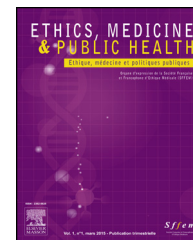




Available online at
ScienceDirect
www.sciencedirect.com

Elsevier Masson France
EM|consulte
www.em-consulte.com



DIALOGUE

Se parler malgré tout



Talking to each other despite everything

**Pr E. Galam (MD, PhD)^a,
Dr M. Michot-Casbas (MD, PhD)^{b,*,c}**

^a *Département de médecine général, faculté de médecine Paris Bichat, 75018 Paris, France*

^b *Laboratoire d'éthique médicale droit de la santé publique, université Paris V René-Descartes, 75006 Paris, France*

^c *Clinique du Château-de-Vernhes, 31340 Bondigoux, France*

Reçu le 1^{er} juin 2017 ; accepté le 1^{er} juillet 2017

Disponible sur Internet le 25 août 2017

Dans une première partie, nous avons vu comment penser la médecine, c'est aussi la raconter à l'aune de l'évacuation impérieuse et impossible, puis de la réintroduction progressive et inéluctable du sujet médecin. Cette évolution vient ainsi éclairer le devenir médecin et sa gestion.

Dans une deuxième partie, nous avons vu comment, penser la médecine, c'est aussi accepter qu'à l'instar des patients et de la collectivité qui l'utilisent, les soignants habitent la médecine et que leur identité professionnelle et la façon dont ils l'habitent sont à prendre en compte.

Ainsi, la rechercher des critères du bien faire nécessite aussi de questionner les pratiques soignantes surtout lorsqu'elles ne sont pas optimales posant ainsi la question des failles, défaillances et vulnérabilités des soignants. Dans cette troisième partie, nous verrons pourquoi, penser la médecine, c'est aussi continuer à discuter sans se disputer lorsque survient le drame. Ces échanges dérangeants et difficiles restent féconds parce qu'ils compensent l'humilité d'une médecine, pas toujours triomphante, par une altérité en dialogue inscrite dans une humanité plus large.

DOIs des articles originaux :

<http://dx.doi.org/10.1016/j.jemep.2017.07.004>,

<http://dx.doi.org/10.1016/j.jemep.2017.07.003>.

* Auteur correspondant.

Adresse e-mail : casbasmail@wanadoo.fr (M. Michot-Casbas).

<http://dx.doi.org/10.1016/j.jemep.2017.07.002>

2352-5525/© 2017 Elsevier Masson SAS. Tous droits réservés.

Comment se parler malgré tout

Je veux « un médecin qui parle » disait une de nos patientes il y a quelques années. C'est bien compréhensible et légitime quand il est censé m'aider mais quand il ne le fait pas bien ou même mal ? Peut-il encore parler ? Et moi, patient déçu voire meurtri, est-ce que j'ai encore envie qu'il me parle ? Est-ce que je suis capable, si ce n'est désireux, de lui parler sans crier et pleurer ? Comment continuer à (se) parler quand survient le drame ?

Comme dans un mariage, la relation médecin—malade s'inscrit dans la durée « pour le meilleur et pour le pire » [1]. Lorsque survient l'erreur médicale, le pire bouleverse les règles du jeu. Il est tout aussi inconcevable qu'implacable pour chacun des protagonistes. La relation médecin—malade est bouleversée, fracassée, douloureuse. Elle est aussi inversée, le patient prenant en quelque sorte l'ascendant sur le médecin, qu'il peut ou non choisir d'interpeller ou de traîner en justice. Il peut même souhaiter non seulement lui faire payer mais aussi peu ou prou se venger de cet allié devenu ennemi. La temporalité de la relation est, elle aussi, inversée et figée, axée sur un passé ressassé et analysé de façon minutieuse et exigeante, à la fois guidée, aveuglée et écrasée par la survenue de l'erreur. Ce biais de rétrospection rend l'analyse aussi rigoureuse que partielle, tant les causes et moyens d'éviter l'erreur semblent évidents après coup [2]. Cette analyse a tendance à évacuer ce qui s'est passé en amont de l'erreur et ce qui s'est passé autour, comme si une erreur survenait toujours seule, dans un monde par ailleurs parfait. Dans le même temps, l'intrusion souhaitée ou crainte du juge modifie encore la donne et ses critères, ainsi que son cadre, qui n'est plus médical mais juridique : non plus se soigner mais punir. À la souffrance, la colère et le désir de comprendre d'un côté, répond la culpabilité, le doute et la crainte de vengeance de l'autre côté. Ainsi quand survient le pire, le divorce est légitime mais paradoxalement impossible tant la relation devient encore plus obligée et les protagonistes, la victime comme celui qui est présumé plus ou moins responsable, sont à la fois solidaires, souffrants et séparés l'un de l'autre.

