

Introduction

**Arnaud Plagnol, Bernard Pachoud,
Bernard Granger**

« Le médecin de condition libre [...] entre en conversation, tant avec le patient lui-même qu'avec ses amis ; ainsi, en même temps que du malade il apprend personnellement quelque chose, en même temps aussi, dans toute la mesure où il le peut, il instruit à son tour celui qui est en mauvaise santé ; bien plus, il n'aura rien prescrit qu'il n'ait auparavant de quelque façon gagné sa confiance. »

Platon (*Les Lois*, IV, 720d)

Malgré les progrès prodigieux des traitements ces dernières décennies, force est de constater que notre modèle actuel du soin génère fréquemment souffrances, plaintes et conflits.

Du côté des personnes soignées, les reproches sont parfois vifs vis-à-vis d'une médecine devenue si technique qu'elle peut être vécue comme déshumanisée, alors que des problèmes aussi cruciaux du point de vue subjectif que la douleur sont insuffisamment pris en compte [1]. De façon symétrique, les travaux se multiplient sur le *burn out* des soignants, syndrome qui marque une altération profonde de l'idéal du soin. Un tel phénomène s'étend même de façon préoccupante chez ceux qui portent l'avenir : 24 % des étudiants en médecine et internes ont déjà eu des pensées suicidaires, la « perte de sens » étant ressentie dès l'externat [2].

Or, toutes les enquêtes le montrent, ce que demandent soignés et soignants, c'est un respect mutuel, une attention à l'humain, du temps partagé favorisant échanges et explications, bref ce qui fonde la rencontre clinique, aujourd'hui obérée par l'environnement technique écrasant de l'hôpital, les contraintes de gestion d'un cabinet ou les procédures imposées par une hydre technocratique que rien ne semble rassasier. Le diagnostic est donc partagé et les acteurs convergent vers la même aspiration : des soins bien sûr performants, évidemment étayés sur des connaissances, mais des soins pour des personnes, dans leur singularité inaliénable.

Depuis l'aube de la médecine scientifique, une tension essentielle dynamise la clinique : d'un côté, l'efficacité des soins exige leur fondation objective ; de l'autre, les soins n'ont de sens que pour des personnes affectées dans leur intimité subjective par la maladie. Longtemps, le médecin a incarné celui qui sait, auquel le « patient » doit s'abandonner sans mot dire, se pliant aux

décisions de celui qui connaît mieux que lui son bien, et sauve peut-être sa vie. Mais déjà la médecine antique posait des limites au pouvoir conféré par ce supposé savoir en insistant sur la confiance nécessaire à l'efficacité des soins, en privilégiant les ressources naturelles des personnes – le bon médecin saisit le *kairos* (l'occasion) pour accompagner les forces de guérison –, en appréhendant l'impact des troubles de l'âme comme indissociables de ceux du corps [3, 270c], en prenant pleinement en compte tant l'anamnèse que le contexte vital (« régime » [4] ou « climat » [5]), et finalement, en se méfiant des recommandations de pratique supposées universelles pour rappeler toujours la singularité de toute rencontre médecin-malade [6, 7].

Ces limites n'avaient-elles d'importance qu'aux temps obscurs où les traitements curatifs scientifiquement fondés étaient rares ? Sont-elles à mettre au rancart à l'heure des systèmes « intelligents » d'aide à la décision, capables de traiter des flux de données gigantesques pour définir le meilleur traitement à appliquer selon des critères « objectifs » ?

Mais le vivant, et éminemment l'être humain avec sa mémoire tant biologique que psychique, est trop complexe, trop dynamique, trop intrinsèquement doué de ressources adaptatives et porteur de valeurs différentielles, pour que la science humaine puisse prétendre le capturer dans des procédures automatisées. En fait, la nature même des progrès technologiques, en explorant toujours davantage cette complexité, reconduit à la nécessité de soins personnalisés, nécessité qui dépasse totalement la connaissance du code génétique si l'on veut qu'il s'agisse de soins des personnes [8].

Cette tension entre objectivité et subjectivité dans les soins – essentielle, originelle, en elle-même féconde – prend aujourd'hui une acuité souvent insupportable pour les personnes soignées ou soignantes, ceci en raison même des avancées formidables des techniques médicales. Or, non seulement le diagnostic est partagé, mais les remèdes sont connus : culture du *care* au-delà du *cure*, soin centré sur la personne, multidisciplinarité, restauration du pouvoir d'agir (*empowerment*) des patients appelés à devenir acteurs décisionnels de leurs soins... Cependant, trop fréquemment l'usage de ces notions relève de l'invocation [8, p. 133], et si les autorités de santé ou décideurs politiques peuvent s'en emparer avec lucidité, les effets concrets des incitations ne sont souvent que nouvelles recommandations et procédures chronophages, les personnes étant en pratique toujours davantage traitées comme des *infans*, à des coûts faramineux, outre, encore et toujours, la diminution du temps clinique.

En fait, une nouvelle culture ne se décrète pas et les recommandations autoritaires pour le soin sont par essence contraire à leur finalité. Développer une culture du prendre-soin implique plutôt de s'appuyer sur des outils conceptuels assez novateurs pour nourrir les pratiques soignantes aujourd'hui. Or, ces outils existent, ils sont mêmes d'une grande richesse, issus d'une multitude de contextes institutionnels et de disciplines cliniques, nourris d'expériences approfondies auprès de populations variées, certains portés d'emblée par les mouvements d'usagers, d'autres initiés par des cliniciens engagés, mais tous soucieux d'une véritable rencontre entre « parties prenantes » du soin. On peut même parler d'un foisonnement de modèles pour le soin, souvent déjà étayés par des études empiriques solides, qualitatives et/ou *evidence-based*, parfois éprouvés depuis plus de vingt ans (par exemple, le mouvement du rétablissement [*recovery*]), et tous en plein essor au niveau international, même s'ils restent largement méconnus en France.

