

# Sommes-nous toujours des médecins ?

*« Cette plaignante avait raison, que je refusais un jour d'écouter jusqu'au bout, et qui s'écria que si le temps me manquait pour l'entendre, le temps me manquait pour régner. »*

Marguerite Yourcenar,  
Les mémoires d'Hadrien..

Nicolas VELUT,  
Psychiatre,  
CHU Toulouse.

Il n'a, je pense, échappé à personne que coexistent, ici et maintenant, des visions bien différentes de la médecine, sous-tendues par des positions éthiques de plus en plus éloignées, voire inconciliables, et que l'on voit de plus en plus au CHU se développer au sein de « pôles » d'excellence une pratique d'experts orientée vers ce que j'appellerai une « médecine d'organe », technicienne et se reconnaissant dans la métaphore de la réparation, où l'humain n'est plus considéré que sous l'angle d'une partition et d'une partialisation de l'objet. On peut ainsi, après le passage quasi obligé aux urgences, être orienté vers le « pôle cœur-poumon » à moins que ce soit le pôle « digestif », ou autre...

Ce parti pris faisant de la santé un bien de consommation a comme effet de renforcer ce penchant de la médecine qui a oublié ce que veut dire « prendre soin de quelqu'un » ; cette médecine se rapproche de plus en plus de ce que j'appellerai une « médecine pulsionnelle », ignorant l'espace subjectif qu'il existe entre la lésion et la plainte, l'écart qu'il existe au sein même du symptôme, entre ce que le corps vit et ce qu'il en est dit, et par lequel se glisse tout un tas de choses de l'ordre de l'inconscient et du social, l'ignorance de cette faille aboutissant à une clinique du corps désarrimé du langage... Et c'est ainsi que tous les « inclassables » des pôles, ceux dont le symptôme n'a pas la chance d'être entendu et compris dans ce système d'encodage, ne franchissent que très rarement la barrière des urgences et sont renvoyés vers l'extérieur. Peut-être est-ce d'ailleurs une bonne illustration de ce qu'il en est

d'une position d'exclusion subjective que ces symptômes qui ne disent tout à coup plus rien à personne, qui ne « parlent », plus comme on dit... à l'hôpital comme ailleurs ! Exit les inclassables ! A la casse !

Il semble donc qu'il ne devrait plus actuellement rentrer dans les attributions des médecins hospitaliers d'écouter ce que leurs patients ont à leur dire ! Cette mission serait plutôt, paraît-il, à chercher du côté des assistantes sociales. C'est en effet ce que m'a appris un professeur de médecine, président d'une sous-commission de la CME destinée à recevoir les futurs Praticiens Hospitaliers, devant lequel je me présentais et à qui j'expliquais la nature de mon travail déjà débuté depuis plusieurs mois. Je suis en effet, depuis début 2006, en charge de l'Unité de la Souffrance Psychosociale du CHU de Toulouse. A ce titre, j'interviens, entre autre, dans des structures institutionnelles auprès de « professionnels de première ligne » eux-mêmes au contact des publics en grande précarité, en animant des groupes de supervision et d'analyse des pratiques auprès de différents dispositifs à caractère sanitaire et social. Ce travail consiste donc à aider le groupe à élaborer un discours institutionnel cohérent visant des situations très déstructurées et déstructurantes qu'ils rencontrent, et leur permettant de porter et supporter des histoires singulières et des situations subjectives extrêmement lourdes, et offrant par là-même la possibilité de réinscrire des sujets en état d'exclusion dans un processus de « socialisation » quel qu'il soit, y compris d'ailleurs à caractère sanitaire et psychiatrique, le cas échéant. Il s'agit donc d'une activité s'apparentant à de la psychothérapie institutionnelle privilégiant l'écoute et la réintroduction de la parole dans des rapports qui sont souvent oblitérés par l'objet et l'acte, visant à ré-humaniser la relation par le soutien d'un au-delà de la prestation de service...

C'est donc ce que j'expliquais devant cette commission, dans un silence qui ne me semblait toutefois pas trahir une attention intéressée et soutenue ! La conclusion à mon exposé fût pour moi brève et cinglante, apportée comme il se doit par ce professeur président la commission sous la forme d'une question qui claqua encore à mon oreille : « Ne croyez-vous pas qu'une bonne assistante sociale ne serait pas ici plus indiquée ? »... !!!

Ma question est donc : sommes-nous toujours des médecins si nous ne sommes plus capables d'entendre ce que nos patients ont à nous dire ? Pourquoi faudrait-il faire un choix entre science et subjectivité, l'une excluant l'autre. Il me semble avoir appris que la médecine est un art, et non une science (ni d'ailleurs une idéologie). Un art, c'est me semble-t-il une tentative, certes imparfaite et qui échoue toujours partiellement, de rendre compte du réel de la pulsion dans l'ordre du langage. C'est à oublier ça qu'un clivage s'opère inmanquablement, et qu'on fini par traiter des organes, non plus des êtres humains. L'hôpital public n'a pas à être le lieu d'affrontement de ces deux conceptions du soin. Il n'y a pas de choix à faire !