Si la séparation—répulsion—tension est possible entre ce soignant là et ce patient là, ce dernier ne peut pas se séparer des soins en général et doit, encore plus qu'avant, s'en remettre à des soignants. De même le soignant peut difficilement renoncer à ses activités de crainte d'apparaître comme reconnaissant ses fautes. Il n'y a pas d'autre choix que de continuer à se soigner pour les patients, et à soigner pour les soignants [3].

Comment alors « traverser ensemble l'erreur médicale » comme le dit Dominique Davous, auteure du magnifique film « Que reste-t-il de nos erreurs ? ». Comment « Annoncer le dommage associé aux soins » comme se donne de nous aider à le faire le très documenté guide de la HAS ? Il faut pour cela bien entendu accompagner chacun à la mesure de ses souffrances et de ses besoins. Il faut aussi traiter les conséquences de l'erreur médicale pour le patient et son entourage mais aussi pour le soignant et l'équipe de soin à laquelle il appartient [4].

Mais il faut aussi analyser l'erreur qui s'est produite et les facteurs de risque qui l'ont rendue possible pour en tirer enseignement, de façon à ce qu'elle ne se reproduise plus.

De façon aussi à permettre, comme c'est souvent le cas, de mettre en évidence des zones de fragilité pour les analyser, elles aussi, de façon à les traiter avant qu'elles n'aient de conséquences. Il faut bien sûr soigner, analyser et comprendre mais aussi et peut-être surtout, continuer à se parler et ne pas limiter les échanges aux aspects juridiques, si légitimes soient-ils. C'est bien sûr, extrêmement difficile et nécessite un accompagnement soutenu et pertinent. À ce point de vue, s'ils sont utiles et ardemment justifiés et souhaités, les conseils prodigués par les assurances en responsabilité civile et professionnelles n'aident que partiellement les médecins à se rasséréner tant la question est avant tout, et très largement humaine et donc éthique. C'est ici le sens donné à l'intégration des espaces éthiques dans les différentes structures de soin pour pouvoir aider et donner des outils pour penser le soin [5]. En cela la réflexion éthique a été décrite comme un moyen de prévention de l'épuisement par sa capacité à chercher et à donner du sens. La réflexion éthique implique de se confronter à la complexité des situations et à les admettre, ce qui en fait un outil efficace contre ces raccourcis tout puissants qui cherchent LE coupable [6]. Pour permettre le discernement requis elle s'appuie sur des bases théoriques multiples et cette possibilité d'aborder un problème sous différents angles est un moyen de ne pas s'y épuiser. C'est aussi une méthode de décision et d'apaisement [7]. Précisons que la construction d'une charte éthique n'est pas qu'un outil normatif. Elle est avant tout un chemin qui facilite l'action, en en individualisant chaque mouvement et la force qui l'a mis en place. Cette réflexion oblige à mettre en lumière ses représentations du soin, pour pouvoir les partager voire les discuter. C'est pourquoi la réflexion éthique engagée est un atout précieux : elle réhabilite dans nos quotidiens l'esprit critique et la capacité de répondre de ses actes, non pas en tant qu'actes, mais bien en tant que mobilisation de valeurs sous tendues dans chaque action ou absence d'action. La réflexion éthique produit du sens et assure le fil conducteur des actions de chacun individuellement mais aussi du groupe en globalité. Même s'il n'est pas forcément souhaitable, ni en tout cas réaliste d'aboutir toujours à des comportements aussi exemplaires que celui de Linda Kenney fondatrice aux États-Unis du MITSS Medical qui, après avoir subi une grave erreur médicale, se donne comme mission d'accompagner patients et soignants impliqués dans des erreurs médicales, il nous semble que de la façon dont on se parle quand survient le pire dépend aussi celle dont se déroulent les échanges du meilleur [8].

