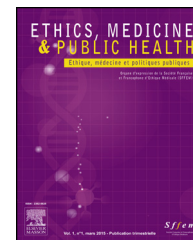




Available online at
ScienceDirect
www.sciencedirect.com

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



DIALOGUE

Habiter la médecine



Live within medicine

**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.

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 est à prendre en compte. Les prises de décisions sont organisées sur le modèle de personnalité du soignant et cela comme en toute décision pour lui-même le soignant est en équilibre entre la notion de liberté et celle de sécurité. Et ce choix est d'autant plus impitoyable qu'en tant que soignant, il n'implique pas que lui-même et risque de faire appliquer « son » modèle à une personnalité qui fonctionne parfois complètement différemment.

Tel est le cas d'Icare enfermé dans un labyrinthe. Son père Dédale, lui aussi claquemuré, confectionne des ailes avec de la cire et des plumes afin qu'ils puissent tous deux se libérer. Il interdit à son fils de s'approcher trop près de la mer, à cause de l'humidité, et du Soleil, à cause de la chaleur. Mais Icare, grisé par le vol, oublie l'interdit et s'approche du Soleil ; la cire et ses ailes brûlent et Icare meurt. Oubliant les interdits de ses maîtres, le médecin peut lui aussi se brûler les ailes, être incendié, grillé, brûlé de l'intérieur – en *burnout* – d'autant qu'il aura choisi – avec ce que cela signifie d'intensif et d'exclusif, d'audacieux et de périlleux – d'« habiter la médecine », c'est-à-dire « vivre par, pour la médecine » et non d'« être habité par la médecine » – au sens du mot latin « habitus » que reprend la sociologie comme une « manière d'être, disposition d'esprit ».

DOIs des articles originaux :

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

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

* Auteur correspondant.

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

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

2352-5525/© 2017 Publié par Elsevier Masson SAS.

Et ce vécu sera d'autant plus difficile qu'il amène avec lui dans sa chute d'autres entités comme le patient lui-même mais aussi une part du système de santé voire parfois de la probité de la profession.

Ainsi, la rechercher des critères du bien faire nécessite de questionner en amont non les pratiques soignantes, surtout lorsqu'elles ne sont pas optimales, mais aussi la question des fondements intrinsèques de l'action, qui porte ses racines dans l'individu lui-même, posant ainsi implicitement la question des failles, défaillances et vulnérabilités du sujet.

Tenir compte du fait que les médecins habitent la médecine est d'autant plus difficile que ceux-ci sont fragilisés voire dysfonctionnels, au point de devoir être eux-mêmes aidés. Hippocrate affirmait : « Le médecin aura une bonne couleur et de l'embonpoint. Car la foule s' imagine que ceux dont le corps n'est pas aussi en bon état ne sauraient soigner convenablement les autres. » L'exigence du précepte hippocratique s'est renforcée et a rendu l'image de celui qui « habite la médecine » incompatible, aujourd'hui, avec celle d'une personne en détresse.

Ainsi pour les patients comme pour la société et les médecins eux-mêmes, il s'agit là d'une remise en question d'un repère fondamental à la fois rassurant et utile. Le médecin n'est-il pas censé être toujours disponible, efficace et, grâce à une présence uniquement professionnelle, non menaçant ?

D'ailleurs, la médecine ne s'efforce-t-elle pas, avec plus ou moins de succès, nous allons le voir, d'oublier voire d'évacuer insidieusement les personnes soignantes ?

Dans une 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.

Habiter la médecine

Edgar Morin affirme que des solutions existent quand les systèmes sont devenus incohérents en faisant advenir des élans de solidarité. C'est dans cette lignée qu'il faut situer Balint, Rogers, Schon et Argyris, Klotz, Wallace... « Ce qui sauve » se situe moins dans la dénonciation d'une médecine ultra technicisée que dans notre capacité à réinterroger les procédures et puiser les ressources du dire qu'explorent les sciences humaines pour nous permettre de ré-insuffler du sens humain. Cela signifie habiter la médecine et en revoir les couleurs au fur et à mesure de nos émotions. Le travail du soignant sur lui-même est le seul garant de l'utilisation de tons harmonieux.

