

Prendre soin et médecine hospitalière

Sylvie Fortin

DANS **À QUEL SOIN SE FIER ? CONVERSATIONS AVEC WINNICOTT 2015**, PAGES 101 À 109
ÉDITIONS **PRESSES UNIVERSITAIRES DE FRANCE**

ISSN 2262-3507

ISBN 9782130631453

DOI 10.3917/puf.worms.2015.01.0101

Date de mise en ligne : 29/11/2019

Article disponible en ligne à l'adresse

<https://shs.cairn.info/a-quel-soin-se-fier-conversations-avec-winnicott--9782130631453-page-101?lang=fr>



Découvrir le sommaire de ce numéro, suivre la revue par email, s'abonner...
Scannez ce QR Code pour accéder à la page de ce numéro sur Cairn.info.



Distribution électronique Cairn.info pour Presses Universitaires de France.

Vous avez l'autorisation de reproduire cet article dans les limites des conditions d'utilisation de Cairn.info ou, le cas échéant, des conditions générales de la licence souscrite par votre établissement. Détails et conditions sur cairn.info/copyright.

Sauf dispositions légales contraires, les usages numériques à des fins pédagogiques des présentes ressources sont soumises à l'autorisation de l'Éditeur ou, le cas échéant, de l'organisme de gestion collective habilité à cet effet. Il en est ainsi notamment en France avec le CFC qui est l'organisme agréé en la matière.

Prendre soin et médecine hospitalière

Sylvie Fortin

Il y a plus de quarante ans maintenant, Winnicott soulignait l'étrange divorce entre les notions de soin et de traitement dans la pratique médicale contemporaine, l'écart entre médecins généralistes et spécialistes. Il associait les premiers à des travailleurs sociaux, motivés par un accompagnement « global » du patient, et les seconds à un univers dominé par un savoir technique mis à profit dans les processus de diagnostic et de traitement. Or, l'art de la pratique médicale, entendu comme un savoir ancré dans une approche « humaine », tend à disparaître¹. C'est à partir de recherches anthropologiques menées sur les pratiques cliniques hospitalières que sont ici formulées quelques idées faisant écho au texte *Cure* de Winnicott. J'insisterai d'abord sur l'actualisation des écarts entre le curatif et le soin en milieu hospitalier pédiatrique, pour ensuite interroger le lien entre les exigences sou-

1. S. Fortin, « Contemporary Medicine: Applied Human Science or Technological Enterprise? », *Ethics and Medicine*, 2008, 24 (1), p. 41-50.

vent morales de la profession médicale, discutées par Winnicott, et les contextes de formation et de pratiques médicales.

La médecine est-elle une science humaine appliquée ou une science technologique ? Interrogés sur les qualités du « bon médecin », les cliniciens hésitent entre savoir-faire et savoir-être. Certains insistent sur cette dimension technique (les savoirs experts) évoquée par Winnicott, alors que d'autres mettent au premier plan l'aspect humain de la pratique :

Un bon médecin, c'est quand même un médecin qui a des compétences médicales. Il doit être, d'abord et avant tout, un expert dans son domaine. Il peut avoir toutes les qualités humaines mais s'il ne sait pas de quoi il parle, il n'ira nulle part.

Être un bon médecin, c'est arriver à appliquer humainement ce que tu sais. Et c'est ça qui est difficile.

Ces propos d'un pédiatre à l'urgence et d'un pédiatre en gastro-entérologie rappellent cette tension omniprésente dans la clinique contemporaine où le patient (comme sa famille) souhaite trouver à la fois une technologie de pointe et une écoute, un apaisement de sa souffrance. Toutefois, le corps, appréhendé par la science médicale, devient un objet trop souvent détaché de l'individu qui l'habite¹.

1. B. Good et M. J. Del Vecchio Good, « Learning Medicine. The Construction of Medical Knowledge at Harvard Medical School », p. 81-107; S. Lin-

Le *care* est devenu facultatif face aux *cures*, considéré comme prioritaire. Les modalités d'évaluation des cliniciens en témoignent. Dans les centres hospitaliers universitaires, de nombreux médecins jonglent avec un triple mandat : recherche, publication, formation. Ces activités sont mesurées, comptabilisées et assurent la renommée du praticien (et par extension de son unité, de son institution). En comparaison, la clinique faite l'objet de peu d'attention. La qualité des échanges avec les patients et plus largement les dimensions sociales de la clinique ne suscitent aucune attente particulière. Celles et ceux qui s'interrogent sur les voies à suivre avec une famille (et plus largement sur ce qui relève du savoir-être en contexte clinique) le font en marge du courant dominant, souvent sans appui institutionnel. Le savoir-faire l'emporte sur le savoir-être, l'un est valorisé, l'autre est accessoire. La pratique infirmière n'échappe pas à cette dynamique, la technicité est au premier plan (aux soins intensifs et en néonatalogie notamment) étant source d'estime, comme l'explique une infirmière aux soins intensifs :