Comment peut-on être médecin ?

Si le patient est condamné à habiter comme il le peut ses maladies, il en est de même pour le soignant et sa profession. Comme le dit très justement Martin Winckler, dans « La Maladie de Sachs » : « la médecine est une maladie qui frappe tous les médecins, de manière inégale. Certains en tirent des bénéfices durables. D'autres décident d'un jour de rendre leur blouse, parce que c'est la seule possibilité de guérir — au prix de quelques cicatrices. Qu'on le veuille ou non, on est toujours médecin. Mais on n'est pas tenu de le faire payer aux autres, et on n'est pas, non plus, obligé d'en

crever. ». La médecine est un métier de poids, qui pèse et qu'il faut donc apprécier et à sa juste valeur sous peine d'être écrasé par lui. C'est aussi un symptôme de l'état d'une société.

Pourquoi devient-on médecin ? Vaste question complexe interrogeant l'histoire et les motivations de chacun. Nous en pressentons quelques-unes des grandes lignes mais nous n'irons pas plus avant ici. Comment devient-on médecin ? Nous l'avons rapidement évoqué et renvoyons le lecteur aux travaux sur le *hidden curriculum* et sur la pédagogie médicale.

Enfin, paraphrasant Montesquieu, nous nous demandons : « comment peut-on être médecin ? ». C'est ici que se pose la question éthique. Elle se pose vis-à-vis de soi-même pour chaque soignant et aussi vis-à-vis de ses patients et de la collectivité. Comment assumer le rôle du docteur, même quand on n'en n'est pas fier ni même satisfait de ce que l'on a fait ni de ce que l'on est ? Comment accepter d'être celui qui annonce les souffrances à venir, la mort prochaine, l'erreur et ses conséquences... ? Comment supporter le rôle de « bouc émissaire », même mérité et même partiel tel que l'évoque le philosophe René Girard, d'autant que la quête du sens par le patient est souvent totalement inaccessible au praticien et parfois même au patient lui-même ? [9].

Comment trouver sa juste place et l'habiter alors que la médecine est fondée sur la légitime centration sur le patient. Si l'approche philo-psycho de Rogers nous semble utile à explorer, elle n'épuise pas la question : trouver la juste place pour aider le patient sans l'amputer de sa responsabilité [10]. C'est aussi la question de l'engagement qui se pose telle que la situe Joan Tronto : « le care se conçoit comme un processus actif destiné à dépasser la simple question du jugement pour marquer différents degrés d'engagement dans les situations : se soucier de, prendre en charge, prendre soin ».

Métier d'humanité et d'humilité à la fois, la médecine oblige le soignant à avancer prudemment sur une ligne de crête toujours ténue, surtout lorsqu'il prend conscience de ses fragilités qui paradoxalement le confirment comme être humain d'autant plus fiable qu'il est faillible. Comme le dit le chanteur J.J. Goldman : « Elle a comme une p'tite douleur dans l' REGARD, cette ombre qui rend les gens fréquentables ». Et pour être plus académique, citons ici Simon Critchley « la philosophie ne commence pas dans une expérience de l'émerveillement comme le soutient la tradition antique, mais plutôt avec le sentiment indéfini mais tangible que quelque chose de désiré n'a pas été atteint, qu'un effort fantastique a échoué... La philosophie commence dans la déception » [11].

De même que le malade n'est pas que malade, le soignant n'est pas que soignant, et c'est heureux. Comment peut-il trouver un équilibre et une harmonie entre son identité professionnelle et son identité tout court. Comment gérer l'impact réciproque de l'une sur l'autre ? Comment enfin participer à la vie des gens tout en construisant la sienne propre ?

