

Revue Ouvertures vol 3

Ouvertures

*Revue internationale
de philosophie, théologie et psychanalyse*

Aout 2019



La subjectivité en malaise

Marie-Ève Garand – Aout 2019

Marie-Ève Garand, Directrice CÉINR et professeure associée de clinique -
Faculté de médecine Université Sherbrooke.

Citer l'article : Marie-Ève Garand, « La subjectivité en malaise », *Revue Ouverture* vol 3, p, 1-30

Résumé : Cet article propose une réflexion clinique sur le malaise de la subjectivité humaine dans le discours médical courant et scientifique. Pourtant, la subjectivité humaine est là, bien vivante, dans l'expression quotidienne des maux du quotidien, de la difficulté de vivre, du mal-être existentiel et de la quête de chacun à être humain. Redonner une place à la dimension du sujet parlant et à son désir singulier- qui ne se réduit pas à un besoin à combler- pourrait-il permettre de mieux traiter la souffrance existentielle, celle qui est partout supposée, mais nulle part parlée ?

This article proposes a clinical reflection on the malaise of human subjectivity in current medical and scientific discourse. Yet, human subjectivity is alive and vivid, in the day to day expression of daily life's evils, the difficulty of living, the existential malaise and in the quest of everyone to be human. Restore a place to the dimension of the speaking subject and to his singular desire – which cannot be reduced to a need to be filled: could it allow to better treat existential suffering, everywhere assumed, but nowhere spoken

En 2019, que signifie « être humain » ? Je ne parle pas ici de la définition d'un être humain telle qu'elle est écrite dans les dictionnaires. Ma question est d'un autre ordre. Que signifie en modernité, chercher à vivre comme « être humain », ordonner son existence au nom de son espèce ? Se questionner sur notre « quête à être humain » n'est pas étranger à une recherche d'articulation du sens à exister. La « quête à être humain » ne situe pas d'abord le rapport à l'existence sur le versant de la science ou sur celui de la religion. Elle se situe sur le versant du subjectif et plus particulièrement sur la dimension du sujet parlant et du rapport qu'il entretient avec sa propre quête.

Ma praxis d'écoute au CÉINR¹, tout comme ma praxis en tant que professeur d'enseignement clinique en Faculté de médecine², m'a offert une place privilégiée pour observer et réfléchir aux enjeux cliniques tels qu'ils se présentent dans les cabinets de médecin, mais aussi dans le réseau des professionnels de la santé. Entre autres choses, et c'est le point sur lequel j'aimerais attirer votre attention dans la présente contribution, il semble que dans les milieux de santé, l'exclusion de la dimension subjective de la pratique de soins entraîne une perte du sens de la praxis médical, qui, elle est problématique tant pour les soignants que pour les soigné(e)s. Plus particulièrement, selon mon hypothèse, il semble que la dimension subjective, soit le rapport qu'une personne entretient avec sa parole, soit non seulement exclue du savoir scientifique qui fonde les pratiques professionnelles, mais aussi en voie d'extinction dans la clinique. L'idéal « d'objectivité professionnelle » promu par les associations et les ordres professionnels recouvre la praxis clinique de tellement de repères, de règles éthiques et déontologiques, de guide de bonnes pratiques qu'ils en arrivent à transformer la médecine en pratique professionnelle où la subjectivité est d'emblée posée comme une dimension à contrôler ou à tout de moins à ordonner. Chercher à se conformer à des règles venues d'ailleurs, qu'elles soient issues du domaine du religieux ou directement du développement de la science, produit le même effet. Cela conduit à l'épuisement, pour ne pas dire à l'affadissement du sujet. Un sujet qui n'en peut plus de ne pas correspondre à une sombre normalité qui le mène par le bout du nez, et qui sombre dans une « dépression », un « trouble

¹ Créé en 1984, le C.É.I.N.R., Centre d'écoute et d'interprétation des nouvelles recherches du croire, est un organisme sans but lucratif qui écoute la quête de sens des personnes qui ont vécu une expérience sectaire, religieuse, spirituelle. Fait à noter, depuis une quinzaine d'années, les personnes qui fréquentent le C.É.I.N.R. viennent consulter en lien avec leur rapport à la santé ou au système de santé. Par exemple, il n'est plus rare de recevoir des personnes qui questionnent l'aspect purement chimique de leur dépression ou des personnes ayant reçu un diagnostic de psychose qui se questionnent sur la légitimité de leurs croyances religieuses. <https://ceinr.com>

² Si je suis engagée par une Faculté de médecine, je trouve important de préciser qu'en médecine, l'enseignement clinique de la relation patient-médecin s'enseigne sur le terrain clinique, en contexte de GMF-U- (Groupe de Médecine Familial- Universitaire).

d'adaptation », une « crise spirituelle où il ne se reconnaît plus comme il était avant ». Avant quoi ?