Un vaste champ de recherche s'ouvre ainsi pour analyser les soubassements épistémologiques de ces modèles, inventorier leurs apports originaux et leur complémentarité, cartographier leurs domaines actuels d'application et leurs extensions possibles, préciser leur portée clinique, en dessiner les limites, que celles-ci soient principielles ou relèvent de résistances quant à leur mise en œuvre dans l'environnement sociétal actuel.

Le *tableau 1* présente quelques lignes de force vers lesquelles convergent ces différents cadres conceptuels et cliniques, au-delà de leur diversité.

Tableau 1. Dix caractéristiques des nouveaux modèles de soins.

- Souci de dépasser le « modèle médical » en tant qu'approche des soins qui se fonderait trop exclusivement sur les notions de maladie et de traitement curatif
- Importance accordée au retentissement fonctionnel des troubles au-delà des symptômes, en particulier à l'inclusion sociale
- Centration sur la *personne* dans sa globalité et sa singularité, en interaction dynamique avec son environnement
- Reconnaissance de l'expérience subjective comme source non substituable de savoir
- Importance accordée à l'histoire personnelle, au récit de vie et aux remaniements du monde subjectif bien au-delà de l'épreuve de la maladie
- Appui sur les ressources et aspirations de la personne, l'accent étant mis sur les dimensions « positives » (désir, résilience, restauration du pouvoir d'agir, sentiment d'efficacité...)
- Implication de la personne soignée comme acteur décisionnel des soins en fonction de ses valeurs
- Attention au clinicien comme personne et à l'impact de la relation soignant-soigné
- Valorisation de la multidisciplinarité et de la transdisciplinarité qui deviennent des ressources essentielles pour l'équipe de soins
- Reconnaissance de l'apport des méthodes qualitatives (analyse de cas, recours aux sciences humaines ou aux arts...), dans une complémentarité assumée avec l'*evidence-based practice* (clinique fondée sur les données probantes)

Dans cet ouvrage, sans prétendre à l'exhaustivité, nous présentons certains de ces nouveaux modèles de soins, parmi les plus dynamiques et les plus éprouvés par l'analyse critique¹. S'ils sont parfois issus de problématiques liées à la santé mentale, leur émergence en a souvent été indépendante (par exemple, la médecine narrative) et leur visée est transversale, leur influence pouvant être appelée à s'exercer sur toutes les disciplines concernées par les soins, en particulier les disciplines relevant directement des sciences médicales, psychologiques, sociales ou infirmières. Ils répondent d'ailleurs à des attentes sociétales fortes comme l'illustre le soutien très actif que des mouvements d'usagers leur apportent.

Chacun des modèles présentés ici, non seulement assume l'intégration explicite de nombre des caractéristiques mentionnées dans le *tableau 1* – voire de leur ensemble –, mais a l'intérêt majeur d'être opérationnalisé dans des dispositifs concrets. En effet, notre ambition à travers cet ouvrage n'est pas de suggérer un méta-modèle abstrait ou d'homogénéiser de façon réductrice une diversité féconde, mais bien plutôt de convaincre de la pertinence de ces modèles pour le renouvellement des pratiques de soins.

1. En particulier dans le cadre du séminaire de philosophie de la psychiatrie organisé depuis plusieurs années à l'Institut d'histoire et de philosophie des sciences et des techniques, ainsi que des activités du programme « La Personne en médecine ».

Certains chapitres mettent davantage l'accent sur l'élaboration conceptuelle, d'autres présentent de façon détaillée des développements cliniques. Plusieurs d'entre eux s'inscrivent dans une complémentarité avec l'*evidence-based practice*, tandis que d'autres se positionnent de façon critique vis-à-vis des doctrines dominantes. Les uns reviennent sur des expériences fondatrices, les autres suggèrent des ponts entre paradigmes ou de nouvelles frontières. Dans tous les cas, ce qui s'exprime ici reflète la passion de chercheurs et de cliniciens – philosophes, médecins de différentes spécialités, psychologues... – engagés à redonner du sens à la vocation des personnes soignantes auprès des personnes soignées.

Références

- [1] Société Française d'Étude et de Traitement de la Douleur. *Livre blanc de la douleur 2017 – État des lieux et propositions pour un système de santé éthique, moderne et citoyen*. Paris : Éditions Med-Line, 2017 : 280 p.
- [2] Martos S. La réforme du 2^e cycle des études médicales se dessine. *Quotidien du Médecin* 2017 ; 9617 : 4.
- [3] Platon. *Phèdre* (trad. P. Vicaire). Paris : Les Belles Lettres, 1985, CCXXXIII + 196 p.
- [4] Hippocrate. *Du régime* (trad. R. Joly). Paris : Les Belles Lettres, 1967, XXXVI + 253 p.
- [5] Hippocrate. *Airs, eaux, lieux* (trad. J. Jouanna). Paris : Les Belles Lettres, 1996 : 452 p.
- [6] Hippocrate. *L'Ancienne médecine* (trad. J. Jouanna). Paris : Les Belles Lettres, 1990 : 272 p.
- [7] Cambiano G. Platon et les rapports entre théorie et praxis dans la médecine hippocratique. *Études Platoniciennes* 2013 ; 10. <http://etudesplatoniciennes.revues.org/351>.
- [8] Fulford KWM, Peile E, Carroll H. *La clinique fondée sur les valeurs – De la science aux personnes* (trad. A. Plagnol, B. Pachoud, *et al.*). Montrouge : Doin, 2017 : 320 p.