Paul Ricoeur cite la Règle d'or attribuée au talmudiste Hillel : « Ne fais pas à ton prochain ce que tu détesterais qu'il te soit fait [12]. C'est ici la loi tout entière, le reste est commentaire. ». « Tu aimeras ton prochain comme toi-même » marque la filiation entre la sollicitude et la norme de réciprocité. Le passage de la sollicitude à la norme est

étroitement solidaire de la dissymétrie de base qui place l'un dans la position d'agent et l'autre dans celle de patient, dans la mesure où c'est sur cette dernière que se greffent toutes les dérives maléfiques de l'interaction commençant avec l'influence et s'achevant dans le meurtre : « Tu ne tueras point ». Et Ricoeur de continuer : Lévinas inverse la formule « pas d'autre que soi sans un soi » pour lui substituer la formule inverse : « pas de soi sans un autre qui le convoque à la responsabilité ». À l'estime de soi, l'amitié ajoute l'idée de mutualité dans l'échange entre des humains qui s'estiment chacun eux-mêmes... Un soi rappelé à la vulnérabilité de la condition mortelle peut recevoir de la faiblesse de l'ami plus qu'il ne lui donne. À l'estime de soi entendue comme moment réflexif du souhait de la vie bonne, la sollicitude ajoute essentiellement celle du manque qui fait que nous avons besoin d'amis ; par choc en retour de la sollicitude sur l'estime de soi, le soi s'aperçoit lui-même comme un autre parmi les autres.

Je e(s)t tu

Dans son très bel ouvrage, « Je et Tu », Martin Buber trace les grandes lignes philosophiques d'une relation épanouissante. Après avoir souligné que « ce n'est pas le langage qui est dans l'homme, mais l'homme qui est dans le langage », il note que les bases du langage ne sont pas des mots isolés mais des couples de mots, des rapports, des mots en relation [13].

Pour Buber, le « je » de l'homme ne se conçoit pas autrement que dans la relation. Il est double lui aussi. Le mot fondamental Je—Tu fonde le monde de la relation. Je deviens « je » en disant « tu ». L'esprit n'est pas dans le Je, il est dans la relation du Je au Tu : « Il n'est pas comparable au sang qui circule en toi, mais à l'air que tu respirez ». Toute vie véritable est rencontre. Et ce qui est né de la philosophie prend corps dans la découverte de l'importance des nuerone miroirs. Dans une très belle conférence, Jean-Claude Ameisen développe cette notion de l'autre en soi car la compréhension du monde passe par sa résonance au sein de nos propres circuits neuronaux. L'instant véritablement présent et plein n'existe que s'il y a présence, rencontre, relation [14]. Dès que le Tu devient présent, la présence naît. Lorsque suivant un chemin, nous rencontrons un autre homme qui venait à notre rencontre, suivant aussi son chemin, nous ne connaissons sa partie du chemin que dans la rencontre. La relation avec le Tu est immédiate et réciproque et le mot-principe Je—Tu ne peut être prononcé que par l'être entier. Le « je » du couple verbal Je—Tu est différent du « je » du couple verbal Je—Cela qui est entouré de choses toujours partielles et passées, dénuées de présence, de vie. Par conséquent, il est aussi partiel. Mais, prévient Buber, tout reste toujours possible dans un sens comme dans l'autre, car chaque Tu, une fois le phénomène de relation écoulé, devient forcément un Cela et, inversement, chaque Cela, s'il entre dans la relation, peut devenir un Tu. De plus, précise Buber, « l'homme ne peut vivre sans le Cela, mais s'il ne vit qu'avec le Cela, il n'est pas pleinement un homme ».

Je ne suis pas le même selon le type de relation que j'établis avec le monde et les êtres qui le peuplent. Si je considère l'autre comme un objet, un « Cela » alors mon identité, mon « je » est celle d'un « je—Cela ». Si je me

relationne à l'autre comme à un individu, un autre « je », c'est-à-dire un « tu » alors, moi-même, je suis un « je » en relation avec un « tu » : un « je-tu ».

Pour définir la nature de cette relation réciproque, Buber utilise le terme de « confirmation ». Si je reconnais l'autre comme un « tu », alors je le confirme en tant que « je ». Dans le même temps, il me confirme comme un « tu » pour lui et cette confirmation mutuelle intègre le présent et les potentialités de chacun.

Ainsi la relation du médecin à ses patients est-elle à la fois constitutive et expression de l'être qu'il est comme soignant et comme personne car son humanité ne s'arrête ni à la porte de sa maison ni à celle de son cabinet [15].