Les infirmières aiment les soins intensifs [...] pour leur rythme excitant et l'adrénaline [...]. Il y a ces patients au

denbaum et M. Lock (eds.), *Knowledge, Power and Practice. The Anthropology of Everyday Life*, Berkeley, University of California Press, 1993; G. Le Blanc, « Le conflit des médecines », *Esprit*, 2002, n° 284, p. 71-80.

pronostic incertain, celui qui arrive d'une chirurgie cardiaque et qui nécessitera peut-être un soutien extracorporel en urgence ou aura des saignements inexplicables. On doit pouvoir réagir rapidement.

On insiste sur l'importance de l'expertise nécessaire au « soin » dans ces unités où la technologie est indissociable de l'évolution de spécialités. Même chez les soignants, pour qui le *care* est central, une hiérarchie symbolique (et parfois réelle) s'installe dans certaines unités, les soins aigus, techniques et spécialisés l'emportant sur les soins chroniques, comme en témoignent ces déclarations d'une infirmière aux soins intensifs :

Elles trouvent ces patients [chroniques] inintéressants, lassants.

Les autres infirmières qui travaillent ici [...], elles cherchent les défis, l'intensité. Tu dois être toujours attentive, prête à agir. Mais moi je ne suis pas comme ça, je préfère donner le meilleur de moi-même à mon patient du jour, quel qu'il soit.

Le patient pour qui la maladie est histoire d'une vie ne représente pas le même défi pour la clinique. Les médecins et le personnel infirmier souhaitant s'investir auprès des patients « inguérissables » sont peu nombreux :

Pour moi, dire que tu ne veux pas prendre soin d'un patient juste parce qu'il est chronique, c'est la même chose que dire que tu ne veux pas travailler auprès d'un

patient parce qu'il est de couleur x ou de religion y . C'est un important problème éthique, il y a une sous-classe de patients dans notre unité¹.

Les équipes de soins palliatifs l'éprouvent également, soit dans les négociations récurrentes avec de nombreux pairs pour accompagner des patients au pronostic incertain, soit au travers des (maigres) ressources mises à leur disposition au sein même de l'hôpital. En somme, le *care* et le *cure* sont plus que jamais éloignés dans les lieux phares de la biomédecine, et l'écart se creuse entre les soignants qui s'investissent auprès de patients dits « aigus » et ceux qui se consacrent aux patients atteints de maladies complexes et chroniques.

L'examen de l'allocation des ressources en santé permet là aussi de mesurer combien le *cure* l'emporte sur le *care* au plan organisationnel et structurel². Les ressources allouées à la médecine de pointe comparées à celles accordées aux services de santé primaire, où œuvrent de nombreux généralistes, donnent à voir combien le *cure* domine au plan politique. Cette logique est aussi reproduite entre les différentes unités de soins où l'aigu l'emporte sur le chronique. Quant à la formation médicale,

1. Témoignage d'une infirmière aux soins intensifs.

2. Voir F. Alvarez et G. Bibeau (dir.), *Médecine publique, médecine privée. Un choix de société*, Montréal, Éditions CHU Sainte-Justine, 2011.

le prestige est accordé aux surspécialités. La voie du généraliste est souvent assimilée à celle des « moins performants ». Celui qui « prend soin du patient », comme l'affirme Winnicott, et choisit une médecine générale accepte des conditions de pratiques moins bien rémunérées et un pouvoir politique moindre dans l'orientation que prendra la médecine dans sa société¹. Cette question dépasse toute-fois l'espace clinique :

Du point de vue de la pédiatrie, le défi pour les années à venir, c'est d'essayer de trouver un certain équilibre entre l'action et la réflexion, entre ce qui est science, technologie et humanisme, entre ce qui est individuel et collectif. Je pense qu'on est loin de l'équilibre. [...] La société même fluctue comme un pendule et passe d'un côté à l'autre. Il ne s'arrête que rarement au milieu².