Conscients que le médecin n'est pas n'importe quel soignant ou un simple technicien, les Grecs, ces enfants de la Raison, situaient le médecin dans la lignée d'Esculape. Apollon, Hygié et Panacé dans le Serment d'Hippocrate, car s'ils ne sont pas à l'origine des maladies, ils protègent le médecin des excès du commun. La question sera de savoir comment la société moderne, qui a gommé le mythe, réussit à restituer la transcendance, en coupant paradoxalement les racines de ses fondamentaux philosophiques. Et comment se les réapproprier, à bon escient, lorsque le médecin n'est plus par

définition philosophe, et dans une situation de leurre où on imagine les sciences dites dures en opposition même avec cette discipline ?

L'evidence based medicine (EBM) amputée

À force de ne retenir que ce qui semble le plus important, on risque fort d'évacuer l'essentiel. Ainsi l'EBM, telle qu'elle était conçue par ses fondateurs se donnait de prendre des décisions fondées non seulement sur les preuves, mais aussi, sur l'expertise du clinicien et sa façon d'exercer la médecine, d'une part, et les préférences et donc les valeurs du patient, d'autre part [1].

Si l'avancée indéniable représentée par l'existence des études cliniques randomisées, des recommandations nationales voire internationales fondées sur les preuves de gros travaux de recherche et par les recommandations argumentées de bonnes cliniques développées par les sociétés savantes, force est de constater qu'elles ne sauraient résumer parfaitement la réalité unique et complexe de la situation du sujet malade entouré de son équipe soignante.

Et ces 2 registres, pratiques du soignant et valeurs du patient sont interchangeables, enrichis qu'ils sont des pratiques du patient et des valeurs du soignant [2]. De même, au niveau logique supérieur, les pratiques et valeurs sociales et culturelles viennent pondérer, et parfois avec force, les données factuelles. Et ce n'est qu'une nécessité de l'entendre comme le démontre de nombreuses études dans différents pays du monde, y compris provenant de pays dont les patients sont communément considérés comme observants [3]. C'est, au fond, la question du vivant dans les pratiques médicales qui est ici posée et donc celle des identités de soignant et de patient. La prise en compte de la nécessaire implication des patients, à la fois pertinente et difficile, est déjà largement entamée ne serait qu'avec les travaux sur l'éducation thérapeutique ou l'entretien motivationnel ou ceux de la Haute Autorité de santé (HAS) qui développe notamment des outils incitant le patient à « oser parler avec son médecin », « oser parler avec son pharmacien », développer la décision partagée, faire valoir le point de vue des usagers [4]. La prise en compte des soignants est, elle, encore loin d'être optimale. Or la relation de soin se fait à deux et plus et si l'on ne travaille que sur un seul des éléments de la relation on peut aisément imaginer construire ce qui s'apparenterait à un nouveau déséquilibre dans cette relation.

Le burnout disqualifié

C'est un mouvement inverse qui est constaté pour le *burnout*. Après une longue période de déni lorsqu'il n'était décrit que chez les soignants, il est maintenant étendu à l'infini et dans le même temps limité à sa dimension d'épuisement. Dès lors, réduit à un symptôme, son existence même est controversée par la profession et ses implications existentielles totalement tabous. Si les enjeux de définition sont importants notamment en termes réglementaires et financiers, ils le sont aussi en termes culturels et symboliques. La question du sens du travail est fondamentale. Au déni des patients-soignants frappés d'épuisement et qui font effort pour surmonter ce qu'ils vivent comme une

défaillance, vient faire écho celui des « sachants » et scientifiques qui ont la forte tentation de ne retenir du *burnout* que la composante d'épuisement [5].

