

Subjectivité et médecine générale

Isabelle Dagneaux¹

Paru dans Ravez L., Tilmans-Cabiaux C., *La médecine, autrement ! Pour une éthique de la subjectivité médicale*, Presses Universitaires de Namur, 2011, p. 211-227.

Introduction

La question de la place de la subjectivité en médecine générale peut sembler triviale. Chaque jour des situations sont vécues où la singularité des patients qui viennent consulter donne lieu à une rencontre particulière, à des décisions qui leur soient les mieux adaptées. Et pourtant la médecine générale est aussi le fruit de la médecine scientifique qui tend à « évacuer » petit à petit, et de plus en plus profondément, la subjectivité de la sphère de la santé et de la maladie.

Un patient opéré d'une diverticulose, compliquée d'infection et d'hémorragie, est venu quelques semaines après son intervention à la consultation. Son discours regorgeait de phrases de type « ils ne m'avaient pas dit... » : le temps de récupération, les complications éventuelles de la maladie ou du traitement, les conséquences sur la vie de tous les jours au retour à domicile. Il me proposait de faire profiter d'autres de son expérience : « Moi, maintenant, je pourrais leur dire, expliquer à d'autres, parce que j'ai noté toute une série de choses, observé, fait des rapprochements... ». Prenons-nous souvent au sérieux ce genre de proposition ? Elle se voit souvent négligée sous le couvert de « cela ne fait pas sérieux » ou « cela n'est pas objectif ». Son intervention m'a fait prendre conscience d'un fossé entre notre vision médicale des choses et le fait que la maladie reste toujours un événement unique dans la vie d'un patient. C'est une des distances entre objectivité et subjectivité dans notre pratique de la médecine. Engager la réflexion sur ce sujet nous fait prendre conscience du défi que représente l'articulation de la subjectivité et de l'objectivité. Tant d'éléments ne sont pas (ou peu) objectivables : l'angoisse ou les hallucinations, bien sûr, mais aussi la douleur, le fait de ne plus supporter une toux, ou encore la peur d'effets secondaires dus à un médicament, ... Lorsque nous enseignons aux étudiants en médecine à structurer une consultation, nous utilisons l'acronyme « SOA(E)P » pour « *Subjectif, Objectif, Appréciation ou Evaluation, Planification* ». Cette dichotomie entre le subjectif et l'objectif a de quoi poser question, puisqu'il est entendu que l'histoire du patient entre dans le « S » et ce que nous observons par l'examen clinique dans le « O », dans une sorte d'opposition suspecte où il faudrait vérifier et objectiver ce qui est dit. La transformation de l'acronyme en « HOAP » qui place l'*Histoire* en premier lieu suivies des *Observations* ouvre déjà d'autres perspectives.

Nous aborderons ici la question de l'articulation entre subjectivité et objectivité en médecine générale à travers la question du simple et du complexe. En reconnaissant d'abord un postulat: il s'agit d'« articuler » objectivité et subjectivité. « Articuler » voudrait dire ici : ne pas donner la préséance à l'une ou à l'autre, ni d'ailleurs figer leurs rôles respectifs, mais prendre en compte leurs interactions. Si nous nous inspirons de l'image d'une articulation du corps humain, où deux os s'articulent au moyen de ligaments, capsule, tendons, cartilages, ainsi objectivité et subjectivité seraient toutes deux nécessaires à l'exercice de la médecine, et s'articuleraient de façon dynamique sous différentes modalités. La médecine générale nous met chaque jour devant des décisions à prendre qui mettent en jeu différents éléments de différents niveaux. Un exemple tout simple réside dans la question du nombre de jours d'incapacité de travail à accorder dans une maladie ou une autre : la pratique et la supervision

¹ Médecin généraliste, licenciée en philosophie.

nous ont appris qu'il faut tenir compte non seulement du type de pathologie, mais aussi du travail du patient, de son état de fatigue, voire de sa situation familiale... et de son opinion sur la chose !

Médecine du simple ou du complexe ?

Arrêtons-nous donc à la question du simple et du complexe. Pourquoi choisir ce thème ? Parce que le réductionnisme de la science a permis de nombreux progrès, mais nous a sans doute fait perdre un regard sur le complexe. Et parce que la médecine générale est à la fois la médecine du simple et à la fois un art du complexe.