Épuisement professionnel et erreur médicale, deux phénomènes qui interrogent l'existence d'un fondement où se trouvent impliqués développement technique et éthique. Et dans le même temps, la relation qu'établit le patient avec ses soignants est éclairante sur l'idée qu'il se fait à la fois de ses maladies et des aides qu'il peut obtenir des soignants mais aussi de lui-même, de ce qui est important pour lui et donc de ses valeurs et représentations. Prendre soin de ses soignants est ainsi une façon de prendre soin de soi-même.

Prendre soin de ceux qui nous soignent

Quels liens entre soin du patient, soin du soignant et soin du soin ? Nous militons pour que la réflexion sur la médecine et sa place s'insère dans le contexte de l'humanité et du soin plutôt que le contraire : ce n'est pas le soin qui est dans la médecine mais la médecine qui est dans le soin et plus largement dans les relations entre les hommes. Ainsi le soin du soin est comme l'air que l'on respire. Il définit le contexte dans lequel s'effectuent les rencontres entre médecins et patients [16]. De la conception qu'ils se font de l'être humain et de l'aide qu'ils peuvent s'apporter les uns les autres, dépendent la qualité des soins prodigués et reçus. Et le prendre-soin destiné au soignant ne vient pas en concurrence mais potentialise les soins prodigués aux patients. Prendre soin de ceux qui nous soignent, c'est avant tout prendre la mesure du soin que nous nous portons à nous-mêmes. Respect, délicatesse, importance, bienveillance pour soi-même induisent logiquement la même approche pour ceux qui nous aident dans nos difficultés. Ainsi patient et soignant ne sont-ils pas comme deux eaux qui se partageraient un récipient mais comme le feu ou l'amour qui se potentialisent. Plus je me respecte, plus je respecte mes soignants et réciproquement [17].

Citons encore Paul Ricoeur : « l'égalité ne se fait pas entre des parts mais entre le rapport de l'un à sa contribution et le rapport de l'autre à sa contribution différente ». Et enfin, Pierre Hadot [18] qui nous rappelle que « pour Platon ce qui compte, c'est la pratique du dialogue et la transformation qu'elle apporte... Le dialogue socratique aboutit à une aporie, à une impossibilité de conclure. C'est parce que l'interlocuteur découvrira la vanité de son savoir, qu'il découvrira en même temps, sa vérité, c'est-à-dire que passant du savoir à lui-même, il commencera à se mettre lui-même en question. Autrement dit, dans le dialogue socratique la vraie question qui est en jeu n'est pas ce dont on parle mais celui qui parle ».

La prise en compte de l'humanité du patient est amputée et altérée si elle évacue celle du soignant. Une approche qui ne verrait dans ce dernier qu'un outil technique dont il faut s'assurer du bon fonctionnement, l'une de ses compétences étant d'apprécier et de respecter l'humanité de son patient, serait non seulement réductrice mais contre-productive. Pour être maîtrisée, l'humanité du soignant doit être reconnue, accompagnée et valorisée, dans un constant soucis d'autonomisation [19]. Cette visée, avant tout professionnelle, s'inscrit aussi dans un contexte plus large, incluant le patient et la société toute entière et reconnaissant l'humanité, la richesse, la difficulté du soin et la valeur du libre arbitre.

Conclusion

Épuisement professionnel et erreur médicale, deux phénomènes qui interrogent l'existence d'un fondement où se trouvent impliqués développement technique et éthique, et nous revenons ici au tout début de ce triptyque.

Une réinterprétation humaniste de la science engageant la médecine apparaît comme un chemin de « transcendance dans l'immanence » que partageront victime et responsable d'erreur dans la nécessité de continuer à vivre ensemble.

Cela se chez Husserl dans sa critique du « psychologisme » et du « sociologisme » au nom desquels les sciences humaines voudraient réduire l'homme à une physique des idées, des actions et des sentiments. L'autre idée courante a été de penser la réalité socioéconomique en opposition à la transcendance alors qu'elle en est la source.