De nombreux arguments laissent penser que le *burnout* est la traduction d'un fait de société. Une essence du domaine de la toxicomanie, de la sphère des soignants et des aidants, une dominance de facteurs personnels ou environnementaux, un sens réduit à un épuisement émotionnel, une dépersonnalisation et une dévalorisation couramment oubliées, la revendication par d'autres classes sociales sujettes aux mêmes symptômes attestent une, appartenance à la modernité, qui ne reconnaît la personne qu'à l'aulne de la réussite professionnelle. *Time is money*, adage économiste, réductionniste, utilitariste qui traduit l'incursion du financier dans la sphère du social et du médical avec elle malheureusement des effets délétères : totipotence et omniperformance. Le statut social, l'emploi, le culte de la performance, l'urgence, la concurrence exacerbée, tous les motifs centrés sur le moi sont devenus des priorités. La modernité marquée sous le registre de l'exigence prend des reliefs plus particuliers encore quand elle touche le médecin. L'aidant doit être un battant, un être sans limites associant compassion et détachement émotionnel. La réalité du « *burnout* » est ainsi d'autant plus controversée que ses composantes le sont. L'accomplissement personnel est ainsi mis au placard, comme s'il n'était pas important alors qu'il représente quand même la clé du positionnement par rapport au travail. L'évacuer, c'est aussi évacuer le vécu de la personne du patient au profit de sa pathologie d'épuisement. Cette méthode de rationalisation représente peut être aussi une forme de protection de la part du soignant qui prend en charge son confrère malade, lui permettant d'oublier alors qu'il est lui aussi vulnérable. De même, minimiser, négliger ou évacuer la dimension « dépersonnalisation » conduit tout logiquement à diluer les soignants et autres aidants, dans l'ensemble de tous les travailleurs, le type du travail effectué important finalement peu. On l'a compris, cette réduction du *burnout* à l'épuisement conduit logiquement à nier l'existence même du *burnout* en tant qu'entité [6].

Dans le même mouvement qu'elle est étendue à l'infini, la problématique du *burnout* est amputée de sa spécificité et donc de son existence même. Si tout le monde peut être en *burnout*, personne ne peut plus l'être : trop de *burnout* tue le *burnout*. Tout logiquement l'extension du champ potentiel de l'épuisement devenu « professionnel » (et non plus émotionnel) dilue du même coup la spécificité de la place des aidants. Ainsi, de même s'ils sont historiquement ceux chez qui la maladie a été décrite, même si nombre d'études récurrentes confirment qu'ils sont particulièrement touchés, les aidants sont une nouvelle fois enjoins à continuer à aider les autres, sans faire de problèmes avec leurs difficultés « personnelles ». Ils sont ainsi condamnés à faire comme s'ils croyaient vraiment qu'ils sont des supers héros indestructibles. Ce devoir de réserve et de silence vient confirmer à leurs yeux la double peine qui leur interdit à la fois d'avoir besoin d'aide et de le demander. Et cela leur interdit aussi implicitement d'habiter leur profession, de se sentir pleinement légitimes et de devenir ainsi pleinement autonomes dans l'exercice de leur art [7].

Le médecin, en tant que personne humaine, est toujours bel et bien présent et c'est aussi une chance. C'est pour cela qu'il est nécessaire de lui permettre de ré habiter son humanité dans le soin.