Un premier regard la fait percevoir comme la médecine du simple : on va chez son médecin généraliste pour un rhume, pour une cystite, pour une gastro-entérite... Des pathologies simples, qui ne requièrent généralement pas une consultation très longue. Le traitement, s'il n'est pas (encore) standardisé, ne requiert pas de grandes discussions. Mais la médecine générale, par son inscription dans la durée et son regard large, permet au médecin de retrouver son patient à différents moments de sa vie, pour différents motifs et maladies, de connaître et de soigner les autres membres de sa famille,... Il est ainsi amené à mieux connaître les habitudes du patient, ses préférences, certaines de ses croyances (au sens large du terme),... Cela lui donne un regard différent, à la fois par le cumul d'informations (scientifiques et autres), mais aussi par une certaine proximité relationnelle qui se tisse au fil du temps. Un patient ose souvent dire plus de choses à un médecin qu'il connaît depuis un certain temps. Un professeur de médecine générale avait observé que les femmes qui faisaient réaliser par lui leur frottis de col utérin² l'avaient d'abord consulté à plusieurs reprises, souvent d'abord pour les enfants, puis pour elles-mêmes à l'occasion d'une autre pathologie. Le temps de la relation est un facteur important dans une prise en compte plus globale du patient. Ce n'est pas spécifique à la médecine générale (certains spécialistes suivent des patients depuis longtemps, par exemple en pneumologie ou en oncologie, etc....) mais c'est un atout essentiel pour l'omnipraticien.

Les médecins généralistes réfléchissent beaucoup à l'heure actuelle à la façon de définir leur profession, et à leur rôle spécifique dans le système de santé. Ils se situent dans ce que l'on appelle la première ligne de soins³, et sont donc concernés par une grande variété de symptômes et de maladies. A connaître « un peu de tout », il est difficile, même impossible de le connaître en profondeur⁴. C'est une question de perspective : lorsque l'on regarde l'ensemble d'un tableau ou d'un paysage, on ne peut en même temps percevoir tous les détails, et si l'on regarde un détail, on ne voit plus l'ensemble⁵. C'est le risque encouru par la médecine spécialisée, que l'on peut appeler l'effet « loupe » ou, mieux encore, « longue-vue ». Le fait d'isoler un système ou un organe pour en étudier le fonctionnement ou la pathologie permet de poser un diagnostic plus précis, d'améliorer les symptômes ou de guérir. Il autorise le développement de la recherche et une compréhension toujours meilleure du fonctionnement du corps, porte ouverte vers des progrès bénéfiques. Le traitement lui aussi va

² Pour le dépistage du cancer du col utérin

³ La structure de soins définie à trois niveaux propose au patient de consulter en premier lieu la première ligne pour tout problème de santé. Le recours à des examens plus approfondis et à l'avis d'un spécialiste d'une branche particulière de la médecine fait entrer dans la deuxième ligne de soins, réservant le troisième niveau à la spécialisation universitaire. En Belgique, ce modèle n'est pas contraignant, un patient pouvant aller directement consulter un spécialiste de son choix.

⁴ Il s'agit donc de bien connaître ses limites, et de référer à la seconde ligne lorsque cela s'avère nécessaire.

⁵ cf. Merleau-Ponty, *Phénoménologie de la perception*, Gallimard, 1945, p. 81.

cibler un organe... or la plupart des traitements sont systémiques et, par définition, ont des effets non seulement sur l'organe visé mais aussi sur d'autres. Le risque de la spécialisation médicale réside dans la juxtaposition de regards différents obtenus avec différentes « longues-vues ». Il faut les mettre ensemble, direz-vous ! Mais prendre en compte la complexité du patient, c'est plus qu'une juxtaposition, comme il en serait d'un puzzle, à condition même d'en avoir toutes les pièces... Le principe d'émergence énonce que : « le tout est plus que la somme des parties »⁶. Lorsque l'on considère un système, et en particulier un système vivant, il possède plus de propriétés que la somme des propriétés de ses composants. La parcellisation des regards par différentes longues-vues semble parfois l'oublier. La somme des détails ne donne pas la vision du tout : de même, la somme des propriétés des organes ne donne pas le fonctionnement global du corps ; la somme des pathologies ou des guérisons ne donne pas d'état de santé global de quelqu'un. Souhaiter avoir un regard global sur la santé de quelqu'un nécessite plus que de rassembler les avis de différents spécialistes, même si l'on y inclut le psychologue.