Lorsque Winnicott discute les principes inhérents à la pratique médicale, il évoque le caractère moral et l'asymétrie fondamentale de la relation soignant-soigné. Nos différents travaux donnent à voir la manière dont les hiérarchies sociales locales sont reportées dans la clinique³. Certains le déplorent, d'autres y participent. Ainsi, selon un pédiatre

1. I. Baszanger, *Quelle médecine voulons-nous ?*, Paris, La Dispute, 2002.

2. Témoignage d'un pédiatre en transplantation hépatique.

3. S. Fortin, « Toutes les familles ont-elles une même voix en contexte de soins ? », F. Kanouté et G. Lafortune (dir.), *Familles d'origine immigrante : les dynamiques d'établissement*, Presses de l'Université de Montréal, 2011, p. 11-28.

spécialisé dans les maladies infectieuses interrogé sur les défis d'une pratique médicale auprès d'immigrants : « C'est plus facile, ils nous respectent. »

Pour Patrick Vinay¹, néphrologue et médecin en soins palliatifs au Centre hospitalier Notre-Dame de l'université de Montréal, seule l'acceptation de la mort prochaine du patient permet à l'asymétrie clinique de s'estomper. Le médecin cesse d'être celui qui sait et devient celui qui écoute. Cette capacité d'écoute n'est pas donnée d'emblée et renvoie à la relation de soin en médecine, souvent reléguée au personnel subalterne. Winnicott énonce les conditions du « prendre soin », notamment l'absence de jugement, l'honnêteté, la fiabilité, l'harmonie entre distance et proximité émotives, l'intégrité et, en résumé, une volonté de faire le bien. Toutes ces qualités relèvent de valeurs individuelles, d'un savoir-être quasi vocationnel. Cet art de la médecine fait-il partie du curriculum contemporain de formation ? Comme le souligne Céline Lefève, « se former au soin demande donc d'apprendre autrement la médecine »². Toutefois, nombreuses sont les formations médicales largement, voire exclusivement,

1. P. Vinay, « Éloge de l'impuissance », S. Fortin et M. J. Blain (dir.), *Mourir à l'ère biotechnologique*, Montréal, Éditions Sainte-Justine, 2013, p. 43-50.

2. C. Lefève, *Devenir médecin*, Paris, Puf, coll. « Questions de soin », 2012, p. 54.

axées sur le savoir-faire. À titre d'exemple, le programme des « compétences médicales » à acquérir, promu par le Collège royal des médecins et chirurgiens du Canada, accorde une place importante aux dimensions relationnelles dans la formation médicale. Mais la façon dont ces enseignements seront repris par les mentors demeure aléatoire, comme en témoigne la question de ce pédiatre lors d'une assemblée départementale :

« Combien de minutes dois-je consacrer au volet communication avec mes étudiants ? »

Réunir le *care* et le *cure* dépasse la volonté individuelle et la qualité morale de la relation soignant-soigné pour s'inscrire dans le politique. Des choix institutionnels, organisationnels, économiques, de temps et d'espace façonnent la pratique clinique. Le médecin n'évolue pas en vase clos, et ses moyens sont aussi ceux de son milieu. Comme le dit Edmund Pellegrino, professeur émérite de médecine et d'éthique médicale à l'université de Georgetown :

Au service de qui le médecin est-il ? Vise-t-il le bien du patient, la renommée de l'équipe qui le rémunère ou son propre succès athlétique ?¹

1. E. Pellegrino, « Biotechnology, Human Enhancement and the Ends of Medicine », *The Center for Bioethics and Human Dignity*, 2004 (<http://www.cbhd.org/content/biotechnology-human-enhancement-and-ends-medicine>).

L'anthropologue et psychiatre Arthur Kleinman, de Harvard University, qui fut l'artisan d'une réflexion sur les multiples facettes de la maladie et sur l'inclusion de la narration comme *medium* pour mieux cerner le vécu du patient¹, questionne aujourd'hui la capacité de cette même médecine à intégrer le soin au sein de sa pratique, tant sa structure organisationnelle, dans de nombreux pays du Nord tout au moins, et la logique d'une expertise toujours croissante éloignent, sans retour peut-être, le traitement du soin². L'appel à une médecine humaniste n'en résonne pas moins auprès de nombreux cliniciens. Mais il doit aussi être entendu collectivement, sur le plan de la formation des professionnels de la santé, de l'organisation des soins et de l'allocation de ressources. Il s'agit de choix qui traversent le politique et l'économique pour rejoindre un projet moral soutenu par un collectif, une société. La reconnaissance du *care* au sein de la biomédecine en dépend.

1. A. Kleinman, *The Illness Narratives: Suffering, Healing, and the Human Condition*, New York, Basic Books, 1988. Voir aussi B. Good, *Medicine, Rationality and Experience: an Anthropological Perspective*, Cambridge, Cambridge University Press, 1993.

2. A. Kleinman, « The Art of Medicine. Caregiving as a Moral Experience », *Lancet*, 2012, 380, p. 1550-1551; « From Illness as Culture to Caregiving as Moral Experience », *The New England Journal of Medicine*, 2013, 365, 15, p. 1376-1377.