L'identité professionnelle

Le remède-médecin

Selon Michael Balint, le remède le plus souvent utilisé en médecine générale est le médecin lui-même. C'est pour préciser les posologies, contre-indications, effets indésirables de ce « remède-médecin » que cet auteur a inventé un dispositif éponyme de formation et de recherche [8]. Le groupe « Balint » se fonde sur la rencontre régulière, sous la conduite d'un leader spécialement formé, d'un petit groupe de 6 à 12 soignants rapportant des histoires issues de leurs pratiques professionnelles en se centrant sur les éléments de narration et de vécu et ce, dans un contexte non normatif, de non jugeant et d'enseignement mutuel à partir d'une discussion bienveillante et non théorisée. À partir de ce travail mené au siècle dernier, Balint a introduit un certain nombre de notions théoriques très fécondes pour l'optimisation de la relation médecin-malade, d'une part, la satisfaction de son exercice pour le soignant, d'autre part. En particulier, la notion de « fonction apostolique du médecin » est définie ainsi : « il semble que chaque médecin ait une idée vague mais quasi inébranlable de la façon de se comporter quand on est malade et se comporte comme s'il était de son devoir de convertir ses patients à sa foi ». Il s'agit donc de la conception que se fait le médecin de ce qui fait le « bon » malade et qui influence ses pratiques du soignant. Le propos de la formation Balint est, pour le médecin, de prendre conscience de ses valeurs et d'en tenir compte pour ne pas être perturbé par elles. On comprend ainsi qu'il s'agit aussi, par-delà le bon malade, d'approcher, pour chaque médecin, l'idée qu'il se fait du bon médecin qu'il s'efforce d'être. L'objectif du travail de formation professionnelle, selon Balint, est de prendre conscience de ses propres valeurs et représentations conduisant à une modification limitée mais considérable de la personnalité professionnelle du soignant.

Comment puis-je aider les autres ?

Carl Rogers est l'un des pères fondateurs de la psychologie humaniste. C'est un psychologue philosophe qui appuie sa réflexion sur le fait qu'il estime que le seul moyen d'aider une personne est de l'aider à s'aider elle-même [9]. Pour écouter l'autre, Rogers estime qu'il faut d'abord s'écouter soi-même. Dans ma relation à l'autre et les mots qui la véhiculent, je dois bien distinguer ce qui relève de mes problèmes ou de mes désirs, et ce qui relève des problèmes et désirs de l'autre. « Dans mes relations avec autrui, j'ai appris qu'il ne sert à rien, à long terme, d'agir comme si je n'étais pas ce que je suis. ». Cette affirmation est d'autant plus forte qu'elle est relative. Qui donc pourrait parler à ma place ? Et dans le même temps comment pourrais-je me permettre de parler à la place d'un autre ? La *congruence* est définie comme l'adéquation la plus parfaite possible entre mon expérience, la perception que j'en ai et mon

comportement : ce que je vis, ce que j'écoute, ce que je donne à écouter. Pour susciter la parole de l'autre, par une « écoute active », la congruence représente le critère majeur et premier dès lors qu'elle est perçue par le client. Cette ambition à l'authenticité pendant les entretiens est extrêmement difficile à tenir et toujours remise en question. Elle semble relever d'un absolu, à la recherche d'harmonie entre les sentiments, les idées, les mots, les intonations, les gestes, ou encore entre les interlocuteurs qui réalisent alors un « beau » ballet. Pourtant elle est toujours forcément relative et donc sous tension ne serait-ce que par la tentation permanente de se cacher, jouer un jeu, ou tout simplement, penser à autre chose. D'ailleurs Rogers se pose la question : « Puis-je arriver à être d'une façon qui puisse être perçue par autrui comme étant digne de confiance, comme sûre et conséquente au sens le plus profond ? » Puis-je à la fois assumer mes forces, mes faiblesses et mes contradictions et tendre à être transparent, simplement présent à moi-même devant autrui ? Rogers analyse ensuite les autres conditions de la relation d'aide que sont le non jugement et l'empathie et que nous ne développerons pas ici [10]. Retenons simplement que pour aider l'autre, il faut avant tout être soi-même et à sa juste place. En somme, pour Rogers, l'identité professionnelle prime sur la compétence relationnelle (non jugement) qui elle-même précède la capacité de compréhension empathique.

Citons ici les travaux de Rémi Gagnaire qui souligne que la juste action de soin se fait dans une distance relative toujours bienveillante mais adaptée à chacun avec un espace pour pouvoir la réfléchir et la travailler, voire la retravailler en fonction des temps et expériences de chacun [11].