Il s'agit d' « articuler » : dans les différentes pathologies dont souffre le patient, et les différents remèdes qui lui sont proposés, il s'agit de bien peser les risques et les bénéfices d'une intervention, afin de ne pas lui faire de tort ; de voir ce qui est le plus important, et de bien distinguer les causes et les effets secondaires. On a montré que de nombreux médicaments sont donnés pour contrer des effets secondaires d'autres médicaments, car ils ne sont pas identifiés comme tels⁷. C'est pour cela que l'on a parlé d' « intégration » et de « globalité » comme rôle important du médecin généraliste, à savoir l'intégration des différents résultats d'examens, la connaissance des antécédents et traitements du patient. Si nous nous rappelons ce que nous avons dit plus haut sur l' « articulation », il s'agit de faire plus que prendre différents éléments pour les mettre ensemble, il s'agit d'aboutir à un tout « fonctionnel »... Or, parfois, il faudrait respecter différentes règles qui veulent qu'un patient soit traité pour l'hypertension artérielle (une, deux, trois molécules si nécessaire), pour le cholestérol, pour la prostate, et son reflux gastro-oesophagien, mais sans dépasser 3 ou 4 médicaments puisque au-delà de ce nombre on ne maîtrise plus les interactions potentielles entre les molécules ! Voilà bien une des difficultés et tensions nées de la médecine scientifique. Cependant, la « globalité » dont nous parlons jusqu'ici ne tient pas encore en compte la façon dont le patient perçoit et vit les choses de son propre point de vue ! Est-ce uniquement une part affective, négligeable aux yeux de la médecine scientifique, ou est-ce aussi une part de la vérité sur sa propre santé ?

Par ailleurs, le médecin généraliste, par la proximité avec le lieu de vie du patient, a aussi pour rôle d'intégrer dans le tableau de sa santé, ses conditions de vie, la réalité de son travail, de sa vie familiale, de son logement,... Ce que l'on appelle les « données psychosociales » du patient : ce qualificatif indique combien cela aussi est devenu un élément d'un algorithme ! Ces éléments importants, sont souvent oubliés dans la communication entre médecins. Alors que le médecin généraliste revendique le fait qu'il connaît bien son patient dans ses habitudes, son lieu de vie, ses préférences en termes de qualité de vie, plusieurs

⁶ Nagel, E., « Mechanistic Explanation and Organistic Biology », in Brody B.A. et al., *Readings in the Philosophy of Science*, Prentice Hall, London, pp. 296-307 (cite par Feltz, B., *La science et le vivant*, De Boeck 2003, p. 179)

⁷ Anne Spinewinne et Christophe Bula, interventions au colloque de la SSMG 5 (société Scientifique de Médecine Générale), 15 novembre 2008. Par exemple, un patient commence à développer des symptômes de maladie de Parkinson, pour lequel on lui prescrit de la L-Dopa, en oubliant que ces symptômes peuvent provenir de la poursuite d'un traitement à base de métoclopramide qui lui a été prescrit quelques semaines ou mois auparavant contre des nausées.

études⁸ montrent que ces éléments sont largement absents des lettres d'envoi de patients (âgés) à l'hôpital.

