



niveau : initiation

philosophie à l'hôpital



La fonction soignante en partage

■ La Chaire de philosophie à l'hôpital à l'Hôtel-Dieu, à Paris, est dédiée au partage de connaissances et de reconnaissances ■ Elle propose un lieu où la dimension subjective, institutionnelle et politique du soin peut être pensée, par toutes les parties prenantes de celui-ci : les patients, le corps soignant, les familles et les citoyens ■ L'enjeu : inventer une fonction soignante en partage.

© 2016 Elsevier Masson SAS. Tous droits réservés

Mots clés – éthique du soin ; institution ; humanité ; partage ; patient ; philosophie

The shared nursing function. The Chair of Philosophy at Hôtel-Dieu hospital in Paris, is a place for the sharing of knowledge and recognition. It provides a place where the subjective, institutional and political dimension of care can be considered, by all stakeholders: patients, nurses, families and citizens. The aim is to invent a shared nursing function.

© 2016 Elsevier Masson SAS. All rights reserved

Keywords – ethics of care; humanity; institution; patient; philosophy; sharing

« Pour ne pas s'endormir, il y a une petite gymnastique à pratiquer tous les matins, comme le pianiste fait ses gammes. Cette gymnastique, c'est de dissocier le statut, le rôle et la fonction. »¹ Ces exercices de gammes, comme d'autres sont spirituels ou mathématiques, celui qui invite à les pratiquer est un médecin : Jean Oury (1924-2014), psychiatre, et l'une des figures emblématiques de la clinique de La Borde² et de la psychothérapie institutionnelle. Dans le sillage de François Tosquelles (1912-1994), psychiatre, contraint par le régime franquiste à s'exiler à l'hôpital de Saint-Alban³ (07), il a parfaitement vu que soigner le malade sans soigner l'institution relevait purement et simplement de l'imposture. Revenons à la gamme inaugurale : « Prenons l'exemple du cuisinier dans un hôpital. Son statut, c'est d'être cuisinier. Sa fonction, c'est de faire la cuisine. Mais quel est son rôle ? C'est celui que le malade va lui donner. C'est parfois inattendu. Il arrive qu'un pensionnaire raconte sa vie au cuisinier, alors qu'il ne dit rien à son médecin. C'est donc très important de ne pas enfermer le cuisinier dans son statut de cuisinier et de ne pas fermer la porte

de la cuisine aux malades. Je pourrais prendre mon propre cas. Mon statut est d'être directeur, mais il ne faut pas se prendre pour son statut. Je dis souvent : un directeur qui se prend pour un directeur, c'est le plus fou de la bande ! »⁴ Cette citation est typique de l'enseignement et de l'attitude de Jean Oury, qui n'est pas sans rappeler la phrase de Jacques Lacan, psychiatre et psychanalyste, lorsqu'il définit la folie : « Si un homme qui se croit un roi est fou, un roi qui se croit un roi ne l'est pas moins. » [1] Avec la définition lacanienne de la folie, nous sommes au cœur de ce qui fait la démesure de la société, à savoir son manque crucial de jugement vis-à-vis de ses présumés, au cœur de ce que la ronde sociale fait pour façonner le réel jusqu'à le faire disparaître, tant la théâtralisation sans talent qu'elle opère précède et clôt tout phénomène : le roi partage avec le fou ce manque de distance sur lui-même, le fait d'avoir oublié la vérité symbolique qui détermine tout humain, à savoir sa finitude, son manque originel et son destin d'atomisation : il « se croit », comme disait Lacan, il « se la raconte ». Et il ne faudrait pas que nos médecins, nos soignants, "se

la racontent", notamment avec leurs "statuts", et par là même, manquer ce qui fait la vérité du soin, à savoir écouter les malades raconter simplement leur souffrance et la maladie qui les étreint, et construire avec eux un récit et une expérience du traitement et de la guérison.

LA DIMENSION SUBJECTIVE, INSTITUTIONNELLE ET POLITIQUE DU SOIN

À la Chaire de philosophie à l'hôpital¹, située à l'Hôtel-Dieu à Paris (AP-HP, 75), et opérationnelle depuis janvier 2016, nous cherchons précisément à ne jamais dissocier les approches subjective, institutionnelle et politique du soin.