Développer la réflexivité : réfléchir sur son reflet

Réfléchir et construire cette posture dans le soin fait aujourd'hui aussi partie de l'enseignement prodigué aux médecins en formation. Depuis maintenant une dizaine d'années, les départements de médecine générale de France fondent leur activité pédagogique sur le paradigme constructiviste à partir notamment des travaux de Argyris et Schön [12]. Axé sur une stimulation des compétences de l'apprenant plutôt que la dispensation d'un savoir descendant, cette approche se fonde largement sur le développement de la capacité réflexive de l'apprenant dans ses aspects cognitif et phénoménologiques. La réflexivité peut être définie comme l'aptitude à réfléchir sur son reflet : prendre conscience (reflet) et analyser (réflexion) mes comportements en situation à partir du postulat que je fais partie intégrante des soins que je dispense et que la prise en compte du contexte est aussi nécessaire que celle de mes difficultés, fragilités, questionnements et ressources. Ainsi les internes de médecine générale doivent développer leur capacité à tenir compte des modalités et critères de leur action en situation, notamment lorsqu'ils sont confrontés à des difficultés. Pour ce faire, ils doivent rédiger des traces d'apprentissage sous forme de récits de situation complexes authentiques (RSCA) qui comportent toujours une partie narrative non limitée aux éléments strictement biomédicaux. Le RSCA renseigne sur la capacité à décrire et s'enrichir d'une situation.

Dépendant de la contingence, l'apprentissage clinique, par-delà la connaissance académique, devient un art encore plus difficile quand le jeune médecin se retrouve sans y avoir été préparé, face à des situations humaines difficiles auxquelles il n'avait pas été préparé. La confiance altérée dans son système d'encadrement, l'erreur à laquelle il sera plus ou moins directement confrontée, les concrètes distorsions éthiques qu'il observera ou dont il sera un des maillons, affectera des actes habituellement effectués sans difficulté. Ainsi l'erreur au-delà de générer de la souffrance est aussi génératrice d'erreur. Et tout l'art de l'encadrement est d'énoncer ces possibles et de permettre aux mots de rétablir de la confiance, durablement.

Quand l'erreur est la traduction d'un désir, il sera nécessaire de repenser le lien entretenu avec le patient. Tel est le cas quand la décision adéquate tarde à se manifester : hospitaliser ou ne pas hospitaliser, pour se sentir crédible face à son patient ou à ses pairs, est un des axes de l'apprentissage qu'il conviendra de prendre le temps et l'espace de méditer. À tout instant est pointée la solidarité entre ceux qui ont choisi la même voie, celle d'aider qui sera aussi celle de questionner les temps d'errance. « Je suis solidaire parce que tu es de la famille, de la famille de l'hôpital. Je suis comme ça avec tous ceux qui bossent ici parce que ce qu'on fait est assez difficile comme ça. On n'est pas des surhommes alors si on ne peut pas compter les uns sur les autres, on ne tient pas le coup » déclare le médecin à son fils interne dans le film *Hippocrate* de Thomas Lilti. Et ceci est rendu d'autant plus compliqué que cet allié d'aujourd'hui était le concurrent direct d'hier au moment du concours de première année. Au-delà de ce qui peut être perçu comme des injonctions paradoxales, au-delà du mensonge, de vouloir camoufler un méfait plutôt que d'affronter une réalité qui risquerait de nuire à la notoriété d'un service, d'un hôpital, l'erreur est d'abord le lieu d'un questionnement nécessaire et qui peut devenir salvateur de l'individu comme du groupe. Et il y aura l'aveu, se reconnaître vulnérable, exerce singulier à distance des discours des moralisateurs et des législateurs. Se reconnaître vulnérable car la brèche reconnue est source d'analyses entre senior et jeune médecin mais aussi génératrice d'un dialogue entre soi et soi. Ce travail trouve ses fondements dans ces compétences humaines dont on ne sait pas toujours quoi faire tant il est difficile de les évaluer.