Que vise donc la globalisation qui échoit entre autres au médecin généraliste ? Avoir une vision globale de la santé qui permette à tout intervenant de soigner au mieux le patient en connaissance de cause (càd en connaissant ses antécédents, ses pathologies et médications, ses préférences pour certains choix thérapeutiques,...) ? Certainement. Est-il possible d'envisager quelque chose de plus ? Par exemple, de dresser un tableau de la santé du patient qui ait un sens pour lui ? Chantal Tilmans nous a montré, dans un parcours historique rapide⁹, comment la question de la spiritualité a été un des premiers domaines de la subjectivité à être « évacué » de la médecine, à l'époque hippocratique. Pourquoi donc revenir à la question du sens ?! Parce que les patients sont des sujets¹⁰, acteurs de leur histoire. Dans cette histoire, la maladie n'est pas une annexe, un appendice qu'il suffit de soigner, mais quelque chose qui les affecte dans toute leur vie et tout leur être, auquel il faut trouver sens. Laurent Ravez a souligné combien la maladie renvoie à « médecine » plutôt qu'à « mal » dans notre conception actuelle des choses. Cela renvoie à la finalité de la médecine que nous pratiquons et à la définition de la santé qui guide notre action : s'agit-il d'accompagner un patient qui est acteur de sa vie et dans laquelle surgit la maladie comme un mal, comme un obstacle à une vie heureuse ? Ou s'agit-il de soigner au mieux une population pour qu'elle vive le plus longtemps possible dans une qualité de vie acceptable ? Les critères des études scientifiques (bien nécessaires et utiles !) sont souvent de cet ordre. Un collègue réfléchissait cet automne à la couverture vaccinale contre la grippe : s'il voulait obtenir de « bons chiffres », il lui suffisait d'arriver chez ses patients âgés « chroniques » avec le vaccin dans sa mallette, et ceux-ci, pour la majorité, se laisseraient vacciner pour lui faire plaisir. Mais s'il demande à chacun son avis et sa participation, son taux de vaccination sera moins bon. Pourtant, l'autonomie du patient reconnu comme acteur de sa santé lui paraît importante. Alors, faut-il passer pour un « mauvais médecin » aux yeux de la santé publique ?

Voilà pourquoi je voulais parler de médecine du complexe pour qualifier la médecine générale : les différentes intégrations ou articulations qui sont à effectuer lorsque l'on prend soin de quelqu'un, mettent en jeu un processus complexe... qui probablement nous échappe pour sa plus grande part.

Quelques mots sur la complexité

Sans entrer dans le détail des théories de la complexité, nous pouvons voir que ce thème est apparu il y a environ un siècle, en réaction aux courants mécaniste et vitaliste¹¹. « Terme par lequel on désigne les caractères communs aux phénomènes d'organisation,

⁸ Entre autres : Cooling N, Walpole B., *General practitioner referrals to a department of emergency medicine*,

Aust Fam Physician. 1992 May;21(5):621-8. - Garåsen H, Johnsen R., *The quality of communication about older patients between hospital physicians and general practitioners: a panel study assessment*, BMC Health Serv Res. 2007 Aug 24;7, p.133. - Grimshaw JM, et al., *Interventions to improve outpatient referrals from primary care to secondary care*, Cochrane Database Syst Rev. 2005 Jul 20;(3).

⁹ Cf. le début de cet ouvrage.

¹⁰ En mars 2009 a été lancée une nouvelle campagne de dépistage de masse du cancer colo-rectal dans la population belge. Lors d'une soirée de présentation destinée aux médecins, l'orateur insistait sur le fait qu'il s'agissait de s'adresser à des personnes asymptomatiques puisqu'il s'agit de détecter d'une maladie avant l'apparition des symptômes. Pour appuyer son propos, il affirmait : « ce ne sont pas des patients, ce sont des sujets ». Joli dérapage pour montrer combien un patient risque souvent de perdre son statut de sujet à cause de son « être -malade ».

¹¹ Encyclopédie de la philosophie, La Pochotèque, 2002.

particulièrement dans la sphère des processus biologiques et cognitifs », elle a trouvé des développements dans différents domaines, tels que la psychologie (la *Gestalt* entre autres), la biologie (Henri Atlan), la théorie de l'information, la physique, la sociologie. La cybernétique s'est développée comme science de la complexité. La thèse du holisme a découlé des recherches sur la complexité : « thèse épistémologique selon laquelle les systèmes complexes (organismes, esprit, systèmes sociaux) présentent des caractéristiques qui ne se trouvent pas dans leurs éléments constitutifs »¹². La « vision holistique » dont il est régulièrement question en médecine générale n'aurait-elle pas à s'inspirer de cette thèse, pour affirmer qu'il y a plus dans un sujet que les propriétés de ses composants ? Sans oublier qu'il y a encore de nombreux éléments qu'il nous est impossible d'observer, d'une part, et d'autre part, qu'un certain type d'observation conditionne grandement son résultat¹³. Reconnaître le caractère partial et partiel de l'observation scientifique du corps humain permet d'ouvrir la porte à d'autres éléments, importants à prendre en compte lorsque l'on a affaire à des êtres humains, particulièrement dans le temps de la maladie.

