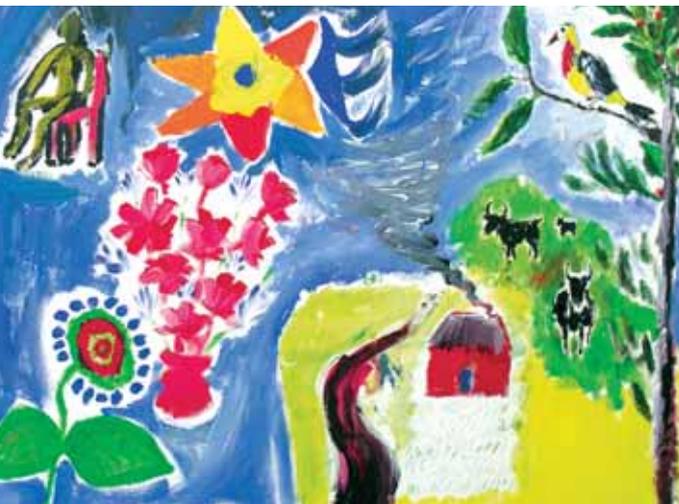


Conditions préalables au souci de soin

Ce n'est pas en tant que professionnel du champ de la santé mentale mais bien comme médecin somaticien, avec mon expérience de praticien hospitalier sur le front du médico-social, que je peux tenter quelques pistes.

Bruno De Goer,
Médecin hospitalier,
coordinateur de la PASS,
CH Chambéry



Exigence de qualité

« Le meilleur pour les pauvres ». Cette maxime devrait nous accompagner en permanence dans le champ du soin des personnes en situation de grandes difficultés sociales. On ne peut pas accepter une médecine au rabais, de seconde zone. Mais que signifie le meilleur ? Du côté de la technicité des soins (outils de diagnostic, molécules prescrites...), nous ne pouvons qu'être dans le champ de la médecine de la preuve afin de proposer le meilleur rapport bénéfices/risques selon les connaissances à un moment donné. Mais l'homme ne peut se réduire à un modèle mécanique. Sur le champ de l'humanité, impliquant les dimensions relationnelle et environnementale, les choses sont beaucoup plus complexes. On ne peut réduire le soin à la guérison (bien sûr souhaitable). Si soigner signifie guérir, alors beaucoup de gens sont exclus du soin. Nos modes de travail doivent être en permanence réinterrogés à la lumière des connaissances de l'expérience mais également de la pensée des personnes en situation d'exclusion sociale. Avoir le souci

de la continuité du soin, n'est-ce pas la conséquence d'une humanisation de la relation ? Une attitude de veille.

Continuité, confiance...

La porte des soins somatiques peut être une porte d'entrée pour des soins en santé mentale : le corps qui parle permet d'aborder des éléments de souffrance psychique, puis d'accompagner vers les professionnels du champ psychiatrique. On connaît les difficultés de nombreux patients avec la demande de soins en santé mentale, qui est pourtant notifiée comme une base de départ. Les personnes en situation d'exclusion ont des parcours de ruptures : à nous de ne pas en rajouter et de ne pas les abandonner. Ceci implique une réactivité (et non un rendez-vous à 3 mois), de travailler sur les modes de communication entre professionnels (un simple courrier de sortie d'hospitalisation au médecin prescripteur est une base loin d'être toujours acquise). Mais aussi sur le turn-over de ceux qui sont sur le front, notamment les travailleurs sociaux. La stabilité des professionnels sur le long terme est un facteur qui me semble fondamental. Même si l'objectif est de ne pas être indispensable. La confiance se joue ici. Tout départ doit être explicité et doit amener à travailler le relais, et ce avec les patients. Accepter de se laisser bousculer (ce qui n'est pas sans souffrance) pour ne pas accepter l'inadmissible, sans plonger dans des réactions émotionnelles. Les soignants sont –aussi– des humains. Est-il interdit que les patients puissent le ressentir ?

Partenariat

Accueillir sans a priori toute personne même si elle ne s'est pas adressée au bon endroit. Puis ne pas travailler seul. Le partenariat est indispensable, avec d'autres professionnels, et parfois des bénévoles. Travailler à plusieurs signifie la construction de liens. La transmission d'informations nécessite l'accord de la personne,

de ne partager entre professionnels que les seules informations utiles à l'évolution favorable de la situation, de respecter le champ de compétence de chacun... et de ne jamais enfermer le patient dans un réseau-filet. Peut être aussi d'être prudent sur notre vocabulaire. Prendre en charge : Cette expression ne risque-t-elle pas de signifier que l'on prend (un objet ?) qui est... une charge ? Un usager : dans le monde de l'exclusion, on entend parfois... quelque chose d'usagé. Quant aux « cas sociaux »...où est le sujet ?

Aller plus loin. Vers le champ politique ?