Reconnaître et optimiser nos façons d'être médecins

Bien antérieure à cette évolution, l'Association REPERES se donnait déjà dans les années 1990, de développer cette notion de compétence humaine du médecin à partir d'une recherche conceptuelle et de séminaires de formation médicale continue sur le thème « je soigne comme je suis », « Reconnaître et optimiser nos façons d'être médecins » ou encore « dédramatiser et travailler nos erreurs ». C'est à partir de ce travail qu'elle a développé une grille de positionnement pour aider le praticien à mieux se connaître en tant que soignant (Tableau 1).

L'idée est ainsi de partir de la faille pour y voir une perspective d'apprentissage et de progression. Car une autre

Tableau 1 Typologies identité médecin.
Typology doctor's identity.

Typologies identités médecin	
Pierre Klotz à propos de l'erreur médicale	Association REPERES
De l'attention à l'étourderie	Positionnez-vous sur la ligne par un trait vertical entre les deux extrêmes que sont a et b
De la pusillanimité à l'audace	1. Champ d'intervention : ce qui me concerne
De l'humilité à la suffisance	a. Je ne m'intéresse qu'aux questions organiques
De la misanthropie à la philanthropie	b. Tout me concerne dès lors qu'il est question de la santé de vos patients
De la complaisance à la rigidité	a.b
De l'obstination à la versatilité	2. Degré de directivité : ce qui m'incombe
Du scepticisme à la crédulité	a. Le patient doit répondre aux questions et se soumettre à mes prescriptions
De l'anxiété au mépris du risque	b. C'est au patient de décider ce qu'il faut aborder et les traitements à prendre
Du découragement à l'impavité	a.b
De la confraternité à l'égoïsme	3. Tolérance : ce que j'accepte. L'entourage du patient
De la polarisation à la dispersion des intérêts	a. C'est une « perturbation » qu'il faut limiter au maximum
De la rétention des patients à l'esquive des responsabilités	b. C'est une réalité et souvent une aide à la prise en charge
De l'abstentionnisme à l'acharnement	a.b
Du laisser-faire à l'énergie	4. Rapport au temps : ce qui est bien
De l'indifférence à l'empathie	a. Je pense qu'il faut toujours intervenir au plus tôt
De l'indécision à l'impulsivité	b. J'attends les symptômes ou les demandes par le patient ou son entourage
De l'autoritarisme à la faiblesse	a.b
De la temporisation à la précipitation	5. Rapport au savoir : ce qui est vrai
De la curiosité à l'esprit de routine	a. Je fais totalement confiance à mes connaissances
De la fatigabilité à l'endurance	b. Les connaissances sont toujours partielles, relatives et évolutives
De l'indulgence au dénigrement systématique	a.b
Du mutisme à la verbosité	6. Respect de moi-même : ce qui m'est dû
Du désintéressement à la rapacité	a. Je prends toujours sur moi car c'est moi qui suis le professionnel
Du goût de la technique à la phobie inverse	b. J'estime légitime de tenir compte de mes besoins
	a.b
	7. Implication : ce que j'y mets de moi
	a. Je garde toujours la distance avec ma vie professionnelle et mes patients
	b. Je n'hésite pas à m'impliquer en tant que personne si nécessaire
	a.b

vision est possible : « habiter la médecine » comme on « habite le monde en poète », faisant ici référence à Hölderlin, poète, religieux, philosophe et scientifique qui écrit « Là où croît le péril croît aussi ce qui sauve ». Ainsi ce qui peut apparaître un temps comme une faille peut correspondre en fait à une perspective de progrès. Plus cela peut être réfléchi tôt dans le cursus professionnel plus cela peut permettre au sujet médecin de se sentir confortable et ainsi de tendre vers l'harmonie [13] (Tableau 1).

Le soignant fragilise

Wallace et al. rappellent que les soignants sont l'un des éléments du système de soin et que leur bien-être est aussi un critère de qualité de ce système et donc de sa capacité à donner satisfaction à ses utilisateurs [14].