Complexité et narrativité : revenir au sujet et à la question du sens

Le rôle du médecin généraliste tient donc dans l'intégration d'une série de données médicales mais aussi sociales et personnelles du patient. Cela suffit-il à lui rendre sa place de « sujet » et d'acteur ? Le malade n'est-il pas dépossédé de sa maladie, et par là d'une partie de son être, par l'intervention d'une médecine objectivante¹⁴ ? On peut avoir identifié une tumeur, son extension, visualisé le nerf qu'elle envahit, seul le patient ressent la douleur, son corps qui faiblit, l'inquiétude pour l'avenir...

Jérôme Porée montre quel écart persiste toujours entre une vision médicale, fût-elle la plus globale possible, et le vécu propre de celui de la personne atteinte de maladie : « Se contentera-t-on de parler avec les médecins de notre temps d'un 'déficit cognitif' lié à la dégénérescence de certaines cellules nerveuses ? Réduira-t-on du même coup la mémoire à une fonction de 'stockage de l'information' dont les performances dépendent de certains événements physiques et chimiques qui ont leur siège dans le cerveau ? On connaîtra peut-être ainsi le mal par les causes, mais on en méconnaîtra entièrement le sens. De même, en effet, qu'il y a un esprit distinct de la machine cérébrale, il y a une personne irréductible à l'esprit conçu comme une unité de traitement de l'information divisée en départements et en fonctions spécialisées. Montaigne le sait : « L'homme marche entier vers son croît et son décroît. » Les difficultés cognitives sont toujours des difficultés personnelles ; elles se traduisent toujours pour la personne par une certaine impuissance à vivre. Il n'y aurait pas de différence, sans cela, entre l'expérience humaine du vieillissement et l'usure des pièces du moteur d'une automobile. »¹⁵ Ce qui sépare le médecin du patient est de deux ordres au moins : le médecin est formé par la science à la généralisation, ce qui est bien nécessaire pour poser un diagnostic, passer du singulier au général, mettre un nom sur un ensemble de

¹² Idem.

¹³ La sagesse populaire ne dit-elle pas que « quand on n'a qu'un marteau, tous les problèmes ressemblent à des clous » ? Les scientifiques savent combien le cadre théorique qui préside à leurs observations tend à guider les résultats obtenus.

¹⁴ « La dépossession est à la fois le fait de la maladie qui nous prive de nos projets, de notre avenir, des relations normales avec les autres, et la conséquence des traitements, qui sont extrêmement abrutissants. (...) C'est le fait d'être résumé à une partie de soi malade qui est vécu comme une dépossession. » (Marin, C., « Violences de la maladie – entretien », in *Etudes* n° 4091-2, juillet - août 2008, p.42).

¹⁵ Jérôme Porée, *Il y a tant de défauts en la vieillesse, tant d'impuissance* (Montaigne), Paris, Ed. Pleins Feux, Coll. Variations, 2005, p. 13-14

symptômes. Par ailleurs, il ne vit pas la maladie dans son propre corps, il l'observe dans la ressenter de l'intérieur. Il est donc extérieur au corps souffrant, mais aussi en face de nombreux corps souffrants. Mais le patient, lui, est seul dans son corps à en vivre les limites, le déclin, la douleur, ... et il le vit de l'intérieur, d'une façon qui n'est jamais complètement communicable.