Si l'objectif du soin est d'améliorer la qualité de vie des personnes, pouvons-nous échapper à voir plus loin ? Pour exemple, la multiplication actuelle des contraintes pour accéder aux droits (Couverture Maladie Universelle, Aide Médicale Etat), base indispensable (et insuffisante !) pour l'accès aux soins, pose de réelles questions. Or, toute difficulté d'accessibilité aux droits amène la société soit à accepter que des personnes ne puissent pas se faire soigner, soit à devoir multiplier les travailleurs sociaux et les dispositifs spécifiques comme les PASS¹ ou les lieux de soins associatifs. Dans les deux cas, cela va à l'encontre de la philosophie même de la loi de lutte contre les exclusions de juillet 1998 dont l'accès de tous aux droits fondamentaux est le socle. Mais aussi le contexte politique en regard des étrangers, les pratiques liées à la tarification à l'activité des hôpitaux... Travailler sur les contraintes environnementales qui poussent certains à la désespérance. La prévention autant que le soin.

Travailler avec les gens concernés

Bien au-delà que d'essayer de faire participer le patient et son entourage à un projet de soins, l'un des axes qui me paraît essentiel, sur lequel nous continuons à buter,

¹ Permanences d'Accès aux Soins de Santé.

L'inestimable dans la relation de soin (suite)

Bibliographie

Caillé A., Chaniel Ph. (sous la direction de), *L'amour des autres. Care, compassion et humanitarisme*, in *La Revue du MAUSS semestrielle*, n°32, La découverte/Mauss, 2008.

Carricaburu D., Ménoret M., *Sociologie de la santé. Institutions, professions et maladies*, Armand Colin, 2004, chap.82-85.

Marin I., Don et sacrifice en cancérologie in Chaniel Ph. (sous la direction de), *La société vue du don. Manuel de sociologie anti-utilitariste appliquée*, La découverte/Mauss, 2008.

Schweyer F-X., Crises et mutations de la médecine hospitalière, in De Kervasdoué (sous la direction de), *La crise des professions de santé*, Dunod, 2003, p.241.

sans ambiguïté. Elle est traversée de multiples tensions. Notamment cette tension indépassable entre, d'une part, le souci de l'autre, placé sous le registre de la sollicitude personnelle, toujours singulière, hors équivalence (marchande ou comptable), à la limite parfois de la démesure lorsque l'identification au patient est trop forte, la demande du patient trop impérieuse, et, d'autre part, le souci de l'acte, comme geste technique, professionnel, institutionnel qui suppose des procédures et des protocoles, garants de la « bonne distance », mais au risque, cette fois, de dépersonnaliser la relation, de l'inscrire dans un procès de travail rationalisé

et formalisé ou de succomber au phantasme de toute puissance. D'où ces dilemmes propres au geste de soin, entre proximité et distance, ingérence et indifférence, autonomie et dépendance, etc.

En ce sens, il ne s'agit pas, en survalorisant sa dimension relationnelle, de nier l'importance des médiations institutionnelles de l'acte de soin. A l'évidence la relation de soin a besoin de tiers. Or, par delà d'infinies variantes, le fond doctrinal commun à toutes les écoles du New Public Management, n'est-il pas le refus et le rejet de l'institution. Comme si plus rien ne devait être institué et pérenne, comme si tout devait devenir mobile,

souple, malléable. Réformable en permanence. Cette allergie, voire cette phobie de l'institution commune à tous les réformateurs mériterait peut-être une bonne consultation, vraisemblablement plusieurs. Car, pour sortir du champ de la santé, comparer les magistrats à des petits pois interchangeables et traiter les chercheurs de son pays de fainéants, tout juste capables de venir chercher un peu de lumière et de chaleur dans leur bureau en se tournant les pouces, traduit une étrange haine des corps. Du moins des corps constitués. ■



Conditions préalables au souci de soin (suite)

est celui de pouvoir réellement prendre en compte la pensée des gens ayant l'expérience de l'exclusion sociale. Ceux-ci ont une analyse sur leur vie, mais également sur le monde qui les entoure. Il s'agit d'un véritable savoir, qui contrairement au savoir universitaire, n'est ni organisé, ni reconnu. Des expériences particulièrement positives ont été ainsi effectuées dans le champ de la formation professionnelle². Dans la démarche participative, il convient de ne jamais mettre les

personnes en danger. Elles ont besoin de se sentir soutenues, tant par les professionnels que par leur milieu. Il ne s'agit pas de se donner bonne conscience, il faut accepter ce qui peut en ressortir, et toujours dans des espaces de réflexion à plusieurs : cela nécessite de l'investissement, de la patience, et prend du temps. Sur un autre plan, les représentants des usagers dans les institutions, telles les hôpitaux, ne sont pas issus des milieux en situation d'exclusion. Ceux-ci n'ont pas les

moyens d'être dans les instances, non seulement parce qu'elles ne maîtrisent pas leur vie, mais aussi parce qu'on n'y met pas les conditions pour que ce soit possible.

Dans le champ du soin, somatique comme en santé mentale, si on adaptait nos pratiques au public en très grandes difficultés sociales, ne serait-ce pas l'ensemble de la population qui en bénéficierait ? ■

² De Goër B., Ferrand C., Hainzelin P., Croisement des savoirs : une nouvelle approche pour les formations sur la santé et la lutte contre les exclusions, in *Santé Publique* 2008, 20, N°2, p. 163-175 ; Ferrand Cl., (sous la direction de), *Le croisement des Pouvoirs*. Editions de l'Atelier Ed. Quart monde, Paris, 2008, 223 p.