Mon expérience d'écoute va dans le sens de l'hypothèse que soulève Chemana, soit que le terme avant est très signifiant lorsqu'utilisé par une personne qui vit une expérience de dépression³. Non seulement parce que « le avant » met en scène un passé idéalisé, mais aussi, parce que l'écoute de l'articulation de l'avant idéalisé révèle souvent une quête de devenir qui dit quelque chose du rapport qu'une personne entretient avec sa « quête à être humain ». Le rapport à l'idéal, qu'il se réalise sur le versant de l'idéal médical ou religieux, en raison de la puissance des forces pulsionnelle qu'il mobilise, doit nous alerter sur l'importance de l'art du maniement des forces en présence. Le rapport qu'un être entretient avec ses idéaux et ses croyances fonde sa « quête à être humain » dans un rapport intime singulier où souvent, malgré lui, à son insu, le sujet parlant se révèle en écart, dans une dimension où le croire se révèle comme une dimension subjective en acte. Comment concilier l'écart entre l'idéal qui nous mène par le bout du nez et la dimension en acte de la subjectivité qui ne peut se manifester dans cet espace réduit que sous forme de ratage ? Car si l'idéal est important, personne n'a jamais dit que l'idéal existait en réalité, et encore moins qu'il fallait le viser à tout prix. De même, personne n'a jamais dit que l'existence devait être paisible ou facile. D'où nous vient cette idée d'une vie terrestre paradisiaque où il serait possible de s'éprouver comme humain dans un pur bonheur ? « Tout le monde veut aller au ciel, mais personne ne veut mourir », chante la petite chansonnette.

Pourtant, comme le montre la réaction des résidents en médecine de famille à qui j'enseigne le volet de la relation patient-médecin depuis six ans, si personne n'a jamais dit que le rapport d'un humain à son existence devait se vivre sous le signe du bonheur, il semble que plusieurs y croient et que cette quête nous anime, parfois même à notre insu. Cela implique, je crois, de ne pas opposer d'emblée à l'idéal de vie facile une vision de la réalité où la vie serait difficile. Certes, la vie est difficile. Déjà Freud, avec son malaise dans la civilisation avait bien montré que la vie humaine est difficile parce que le danger guette l'humain sous deux versants distincts : de l'extérieur, que ce soit de la nature ou de l'autre humain, qui constitue un « loup pour l'homme », mais aussi de l'intérieur de l'organisme⁴. Cette reconnaissance lui a permis de découvrir que si les humains veulent être heureux

³ Roland Chemana, *Dépression, la grande névrose contemporaine*, Paris, Ères, 2006

⁴ Sigmund Freud, *Malaise dans la civilisation*, 1929 p. 19,
http://classiques.uqac.ca/classiques/freud_sigmund/malaise_civilisation/malaise_civilisation.pdf

et le rester, cette aspiration a deux faces : d'un côté, éviter la douleur et le malheur, de l'autre, rechercher de fortes jouissances. Or, précisément en raison de la dynamique de jouissance impliquée, cette opposition ne ferait que contribuer à nourrir les extrêmes. D'autant plus qu'en modernité, la difficulté de vivre est d'emblée associée à une dimension de souffrance, même s'il est loin d'être aussi sûr que la souffrance ou la douleur soit la seule réaction possible face à la difficulté de vivre. Les plus grandes transformations culturelles, sociales n'ont-elles pas eu lieu précisément pour faire face à la difficulté de vivre ? En réduisant la difficulté de vivre et son corolaire, le malaise subjectif, à une dimension souffrante, une souffrance qui est lue en termes de défaillance ou d'anomalie à soigner, n'éteint-on pas du même coup toute possibilité de mobiliser le désir humain ailleurs que dans les extrêmes ?

Mon expérience d'enseignement dans un milieu clinique démontre qu'il devient urgent de décloisonner le sens de l'existence de sa saisie par un sens médical ou un sens religieux et d'ouvrir l'articulation de cette dimension à la prise en compte de la dimension du « malaise subjectif ». L'urgence ne provient pas exclusivement du fait que la dépression, serait, en 2020 la deuxième raison d'invalidité des personnes âgées de 15 à 44 ans. L'urgence provient aussi du fait que les soignants sont eux aussi, plus que jamais touchés par cette épidémie de tristesse et de malaises subjectifs. Qu'on le nomme anxiété, trouble anxieux, dépression, essoufflement, épuisement professionnel le fait reste que les soignants, ceux-là même qui se disent motivés à travailler « pour le bien » ou pour « aider » tombent au combat. Le système de soins et plus particulièrement la pratique médicale apparaît comme une dimension tellement mécanique, technique et scientifique qu'il faudrait « humaniser la médecine », comme si une telle dérive n'était pas précisément humaine.