En guise de conclusion, je veux justement raconter une histoire d'assistante sociale, qui m'a été rapportée il y a quelques mois. Il s'agissait d'un homme âgé, passé par les urgences et adressé dans un service de chirurgie pour y subir une intervention urgente. Les suites de l'intervention ont été simples, et une dizaine de jours plus tard, un retour à domicile a été programmé, avec rendez-vous à distance et soins de suite. Rien de plus normal dans l'activité d'un tel service... A y regarder de plus près, par contre, aucun des chirurgiens ne semble s'être soucié de ce qu'était le « domicile » de cet homme... et son domicile, justement, c'était un hall de gare.

## Effets iatrogènes des interventions multiples (suite)

les responsabilités ne sont pas, elles, partagées.

Au centre, la personne intéressée tente de comprendre ce qui est prétendu la concerner. Si les choses sont bien faites, les différentes positions lui sont retransmises et de fait elle se retrouve soumise aux propositions des uns, aux contre-propositions des autres, générant alors désordre au sens d'une agitation, produisant une confusion socio-médicale puisque ceux supposés aider persistent dans une orientation mal définie pour ne pas dire une « désorientation ».

### Des cadres et des financements pour le moins confus

La multiplication des acteurs pourrait être souhaitée si elle rendait efficaces les actions menées auprès des publics. Or, un effet pervers des modes de financement fait mettre en concurrence ces mêmes acteurs lors de réponses aux appels d'offre, lors de projets multi-partenariaux, lors de créations de structures. Ainsi certaines d'entre elles s'afficheront sociales, médicales, ou encore médico-sociales et bénéficieront chacune d'une filière de financement, voire de plusieurs (souvent non

pérennes). Entretenir une certaine confusion à ce niveau de structuration permet de maintenir des constructions à l'abri des évaluations des actions. Il en découle, selon les lieux et les acteurs, soit une pérennisation aveugle d'une partie des financements, soit à l'opposé une interruption de ces derniers sans motivation.

### Dans toute cette confusion iatrogène : Quid de la personne supposée être aidée ?

Au fond, à proclamer à tout va « éthique » par-ci, « déontologie » par-là, il n'est pas sûr que nous soyons vraiment bienfaisants, il est probable que nous soyons quelque peu malfaisants, il est certain que ce ne soit pas juste, au sens de l'équité, de ce qui doit être fait, de l'égalité des chances.

Quel que soit le niveau d'intervention en précarité, l'absence d'éthique est criante lorsqu'elle n'est pas repérée, la confusion conduisant à des malentendus, méprises et errements pour ne pas dire errance médicale et sociale. Accuser les personnes en précarité de confusion dans leurs demandes est pour le moins malvenu lorsque l'offre

d'aide, d'assistance et de soutien que nous leur proposons est loin d'être claire...

Une question commune se pose : comment peut-on travailler dans ces conditions ? Peut-être en restant passionné, petit dormeur, pratiquant l'autohypnose même aux feux rouges (réveillé par le klaxon de la voiture derrière). Ne pas s'effrayer d'une psychiatrie de l'extrême pourtant nécessaire : Cellule d'Urgence Médico-Psychologique, Equipe Mobile Psychiatrie Précarité, Comité SIDA-Sexualités-Prévention, Centre d'Ethique Clinique, formation psy des médecins réservistes partant en mission humanitaire... Bref, dans la forme : accepter d'aller là où les autres ne veulent pas aller. Et dans le fond, pour ceux qui ont, comme moi, loupé la mise en place des secteurs et mai 68, trop jeunes à cette époque, les champs dans lesquels j'exerce restent excitants, aux quotidiens formateurs, encore libres d'expression, pas trop censurés et surtout porteurs de créativité loin des dogmes, chapelles, écoles, certitudes et autres positions d'exclusions... ■



## Sommes-nous toujours des médecins ? (suite)

Plus inquiétant encore, aucun des médecins du service n'avait voulu contacter le psychiatre de liaison pour faire examiner cet homme dont les propos traduisaient de façon évidente un délire de persécution systématisé, délire qui l'avait fait quitter son appartement quelques temps avant, d'après son assistante sociale qui le connaissait bien et depuis longtemps, et s'était beaucoup investie dans l'histoire. L'homme est donc sorti, comme convenu, au bout d'une dizaine de jours, avec des drains dans l'abdomen nécessitant des conditions d'asepsie qui ne sont certes pas celles d'un hall

de gare, et des rendez-vous infirmiers et médicaux dont on pouvait être à peu près sûr qu'ils ne seraient pas honorés... Qui peut me dire quel sens aura eu pour cet homme les soins qu'il a reçus ? Les suites ont été simples, comme on dit, et la durée de séjour n'a pas excédé la moyenne prévue pour ce type de pathologie, ne dépareillant pas la statistique. Aucune question n'ayant été posée ailleurs que dans le domaine intéressant directement l'activité du pôle, rien ne risquait donc de la perturber ! Par contre, je suis sûr que l'assistante sociale du service, elle, ne l'a pas oublié, qui a

voulu alerter les médecins sur la condition sociale et psychique de cet homme, et qui, faute de n'avoir pas été entendue, a elle-même contacté la Halte Santé, structure alternative à caractère sanitaire et social, pour qu'il puisse au moins bénéficier d'un cadre de sortie adapté à son état de santé. J'ai tendance à considérer que si les chirurgiens ont certainement guéri cet homme, et peut-être même lui ont sauvé la vie, c'est cette femme qui l'a soigné.

Etait-ce vraiment à elle de le faire ?... ■