Outre les indispensables aspects organisationnels, il faut aussi interroger le sens que prend pour eux-mêmes la profession de soignant et donc, d'une part, s'intéresser à leur vécu, et d'autre part, pressentir quelques-uns des grands axes, autour desquels ce vécu se positionne [15]. C'est l'un des objectifs d'une approche qui aurait pu sembler évidente mais qui ne fait qu'émerger : la *values-based medicine* (VBM) médecine fondée sur les valeurs : quelles sont les valeurs collectives et individuelles de chacun, soignants, patients, société, décideurs... ? Comment s'articulent-elles ? Comment se priorisent-elles lorsqu'elles sont contradictoires ? En quoi le soin que le soignant se porte à lui-même lui permet-il ou pas de mieux mettre ces valeurs en action ? Enfin, ces vulnérabilités de soignant ne sont-elles pas aussi une preuve de leur humanité ? [16].

À mesure que se développait l'exigence de qualité des soins, est tout logiquement apparue, avec de plus en plus

de force, celle de « sécurité » comme l'un des éléments essentiels de la qualité.

Démarrant au début des années 2000 notamment à partir de travaux internationaux, le courant du « Patient Safety » est maintenant largement représenté dans les politiques de santé [17]. Et par-delà les procédures de contrôle et d'accréditation mises en œuvre par la Haute Autorité de santé (HAS), c'est aussi d'un nouveau changement de paradigme qu'il s'agit puisque l'on passe ainsi de la culture de la perfection à celle de la « gestion des risques » [18].

Or, selon un rapport du Sou Médical, deux tiers des risques liés aux soins sont liés aux éléments organisationnels et relationnels des soins [19]. Bousculés par l'émergence des maladies chroniques, de l'introduction de critères gestionnaires dans la prise en charge du patient, sur fond d'incertitude liée aux grands nombres et à la notion de sécurité des soins de plus en plus revendiquée, les soignants doivent retrouver un positionnement adapté et qui leur appartient. Ce n'est pas si facile. Nombre d'entre eux se sentent « maltraités » par les institutions, les patients et l'organisation des soins à tel point que l'épuisement professionnel vient s'associer à la crise des vocations renforçant ainsi la tension démographique et les risques d'explosion du système de santé [20].

Le malaise des blouses blanches est tel qu'il a donné lieu en 2016 à un volumineux rapport de l'IGAS sur les risques psychosociaux des soignants mettant en évidence à la fois les contraintes organisationnelles et les spécificités des pratiques de soin [21]. C'est dans cette dynamique, qu'en décembre dernier, a été annoncée par le ministère de la Santé une stratégie nationale de qualité de vie au travail (SNQVT) confirmée le 21 mars 2017 par la présentation par la Ministre du volet ambulatoire de cette stratégie nationale. Cet objectif, s'il est effectivement mis en œuvre, est d'autant plus légitime qu'il existe une réelle souffrance professionnelle chez les soignants. La finalité de cette nouvelle approche est aussi de pouvoir démasquer les tensions éthiques implicites et insuffisamment travaillées dans l'exercice du soin pour permettre au praticien de mieux les appréhender et ainsi de se les réapproprier [22].

Conclusion

Ainsi c'est de la réussite de cette rencontre entre le soi humain et le soi médecin que va pouvoir naître à l'autre la relation de soin.

Cette part médicale du médecin mérite d'être travaillée de manière globale et individuelle. L'importance de la formation au questionnement éthique permettra à l'étudiant et au praticien confirmé d'apprendre à reconnaître et manipuler les concepts, à les articuler, les hiérarchiser pour lui permettre de se les approprier et ainsi lui permettre de se positionner clairement vis-à-vis de lui-même et dans sa relation au patient. Ce patient qui devra lui-même articuler ces valeurs d'autant plus légitimes à ses yeux, que le médecin lui-même les aura légitimées pour lui-même. Cette approche plus humaniste, en son sens ontologique, nécessite si ce n'est un accompagnement au moins une supervision et des échanges renouvelés. Là est l'objet du dernier article de ce triptyque.