Cela dit, précisément en raison du fait que la dimension du soin est érigée en système, tenter de discuter la possibilité de trouver ou de retrouver le sens de ce qu'est une médecine humaine ne peut se faire sans tenir compte de la place particulière qu'occupe le système de santé dans nos sociétés, dans notre culture et surtout dans nos vies quotidiennes : un peu comme si on tentait de discuter de la possibilité de trouver ou de (re)trouver le sens et l'importance d'une pratique de soins humaine sans tenir compte du fait que cette quête est déjà-là, en place. Témoigne de cette recherche des exemples comme la récente intégration dans les cursus de médecine de cours de méditation ou par l'embauche de psychologues comme professeur associé de clinique. Bien qu'innovante et franchement intéressante, cette orientation nous semble davantage s'inscrire dans une attente de donner un supplément d'humanité à une médecine scientifique qui semble parfois trop s'éloigner des humains qu'elle soigne. Toutefois, elle ne cherche pas à réintroduire la subjectivité au centre de l'acte médical là où elle émerge, soit dans

la praxis quotidienne de la médecine. Je vais donc déployer cette idée à travers trois idées.

La première veut montrer comment le discours médical courant, issu du système de soins moderne oriente déjà, parfois même à l'insu des personnes concernées, une quête de sens dans une logique prédéterminée. Dans la seconde partie, je vous raconterai comment le retour du subjectif à l'intérieur d'un savant système de santé produit une pression indue sur les soignants. Dans un troisième temps, je tenterai de pointer quelques pistes issues de la praxis pour une entrée de la subjectivité en médecine.

1. La dérive du quotidien : la difficulté de vivre et le malaise subjectif en modernité

La difficulté de vivre est une expression qu'on n'entend plus beaucoup, mais que j'ai ramenée au cœur de mon enseignement clinique pour insister sur l'écart entre difficulté de vivre et souffrance de vivre à soigner. La notion de « difficulté de vivre » fait écho aux expériences de souffrances et de douleurs, de peines ou de mal, mais elle a surtout l'énorme avantage de ne pas statuer d'emblée que, face à la difficulté de vivre, la souffrance est la seule réponse possible. En fait, s'il est difficile de lire la difficulté de vivre autrement qu'en termes de souffrance, ce n'est pas sans lien avec ce que nous appellerons ici le discours médical courant qui traite la difficulté d'emblée comme un problème à résoudre ou comme un besoin à combler, alors que, selon nous, cela a davantage à voir avec ce que nous appellerons le malaise subjectif.

En faculté de médecine, là où j'enseigne depuis six ans maintenant la relation patient -médecin, je peux vous assurer que cette distinction est fondamentale. En effet, les médecins comme les résidents tendent à associer difficulté de vivre et souffrance sans même se demander si ce raccourci tient pour le patient. Ainsi, je me souviens d'une patiente vue en supervision directe pour une vulvodynie⁵ résistante. La dame d'une quarantaine d'années disait être affectée depuis plus de 20 ans déjà par cette maladie. Selon elle, cette affection avait fait d'elle une « femme enfant », ce qui signifie pour elle « être une femme mariée, se faire vivre par son mari et passer ses grandes journées à dessiner et à tricoter ». Ce mode de vie, qu'elle mettait sur le compte de sa vulvodynie, a conduit de nombreux médecins et résidents à faire des examens gynéco, des examens d'imagerie, à tester des hormones et des

⁵ La vulvodynie est une douleur chronique ou périodique localisée à l'entrée vaginale ou dans le secteur de la vulve. Généralement deux sous-catégories majeures sont identifiées : 1) *Vulvodynie provoquée* (la douleur est déclenchée par le touché. 2) *Vulvodynie généralisée* : la douleur est chronique et répandue dans des divers secteurs de la vulve. C'est de la seconde forme qu'était affectée la patiente mentionnée.

techniques sexologiques pour débarrasser la patiente de ses douleurs intempestives à la vulve qui survenait à tout moment. Mais rien n'a fonctionné. Le résident, motivé par le désir évident d'aider sa patiente, souhaitait de nouveau référer sa patiente en gynécologie pour tenter de la soulager de ses douleurs. Je m'y suis opposé sans autre explication, sinon en lui disant de retourner voir sa patiente avec la question suivante : « Qu'est-ce que ça vous fait de vivre depuis si longtemps avec une vulvodinie ». La réponse de la patiente est tout à fait révélatrice : « Oh ! mais je vis très bien. Vous savez, ça a commencé j'avais six ans. Ça a l'air de déranger tout le monde cette affaire. J'ai vu plein de docteurs, et mon mari et moi on a dû faire plein d'exercices de fou pour réparer ça. Mais ça ne se répare pas. Je vis avec. Je vis même bien. Vous savez docteur, pour dire vrai, j'ai toujours rêvé d'être une femme enfant, je suis bien ainsi »⁶.