Notre rôle est donc aussi de laisser place à l'histoire du patient, bouleversée par l'irruption du malheur, à ce qu'il veut en raconter, en dire ou ne pas dire. Se construit ainsi son histoire pour tenter d'intégrer ce qui se passe, pour qu'elle puisse continuer à se dérouler « avec » la maladie : c'est un enjeu particulièrement important dans les maladies chroniques, et elles sont le pain quotidien du médecin généraliste. Pour accepter un traitement chronique, régime, médicament ou autre, il faut que le patient ait pris conscience que la santé n'est peut-être pas l'absence de maladie mais le fait de pouvoir vivre le mieux possible en acceptant cette maladie qu'il porte en lui. Un patient ayant présenté à plusieurs reprises une glycémie à jeun au-delà des normes s'est vu étiqueté de « diabétique (de type 2) ». La prescription de Metformine s'accompagnait tous les trois mois d'une prise de sang de contrôle... qu'il réalisait au moins une bonne semaine après la fin de sa boîte de médicaments. Il s'est avéré indispensable d'avoir avec lui une bonne conversation autour de ce qu'est une « maladie chronique » et du fait que les médicaments ne vont pas le guérir une fois pour toutes, mais l'aider à « contrôler » la maladie. Dans ce cas comme dans bien d'autres, il ne s'agit plus tant de « lutter contre » la maladie que de « vivre avec ». Le défi est de taille dans une logique médicale dominée par l'action contre la maladie. Les termes de « lutte » et d'« arsenal thérapeutique » sont bien le reflet de cette logique guerrière¹⁶.

Une autre conception de la maladie, telle que celle développée dans une « médecine de l'incurable »¹⁷ peut voir le jour, et elle implique un renouvellement de la relation soignant/soigné. La subjectivité y est vue comme l'espace privé de la personne, sur lequel le médecin n'a ni vue ni prise, dont seul le patient peut témoigner, et qui a sa place dans le processus de soins. Visant le confort et non la guérison, la médecine de l'incurable prend en compte la subjectivité de la façon suivante :

- une reconnaissance de la parole du malade sur les symptômes : « la norme, c'est ce que dit la personne, son point de vue tenant lieu de guide de l'action thérapeutique et de son évaluation »¹⁸.
- Une recherche des préférences des patients et de leurs choix : « toujours agir avec le patient comme avec une personne qui est le sujet et l'acteur de sa vie »¹⁹.
- Une tendance pragmatique : « le médecin aide la malade à décider, en lui donnant des repères pour qu'il gère ses soins au quotidien. »²⁰

Une parole sur le vécu de la maladie peut être un moyen de mieux la vivre, de progressivement l'accepter. Cela peut encore être un moyen pour nous médecin de parvenir à soigner, et d'atteindre certains objectifs thérapeutiques (qui sont d'ailleurs parfois exigés de nous...). Pour le patient, la question du sens de la maladie, le sentiment de révolte resteront peut-être sans réponse, mais combien il est cependant important qu'ils puissent être dits et

¹⁶ Mino, J.C, Frattini, O., Fournier, E., « Pour une médecine de l'incurable », in Etudes n° 4086, juin 2008, p. 754.

¹⁷ Mino, J.C, Frattini, O., Fournier, E., « Pour une médecine de l'incurable », in Etudes n° 4086, juin 2008, p. 753-764.

¹⁸ Ibid., p. 758

¹⁹ Ibid., p. 759

²⁰ Ibid., p. 759

reçus dans une relation. « J'ai plutôt l'impression que la maladie, qu'elle soit brève ou longue et sans espoir de guérison, fait partie de ces épreuves qui nous transforment. C'est un constat qui est à la fois un lieu commun d'une grande banalité et une donnée très négligée dans l'approche des malades par la médecine et la société en général. La maladie modifie radicalement le rapport à soi et aux autres, parce qu'elle peut remettre en question tous les pôles de l'identité »²¹. Si nous vouons soigner des personnes et non des corps malades, tout ce qui vient toucher à cette identité doit quelque part trouver droit de cité dans le cheminement auquel la maladie invite.

Une mère de famille me disait récemment combien la maladie de son mari avait profondément influencé la vie de toute la famille. Un diabète a été découvert lors d'une nécrose des orteils qui s'est compliquée et a finalement requis une amputation de la jambe. L'hospitalisation a été longue, et la rééducation l'est tout autant. Toute la famille a fait réaliser une biologie de dépistage, les enfants, adolescents et étudiants, consultent occasionnellement pour d'autres choses. Mais il m'a fallu plusieurs mois pour ouvrir la conversation dans cette direction, et l'épouse était visiblement heureuse d'en parler.

Conclusion

Au fil de notre réflexion se sont glissées différentes conceptions de la subjectivité, qui ne sont pas antinomiques, mais indiquent une possible progression dans la place que nous lui laissons dans la relation médicale.

