

IRM : une phobie marginale.

On aurait pu penser que l'investigation obtenue par l'imagerie par résonance magnétique (IRM), et le progrès qu'elle autorise dans le diagnostic et les décisions thérapeutiques, constituent un progrès réel de la radiologie, et donc de la médecine en général. Et cette pensée est justifiée. Toutefois, elle se heurte à des incidences subjectives qui peuvent, à la marge, lui faire obstacle.

De manière précise, le recours à cette technique augmente de manière importante la sécurité diagnostique, notamment dans le domaine des blessures du genou, diminuant également le nombre d'arthroscopies qui seraient nécessaires (E.J.Maurer et al. *Radiology* 1997; 204:799-805).

Prendre en considération ce type de pathologie n'est pas marginal, au vu du grand nombre de patients concernés.

Le point de vue du médecin - à commencer, en l'occurrence, par celui du radiologue - concerne les aspects de précision accrue (très exactement de +14%, en moyenne, cf. *art.cit.*, p. 801) dans le diagnostic, grâce à l'utilisation de l'IRM. Nous laissons de côté la discussion des biais concernant cette évaluation, notamment le fait qu'il s'agit essentiellement de médecine du sport, pour ne retenir qu'un aspect clinique: cette technique d'investigation est physiquement non-invasive.

On trouvera, dans un article sur les « effets » de l'IRM (R.Mackenzie, A.K.Dixon, *Clinical Radiology* (1995) 50 513-518), outre une approche générale de la question, une interrogation, qui reste médicale, sur les effets induits, pour le patient, non pas par l'examen à l'IRM, mais par la réponse fournie par le clinicien aux résultats de l'IRM. Avec cependant un point d'interrogation, sur les associations faites alors par le patient, devant l'usage de cette technique.

Transfert sur la machine, et sur son aspect imposant, « grand » ? Mais, pure technique diagnostique, ou effets de transfert, ou surgissement d'un imaginaire de la machine, le raisonnement médical s'effectuera, dans son champ, en termes d'« efficacité », entendue au sens de « santé » et de « qualité de vie accrue », grâce à l'utilisation d'une technique. Et aussi en termes de coût-efficacité, lesquels, en l'occurrence, sont indifférents au psychanalyste.

Ce qui nous intéresse ici, ce sont les cas de refus, par le patient, de l'examen. Dans l'article cité, le refus est déterminé comme « claustrophobie ».

Il y a une clinique de cette forme de phobie, dont nous livrons ici un fragment que j'ai personnellement recueilli :

« J'ai refusé, parce que cela me fait peur. J'ai peur d'être tout seul dans le grand tube. Vous comprenez, on y est tout seul, avec personne avec qui parler. Et puis, on ne voit rien, là dedans. Vous comprenez, avec l'arthroscopie, il y a quelqu'un qui me parle, et surtout qui me touche. »

Plutôt que de nous livrer à un exercice (facile ?) d'interprétation, j'ai pensé qu'il est intéressant de présenter cette problématique clinique aux lecteurs du Courrier. Ne sommes-nous pas, avec cette phobie de la machine, à un point de rencontre des pratiques médicales et psychanalytique ?

C'est à une discussion, et à une élaboration, que ce problème « réel » nous invite.

Pour ma part, et à des fins de dépassement de cette phobie, je m'interroge, selon deux axes, et deux questions.

Faut-il attendre quelque progrès d'un aménagement du dispositif même de la machine ? Ce qui supposerait de répondre à la demande du patient phobique, et de lui donner (mais par quel dispositif technique ?), à voir et à entendre, sinon à être touché. Et d'ailleurs, l'aménagement matériel serait-il suffisant, face au fantasme ?

Ou bien, dans la pratique médicale elle-même, quelque effet est-il à attendre d'une parole, qui saurait délier la phobie de ces patients à l'égard de la « grande machine » ? Et laquelle ?

Là, psychanalystes et médecins ont peut-être quelque chance de se rencontrer, autour d'un problème technique qui, même marginal, n'en est pas moins intéressant.

Jean-Claude GIABICANI