■ **Le soin n'appartient pas à une caste de soignants** qui distribueraient leurs soins comme d'autres les bonnes paroles auxdits soignés incapables d'être actifs dans le processus du soin. Le soin est une fonction en partage, relevant de l'alliance dialectique, créative, des soignants et des soignés qui, ensemble, font éclore une dynamique singulière, notamment tissée grâce à la spécificité des sujets qu'ils sont. Il ne s'agit pas



LA PHILOSOPHIE À L'HÔPITAL

• La fonction soignante en partage

CYNTHIA FLEURY
 Enseignant-chercheur, titulaire de la Chaire de philosophie Hôtel-Dieu
 Hôtel-Dieu, 1, place du Parvis-de-Notre-Dame, 75004 Paris, France

Adresse e-mail :
 cynthiafleuryperkins@gmail.com
 (C. Fleury).



NOTES

¹ Jean Oury lors des États généraux de psychiatrie à Montpellier en 2003.

² La clinique de Cour-Cheverny (Loir-et-Cher), dite "clinique de La Borde", est un établissement psychiatrique fondé en 1953 par le Dr Jean Oury.

³ Dès 1940, l'hôpital de Saint-Alban (07) devient le lieu emblématique du mouvement de rénovation des hôpitaux psychiatriques.

⁴ <http://hotel-dieu.chaire-phil.fr/>

⁵ www.universitedespatients.org

⁶ <http://lapersonneenmedecine.uspc.fr>

⁷ www.parisschoolofeconomics.eu

⁸ www.le-cercle-ethique

⁹ <http://ilumens.fr>

¹⁰ Jean Oury lors du Séminaire de La Borde du 25 octobre 2008.

de dire que la seule subjectivité fait l'affaire, mais qu'elle est partie prenante de la réussite du soin, de son caractère opérationnel. Si le soin est central pour le sujet – au sens où il est matriciel pour l'épanouissement de l'individu, d'une certaine forme de bien-être personnel –, le sujet est également central pour le soin – au sens où le "colloque singulier", ou encore la qualité des relations intersubjectives entre soignés et soignants, entre soignants eux-mêmes (et s'ouvre ici, nous y reviendrons, la question institutionnelle), sont déterminants, ou encore la reconnaissance subjective réciproque entre patients et soignants.

■ **Soin et sujet(s) sont indissociables**, et s'ils sont à l'inverse contraints à la dissociation, ils mettent en péril le soin et les sujets. Si toute une partie des médecins, des patients et des familles, en ont l'intuition, voire pratiquent et font évoluer ce savoir-faire et ce savoir-être du soin, il n'en demeure pas moins que la relative faible présence des Humanités dans la formation initiale et continue des médecins, comme l'émergence encore timide de l'éducation thérapeutique, ne facilitent pas cet enseignement. Or cela est constitutif de la performance du soin, au même titre que la présence des technologies les plus modernes, et constitue même l'appropriation possible de ces dernières.

POURQUOI AVOIR CRÉÉ UNE CHAIRE DE PHILOSOPHIE À L'HÔPITAL ?

Créer une chaire de philosophie à l'hôpital avait pour but initial d'ouvrir un espace critique de confrontations des savoirs issus des sciences humaines et sociales, comme de la médecine, dans

une conception la plus extensive possible, même si le nodal de la Chaire est philosophique, comme son nom l'indique. Le questionnement et la méthodologie philosophiques sont privilégiés ici pour montrer comment l'hôpital est un "common", un bien commun, et même un "scientific common", autrement dit, un lieu de partage de connaissance et de reconnaissance.

■ **La Chaire cherche à faire lien, bien sûr, avec toutes les entités liées à l'éthique et aux humanités**, qui le souhaitent : nous œuvrons déjà ensemble avec l'Université des patients (UPMC)⁵, le programme "La Personne en médecine" (Paris VII)⁶, la chaire Hospinommics⁷, l'École éthique de la Salpêtrière⁸, le laboratoire ILumens (Paris V)⁹, la Fédération hospitalière de France (FHF), etc. La Chaire vient consolider cette constellation, en offrant un lieu, très hybride, ouvert à tous, patients, médecins, citoyens, familles, soignants de tout type, pour envisager ensemble l'avènement d'un soin le plus humaniste possible, assumant les défis technologiques posés à la santé actuelle, et les révolutions internes que le système institutionnel et ses différents partenaires subissent. Prenons un seul exemple, emblématique de cette transformation : le tournant ambulatoire de l'hôpital, combinant un réquisit d'adoucissement des coûts financiers et les attentes, aussi, d'une patientèle qui désire être soignée différemment, plus rapidement, et sans doute avec un ressenti plus fort de continuité entre les différentes périodes de sa vie que représentent la maladie et l'absence de maladie. En effet, le "boom" des maladies chroniques invite à mettre en place ce sentiment

de continuité dans la vie des patients et des soignants, tant la maladie – bien que soignée – ne disparaît pas.

