloir récupérer de la médiation.

Bien sûr, dans ce développement, il n'est pas question du diagnostic qui annonce le presque rien, le pas grave, ce diagnostic qui, à l'inverse du précédent, dynamise la *vis vitalis* et colore d'une vitalité recouvrée la *libido vitalis* ; le diagnostic qui soulage, qui libère le sujet en lui rendant sa responsabilité et son autonomie.

N'est pas envisagé non plus ici l'erreur de diagnostic et ses conséquences.

Quels chemins déduire de ces considérations ?

Le diagnostic, c'est, comme nous l'avons découvert, l'apparition d'une connaissance. Connaissance particulière parce qu'elle détermine l'avenir, qu'il va falloir traiter, guider, conduire, permettre d'intégrer, accompagner.

Ces considérations ouvrent des pistes au « diagnostiqueur » qui ne devrait, en aucun cas, fuir devant l'angoisse du patient. Pas question de poser le diagnostic et d'abandonner le patient ; ou de le laisser réagir avec une tierce personne. Si, par la suite, le patient souhaite s'en ouvrir à un tiers, la demande lui en incombe et devrait être facilitée.

Ce n'est pas un hasard si, chez les Romains, le messenger qui annonçait la mauvaise nouvelle auprès de la cité était condamné à mort, considéré qu'il était comme la cause du message funeste. Il ne le causait pourtant pas, il en causait seulement. Celui qui se contenterait d'annoncer le diagnostic prend le risque de cette agglutination-confusion.

L'annonce faite, le travail du « diagnostiqueur » commence. Il a rempli sa tâche de connaissant par rapport à la maladie ; il doit maintenant accomplir celle d'humain par rapport à un autre humain.

Médiateur entre le tout et le rien, il lui faut absolument soutenir la *vis vitalis* du patient, reconstituer le tissu déchiré du RSI, en donnant à penser, à imaginer, à parler. Remettre le réel à sa juste place, noué à l'imaginaire et au

symbolique. La mort n'est pas là ! Si la mort est prévisible, reste à vivre le présent.

Intervention nécessaire du « diagnostiqueur » : aider le patient à ne pas faire la délétère confusion entre son être et son avoir, c'est-à-dire entre la maladie et sa personne. Le « diagnostiqueur » se doit de faire en sorte d'éviter au « diagnostiqué » de s'identifier à sa maladie.

On peut lutter contre ce que l'on a ; impossible de lutter contre ce que l'on est.

Il convient aussi de l'aider à ne pas faire la non moins délétère confusion entre la pathologie et l'ensemble de son fonctionnement ; faire en sorte de l'aider à restaurer son propre narcissisme, et surtout son sentiment d'entièreté. Il faut confirmer affectivement son être en ressuscitant sa *libido vitalis*.

Un mot sur le processus de renoncement du mourant ; il ne s'agit pas ici d'un deuil : il n'y a pas de mort avérée. Ce sont les survivants qui ont à faire le deuil, pas le mourant. La mort d'un autre, nous la subissons, nous ne pouvons ni la différer ni l'effacer. La tâche du mourant, c'est donc le renoncement. Sur ce chemin, il est bien qu'il soit accompagné. Pour renoncer à l'inaccompli ; au superflu, au temps illimité - du moins à son illusion -, aux biens... au profit du Bien. Le Bien qui demeure, *in fine*, le plus important de la vie, c'est la rencontre, la présence affective de l'autre... l'amour.

« Diagnostiqueur » - « diagnostiqué » : un couple à la vie, à la mort !

André SOLER