Déclaration de liens d'intérêts

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

Références

- [1] Boussageon R. L'evidence based medicine et la légitimité du pouvoir guérir. *Rev Ethique Theol Morale* 2011;266:33–46 [HS].
- [2] Petrova M, Dale J, Fulford B. Values-based practice in primary care: easing the tensions between individual values, ethical principles and best evidence. *Br J Gen Pract* 2006;56:503–9.
- [3] Lihara N, Tsukamoto T, Morita S, Miyoshi C, Takabatake K, Kurosaki Y. Beliefs of chronically ill Japanese patients that lead to intentional non-adherence to medication. *J Clin Pharm Ther* 2004;29:417–24.
- [4] HAS. Rapport communiquer avec le patient 2016. [En ligne. Page consultée le 27/05/2017]. http://www.has-sante.fr/portail/jcms/c_1660975/fr/communiquer-impliquer-le-patient.
- [5] Galam E. Soigner les soignants. La formation implicite des médecins et leurs fragilités. *Medecine* 2015;11:388–90.
- [6] Josse E. Le burn-in et le burn-out 2015. [En ligne. Page consultée le 30/05/2017]. http://www.resilience-psy.com/IMG/pdf/burnin_burnout.pdf.
- [7] Maillet C. De la loi du plus fort à la loi du juste. Paris: Réci-proques; 2011.
- [8] Balint M. Le médecin, son malade et la maladie. Paris: Payot; 2003.
- [9] Rogers C. Le développement de la Personne. Paris: Dunod; 1982.
- [10] Galam E. Carl Rogers : une approche centrée sur la personne. *Medecine* 2014;10:408–12.
- [11] Gagnaire R. Apprendre à éduquer le patient : approche pédagogique. Paris: Maloine; 2011.
- [12] Argyris C, Schön DA. Apprentissage organisationnel. Théorie, méthode, pratique. Paris: DeBoeck Université; 1996.
- [13] Maillet C. Du chantier naval au grand large. Paris: Broché; 2010.
- [14] Wallace JE, Lemaire JB, Ghali WA. Physician wellness: a missing quality indicator. *Lancet* 2009;374:1714–21.
- [15] Grassin M, Pochard F. La déshumanisation civilisée. Paris: Cerf; 2012.
- [16] Labrecque M, Cauchon M. La médecine fondée sur des données probantes est-elle surestimée en médecine familiale ? *Can Fam Physician* 2013;59:1166–7.
- [17] Kohn LT, Corrigan JM, Donaldson MS. To err is human: building a safer health system. Institute of Medicine (US) Committee on Quality of Health Care in America. Washington (DC): National Academies Press (US); 2000.
- [18] HAS. La sécurité des patients ; mettre en œuvre la gestion des risques associés aux soins en établissement de santé. Des concepts à la pratique 2012. [En ligne. Page consultée le 19/03/2017]. <https://www.has-sante.fr/mettre-en-oeuvre-la-gestion-des-risques-associes-aux-soins/>.
- [19] Amalberti R, Bons-Letouzey C, Sicot C. La gestion des risques en médecine générale, une affaire de Tempos. *Responsabilité* 2009;33:5–11.
- [20] CNOM. Atlas de la démographie médicale 2016. [En ligne. Page consultée le 05/05/2017]. https://www.conseil-national.medecin.fr/sites/default/files/atlas_de_la_demographie_medicale_2016.pdf.
- [21] IGAS. Rapport IGAS 2016. [En ligne. Page consultée le 20/05/2017]. http://www.igas.gouv.fr/IMG/pdf/2016-083R_Tome_I-2.pdf.
- [22] Codier-Bayard A, Mattei JF. Rapport au ministre de la Santé, de la Famille et des Personnes handicapées. Éthique et profession de santé; 2003 [En ligne. Page consultée le 20/05/2017]. <http://www.ladocumentationfrancaise.fr/var/storage/rapports-publics/034000226.pdf>.