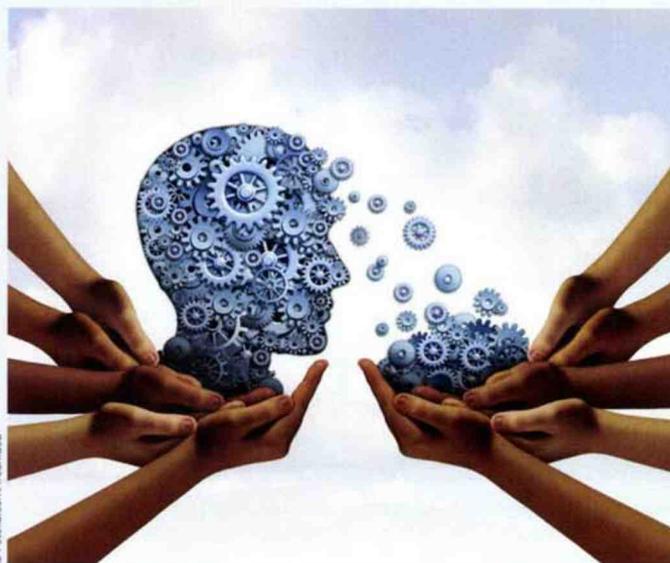
■ **Le tournant ambulatoire de l'Hôpital a**, faut-il le rappeler, comme premier partenaire, la considération pour le patient, sa reconnaissance en tant que sujet et porteur d'un savoir spécifique nécessaire à la compréhension de son mal. Si le patient n'est pas considéré comme un "agent", un acteur de son traitement, le tournant tournera court. Aujourd'hui, tout le monde s'entend pour vouloir l'appliquer, des médecins de ville aux médecins hospitaliers, en passant par les administratifs de la Sécurité sociale. Mais, de nouveau, si le patient est infantilisé, désobjectivé, cette innovation, indépendamment de sa haute technicité, va s'arrêter très vite. Plus qu'un partenaire, le patient doit être un patient expert, un patient compétent, entouré d'une sphère médicale qui va l'accompagner d'une manière humaine. À l'hôpital, il est encore trop souvent maintenu dans la désobjectivation. Avec l'ambulatoire, la complaisance avec cette lacune ne sera plus de mise. Pour que l'ambulatoire soit opérationnel, le patient doit quitter le domaine de la "chosification" pour devenir un acteur à part entière du soin. C'est cette fonction soignante en partage que nous devons inventer et dont nous devons diffuser l'enseignement.

■ **Les Humanités, et notamment la philosophie, défendent une approche du soin plus holistique** et dans laquelle la vulnérabilité du patient est prise en compte sans jamais la renforcer, ni la considérer comme synonyme d'incapacité. La vulnérabilité, d'ailleurs, est une vérité de la condition

humaine, partagée par tous, et pas uniquement par ceux qui font l'expérience plus spécifique de la maladie. Certes, la vulnérabilité fragilise le sujet, mais chacun doit se rappeler qu'elle peut être aussi l'occasion d'une sublimation possible, qu'elle l'est d'ailleurs souvent, tant l'individu reconquiert son individuation à l'aune des épreuves existentielles qu'il traverse. La lecture des vies des créateurs révèle souvent les affres qu'ils ont éprouvées avant de les transformer en style, en art, en œuvre, en progrès et en connaissance pour le reste des hommes. Il ne s'agit nullement de défendre une approche doloriste de la vérité au sens où l'expérience de la douleur serait source de vérité et d'amélioration de l'humain, mais de rappeler ce fait essentiel de la vulnérabilité, à savoir qu'elle peut – notamment quand elle fait l'objet d'un soin – être tout à fait "capacitaire". Veiller, dans la santé, à construire une "vérité capacitaire" qui donne au sujet malade les moyens physiques et psychiques de dépasser sa maladie, est d'ailleurs un fait de toute importance pour le médecin. Dire la vérité au malade est, certes, une nécessité, mais la nécessité de veiller à ce que la vérité n'affaiblisse pas le sujet et les aidants mais les renforcent dans leur quête de traitement et de guérison, est également un fait très important – d'autant que le régime d'incertitude dans lequel évolue la médecine invite à quelque humilité par rapport à la perception de ce qui est vérité. L'enseignement des Humanités nous permet notamment d'envisager la "vérité" dans toute sa complexité et sa polysémie.