Science et erreur ne peuvent être dissociées. L'ouverture sera de penser l'erreur comme une « cécité qui ferait voir » pour reprendre l'expression de Platon. Le plus important est de chercher à « en découvrir la cause et en expliquer la source » afin qu'elle ne se répète pas. « L'erreur pour Georges Canguilhem, est l'aléa permanent autour duquel s'enroulent l'histoire de la vie et le devenir des hommes » écrit Michel Foucault [20]. Un enroulement qui démontre que l'erreur a une consistance et une histoire. Elle n'est pas seulement l'expression d'une impossibilité de connaître et de reconnaître la chose dans son intégralité, mais la traduction d'une carence institutionnelle ou d'un désir personnel que les sciences humaines bien orientées tenteront d'explorer. « La grandeur de l'homme est grande en ce qu'il se connaît misérable » et Pascal souligne ici le paradoxe qui caractérise la condition humaine, celui de posséder une conscience perfectible et transmissible, fondatrice de tout savoir mais aussi capable de renaissance. Et c'est là la meilleure réponse à apporter à nos erreurs [21]. Encore faut-il y être engagé et c'est en cela que la souffrance du soignant interroge, car elle est ici une belle opportunité de questionnement et d'action. Ainsi lorsqu'elle existe, la souffrance potentielle du soignant ne doit pas être réduite un simple problème de « gestion de personnel » mais doit bien rester le défi existentiel et éthique fondateur d'un mieux à venir.

Nous n'avons de choix que de le relever. En écho à l'approche de Rogers dans son analyse de la dynamique de la relation d'aide et la priorité donnée à l'identité qui se construit dans l'interaction, rappelons pour terminer l'aphorisme de Hillel, valable tant pour le patient que pour

le soignant : « Si je ne suis pas pour moi, qui le seras ? Et si ce n'est maintenant, quand ? Et si je ne suis que pour moi, que suis-je ? ».

Déclaration de liens d'intérêts

Les auteurs déclarent ne pas avoir de liens d'intérêts.

Références

- [1] Galam E. Relation médecin-malade : pour le meilleur et pour le pire. *Medecine* 2009;5:231–4.
- [2] Chevret B. L'après coup. *Prolégomènes. Rev Fr Psyc* 2006;70:246.
- [3] Lamau ML. Manuel de soins palliatifs. Paris: Édition Dunod; 1996.
- [4] Orfali K. L'ingérence profane dans la décision médicale. Paris: *Revue française des affaires sociales*; 2002.
- [5] Muller D. Traiter de la bioéthique : un exercice de haute vulnérabilité. *Rev Ethique Theol Morale* 2011;265:144.
- [6] Hervé C. Éthique médicale ou bioéthique. Paris: L'harmattan; 1997 [160 p.].
- [7] Galam E. La souffrance du médecin mis en cause par un patient. *Responsabilité* 2009;9(36):20–3.
- [8] Van Pelt F. Medically induces trauma and compassion: Reflections from the sharp end of care Indian. *J Anaesth* 2010;54(4):283–5.
- [9] Portal T. Crises et facteurs humains : les nouvelles frontières mentales des crises. Paris: De Boeck; 2009.
- [10] Bioy A, Maquet A. Se former à la relation d'aide. Paris: Dunod; 2015.
- [11] Critchley S. Une exigence infinie. Paris: François Bourin Éditeur; 2013.
- [12] Ricoeur P. Soi-même comme un autre. Paris: Seuil; 2015.
- [13] Buber M. Je et Tu. Paris: Aubier; 2012.
- [14] Ameisen JC, Morin E. Conférence sans tabou. L'Humain et le biologique 2014. [En ligne. Page consultée le 12/04/2017]. <https://www.youtube.com/watch?v=YUu9N53rWW8>.
- [15] Galam E. Prendre soin de ceux qui nous soignent... et puis quoi encore ? 2017 [En ligne. Page consulté le 15 avril 2017]. <https://theconversation.com/prendre-soin-de-ceux-qui-nous-soignent-et-puis-quoi-encore-74653>.
- [16] Barrier P. Un aperçu de la question éthique dans la relation de soin. *Traité de bioéthique*. Paris: Éres; 2010. p. 179–88.
- [17] Corneau G. La guérison du cœur. Paris: J'ai lu; 2003.
- [18] Hadot P. Qu'est-ce que la philosophie antique ? Paris: Gallimard; 1995.
- [19] Maillet C. Du chantier naval au grand large. Paris: Ed Réciproques; 2010.
- [20] Macherey P. La force des normes : de Canguilhem à Foucault. Paris: Broché; 2009.
- [21] Lombard J, Vandewall W. Philosophie pour les professionnels de la santé. Paris: Seli Arslan; 2010.