- La subjectivité serait du domaine de l'émotionnel, de ce qui n'est pas « objectivable », voir pas raisonnable ou pas rationnel...
- La subjectivité peut être vue comme la façon unique dont un patient vit de l'intérieur l'histoire unique de sa maladie au coeur de sa propre vie.
- Elle peut être conçue comme l'espace privé du patient, qu'il nous est impossible de connaître comme soignant et auquel il est important de laisser place, dont il faut laisser « témoigner » le patient, comme le disent Mino, Frattini et Fournier²².
- A partir de cette dernière conception, nous pouvons penser la subjectivité comme l'action possible du patient. Est-ce le médecin qui agit pour la santé de son patient, ou est-il amené à l'accompagner pour qu'il prenne lui-même en main sa santé ? Cela ne veut pas dire se dérober à sa responsabilité, aux décisions qu'il doit prendre, car il est en situation de savoir et de pouvoir. Mais cela signifierait d'accepter de limiter le pouvoir de la raison biomédicale, de la rationalité scientifique à l'œuvre dans la médecine pour laisser place à autre chose.

La réflexion phénoménologique sur la constitution d'autrui est inspirante à ce sujet. A la suite d'Husserl entre autres, Paul Ricœur²³ réfléchit à la façon dont nous percevons autrui, lorsqu'un autre corps entre dans notre espace personne de perception : comme cet autres est-il perçu comme une personne, un « semblable » qui est cependant « différent » ? Il affirme l'importance d'accepter de limiter la prétention de la raison théorique qui cherche à objectiver autrui, pour entrer dans une position volontaire de finitude, et laisser place à la raison

²¹ Marin, C., « Violences de la maladie – entretien », in Etudes n° 4091-2, juillet - août 2008, p.44.

²² « Pour une médecine de l'incurable », op cit.

²³ Ricœur, P., « Sympathie et respect – phénoménologie et éthique de la seconde personne », in A l'école de la phénoménologie, Paris, Vrin, 1986, p. 274

pratique. Pour lui, l'acte de position d'autrui se situe « dans l'acte par lequel la raison limite les prétentions du sujet empirique »²⁴.

La réflexion et l'interpellation de Bruno Cadoré dans son ouvrage « L'expérience bioéthique de la responsabilité », vont dans ce sens, en invitant à développer un double rationalité, scientifique et éthique. La confrontation à la souffrance, en particulier, fait expérimenter aux soignants les limites de la raison biomédicale. Elle rappelle la réalité de la vie humaine dans sa profonde fragilité. « Comment déployer avec justesse la puissance d'une rationalité dans le souci du respect et l'attention au non-oubli de cette fragilité fondamentale ? »²⁵ La rationalité biomédicale à la source de notre médecine est intéressante mais risque d'être violente si elle n'est pas consciente de ses limites, et contrebalancée par une sollicitude pour celui qui vit la maladie : c'est un défi pour la médecine scientifique, mais aussi ce qui lui donne son sens et sa juste place. « C'est au cœur de la solidarité que semble se fonder l'action biomédicale, cette dernière pouvant s'appuyer sur elle pour affronter la tension entre violence et raison. »²⁶

Laisser place à l'histoire du patient, à la façon dont il vit la maladie, le rendre progressivement plus acteur de sa santé... on peut objecter que cela prend du temps ! Laisser place aux préférences du patient et non seulement aux recommandations de bonne pratique²⁷, demande d'écouter, de négocier, de peser les choses, de discuter... Il y a là un enjeu pour la médecine et pour notre propre santé de soignants, dans une véritable rencontre des patients, qui nous renvoie à notre propre humanité. Au risque d'être moins efficace... peut-être. Mais pour permettre au médecin de rester lui aussi un sujet : car comment peut-il prendre en compte la subjectivité de ceux qu'il accompagne dans les soins si la sienne n'a plus droit de cité ?

²⁴ Idem.

²⁵ Cadoré, B., L'expérience bioéthique de la responsabilité, Bruxelles-Montréal, Artel-Fides, 1994, p. 54.

²⁶ Cadoré, op cit., p. 57

²⁷ Version française de l'anglais « guidelines ».