SOIGNER L'HÔPITAL

La problématique de la fonction soignante en partage nous



© Fotolia.com/freshidea

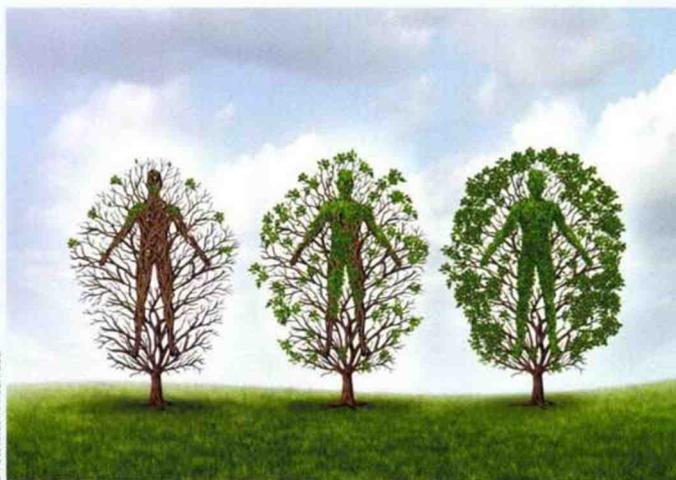
Les Humanités, et notamment la philosophie, défendent une approche du soin plus holistique.

invite également à étudier l'organisation institutionnelle qui est la nôtre, et à vérifier qu'elle est compatible avec une éthique du soin. Les cas d'épuisement professionnel chez les soignants, notamment en secteur hospitalier, ou encore chez les étudiants – qu'ils soient élèves infirmiers ou futurs médecins –, le nombre toujours élevé de suicides des soignants, ou encore le nombre encore trop important des dénonciations des patients concernant les pratiques soignantes trop "chosifiantes", ne sont certes pas le simple fait des organisations liées à la santé. Tous les secteurs publics, comme les entreprises et les associations, ont été victimes ces dernières années d'un management déshumanisant, oscillant entre pression arbitraire et injonctions contradictoires, et rendant malades quantité de personnels. La situation n'est donc pas unique. Néanmoins, que l'univers du soin soit lui-même malade n'est pas sans conséquences spécifiques dans la mesure où l'impact

de ce manque de soin – dans un espace qui est précisément destiné à soigner, ce qui n'est pas le cas d'une administration *lambda* ou d'une entreprise – est bien plus dommageable pour les patients, les citoyens, et le monde de la santé en règle générale. C'est ce que Jean Oury avait nommé, dès 1957, « l'ambiance à l'hôpital » [2], terme quelque peu anodin mais qui tentait de rendre plus compréhensible et partageable par chacun l'idée de "pathoplastie", à savoir la dimension pathogène directement en relation avec le milieu environnant. Ou, pour le dire plus simplement encore : comment un milieu peut rendre malade celui qui s'y trouve. Dès 1927, le psychiatre Hermann Simon (1867-1947) avait parlé de « soigner l'hôpital » [3], précisément dans le but de bien soigner les malades, et François Tosquelles, à Saint-Alban, en avait fait sa pratique. Et Jean Oury de commenter : « Bien sûr, si un directeur est sadique, phobique, paranoïaque, tout s'en ressent. On aura beau amener des

RÉFÉRENCES

- [1] Lacan J. Propos sur la causalité psychique (1946). In: Écrits. Paris: Le Seuil; 1966.
- [2] Oury J. Psychiatrie et psychothérapie institutionnelle. Lecques: Éditions du champ Social; 2001.
- [3] Simon H. L'expérience de Gütersloh. In: Aktiverer Krankenbehandlung in der Irrenanstalt (Une thérapeutique plus active à l'asile). Berlin, Leipzig: Walter de Gruyter & co; 1929.
- [4] Préambule à la Constitution de l'Organisation mondiale de la santé, tel qu'adopté par la Conférence internationale sur la Santé, New York, 19-22 juin 1946; signé le 22 juillet 1946 par les représentants de 61 États. 1946; (Actes officiels de l'Organisation mondiale de la santé, n° 2, p. 100) et entré en vigueur le 7 avril 1948.
- [5] Canguilhem G. Essai sur quelques problèmes concernant le normal et le pathologique. Clermont-Ferrand: La Montagne; 1943.
- [6] Canguilhem G. Une pédagogie de la guérison est-elle possible? Nouvelle Revue de psychanalyse. 1978;17:13-26.



Depuis longtemps, le deuil de la guérison définie comme retour à l'état antérieur s'est opéré, et une sorte de démythification de la guérison s'est produite.

techniques de pointe, de la psychanalyse de groupe ou autres, on n'aboutira pas à grand-chose. Mais il y a une pathologie qui est entretenue par la structure de l'ensemble hospitalier, par les habitudes, les préjugés. C'est dans ce sens-là que Tosquelles disait qu'en psychiatrie on est en retard de plus de cent ans sur la médecine ou la chirurgie : on n'a pas encore inventé l'asepsie. »¹⁰ Ou comment, chaque institution n'a pas seulement à affronter la lutte contre le nosocomial "physique", mais contre le nosocomial "psychique", au sens où il existe une contamination tout aussi délétère pour les structures de soins, qui n'est pas matérielle, mais immatérielle, relationnelle, intersubjective, et qui renvoie aux rémanences de domination, de mépris, de discrimination dans les rapports sociaux. Là encore, la Chaire de philosophie à l'hôpital espère pouvoir contribuer activement à la mise en place de ce regard critique sur le fonctionnement des organisations et des institutions afin qu'elles puissent rénover leurs pratiques et élaborer le meilleur soin possible pour les soignés et les soignants.

Déclaration de liens d'intérêts
 L'auteur déclare ne pas avoir de liens d'intérêts.

RÉFLEXION À PARTIR DE LA MALADIE CHRONIQUE

Le "boom" des maladies chroniques invite également la Chaire à se saisir d'une réflexion plus sociétale concernant la définition de la maladie et son acception sociale. Si l'on se réfère à la définition de l'Organisation mondiale de la santé (OMS) [4], la maladie chronique est un problème de santé qui nécessite une prise en charge pendant plusieurs années et dont le retentissement sur la qualité de vie des patients et de leur environnement, familial et professionnel, est considérable.

■ **Ce rappel montre à quel point la définition de la maladie a changé.** La maladie n'a pas basculé du côté de la mort mais du côté de la vie : être malade, ce n'est pas mourir d'un mal, c'est vivre "avec" un mal, et plus précisément "vivre mal avec un mal qui vit". « Aucune guérison n'est un retour à l'innocence physiologique car il y a irréversibilité de la normativité biologique », écrit le philosophe et médecin Georges Canguilhem dans son *Essai sur quelques problèmes concernant le normal et le*

pathologique [5]. Depuis longtemps, le deuil de la guérison définie comme retour à l'état antérieur s'est opéré, et une sorte de démythification de la guérison s'est produite.

■ **Pour autant, la réalité très âpre de la maladie chronique produit un nouveau deuil de la guérison,** comme s'il s'agissait de guérir de l'idée même de guérison. C'était d'ailleurs, là aussi, le propos de Georges Canguilhem dans un article de 1978 intitulé *Une pédagogie de la guérison est-elle possible ?* : « La conscience lucide du fait que guérir n'est pas revenir aide le malade dans sa recherche d'un état de moindre renonciation possible, en le libérant de la fixation de l'état antérieur [...] Apprendre à guérir, c'est apprendre à connaître la contradiction entre l'espoir d'un jour et l'échec, à la fin. Sans dire non à l'espoir d'un jour » [6].

■ **La maladie chronique est loin d'être un seul défi pour le monde médical :** elle est l'occasion d'une expérience de vie très intense en questionnements physiologiques et métaphysiques, au sens où elle vient reparamétrer toutes les catégories de bien-être, de bonheur, de rapports avec autrui et avec son propre corps. Qu'est-ce donc que cette santé malade, que cette maladie qui dure, et qui souvent, sait parfaitement se cacher derrière une invisibilité ? Qu'est-ce donc que cette invisibilité de la maladie qui laisse des traces partout et irradie sur l'environnement de façon parfois très délétère ? Comment mieux soigner cela, et accompagner ces sujets ? Là encore, la Chaire de philosophie à l'hôpital se remémore cette vérité première qu'il n'existe pas de maladie mais seulement des sujets qui tombent malades, et que la reconnaissance de cette subjectivité est la seule qui soit opérationnelle pour la production d'un soin. ■