Je ne vous raconte pas cette anecdote clinique pour rien. Une fois la question posée, et que le résident a non seulement entendu, mais pris le temps de comprendre que sa patiente n'est pas souffrante de sa condition, même si sa douleur n'est « pas normale », la patiente n'a plus eu besoin de consulter de spécialiste ni de subir encore des traitements pour ce qui apparaissait non seulement comme une anomalie, mais comme une anomalie souffrante. Elle a pu retourner tranquillement à ses dessins avec comme message : « bon si jamais vous souffrez trop de votre vulvodinie, revenez nous voir, on pourra vous aider »⁷. Cette situation montre la difficulté qu'il peut y avoir à distinguer la difficulté de vivre de la notion de souffrance qui lui est d'emblée accolée sans même que nous prenions le temps d'au moins questionner comment une personne vit son propre rapport singulier à sa difficulté. En associant difficulté et souffrance, on oriente la réception du dire d'une personne dans une logique médicale, ou a tout du moins dans un discours psychologique qui n'est qu'une extension du discours médical depuis le développement de la loi 21⁸, mais pas uniquement.

⁶ Ici la réponse de la patiente, pourtant limpide, n'a pas permis au résident de décrocher de son désir d'aider sa patiente. Il est revenu en supervision en disant : « là elle est heureuse, mais voyons, ça ne se peut pas vivre de même. Si son mari la laisse, elle va capoter raide. Mieux vaut l'envoyer en gynéco, au cas où ce couple cède ».

⁷ Soulignons ici le vœu du résident, qui est un sincère désir de pouvoir, mais un pouvoir qui n'existe pas dans la réalité de la patiente et ce depuis plus de vingt ans. La patiente n'est pas dupe, puisqu'elle s'est levée en disant au médecin que même son psy, qu'elle avait pourtant vu 1 an durant, ne pouvait rien pour elle !

⁸ La loi 21, qui vient encadrer la profession de psychologue et de psychothérapeute, est à mon sens une étape de plus franchie dans l'homogénéisation du discours médical, en réduisant la psychothérapie à une donnée strictement médicale. La loi 21 balise ainsi le champ de la psychothérapie : « La psychothérapie est un traitement psychologique pour un trouble mental, pour

Comme l'a bien montré Danièle Hervieu-Léger, la quête en modernité à « être humain » est directement et proportionnellement liée au concept d'individu, posé comme un Moi « autonome, libre de conscience ». Ce concept, ce mot individu, ce n'est pas anodin. Danièle Hervieu-Léger montre que c'est à partir de ce mot que notre quête à « être humain » a pu se moduler selon un rapport au monde individuel où l'identité apparaît comme une dimension à conquérir. En fait, la notion d'individu évoque une façon tellement particulière de penser le rapport de l'humain au monde que c'est à partir de cette notion que la modernité se serait, selon Danièle Hervieu-Léger, pleinement réalisée comme modernité psychologique, donc comme société sortie du religieux.

[Elle] est pleinement réalisée avec Kant, qui pose la séparation entre le sujet et l'objet, entre la conscience, placée au centre et l'univers. Ce double processus s'accomplit, en quelque sorte, dans ce que l'on pourrait appeler la modernité psychologique, c'est-à-dire une certaine façon pour l'homme de se penser lui-même comme individualisé et d'œuvrer pour conquérir son identité.⁹

Ainsi, la distance historique permet de mettre en exergue le fait que la notion d'individu n'est pas seulement un mot vague ou un concept sociologique qui appartiendrait à la théorie universitaire. L'individu est avant tout un mot qui constitue déjà une façon particulière de nommer l'humain. Il détermine l'expérience que nous avons du monde. Toutefois, la notion d'individu, même si elle est à la mode, même si elle est efficace et même si c'est elle qui a orienté le développement de la science médicale, reste un mot. Un mot qui comporte ses propres aprioris et qui, en tant que tel, oriente le possible dans lequel chacun peut s'appréhender comme humain. Considérer de près cette dynamique permet de se questionner et, par l'art de la question, d'ouvrir l'espace pour que la « quête à être humain » puisse se poser en écart du mot maître individu. Si l'humain est effectivement un être conscient,

des perturbations comportementales ou pour tout autre problème entraînant une souffrance ou une détresse psychologique, qui a pour but de favoriser chez le client des changements significatifs dans son fonctionnement cognitif, émotionnel ou comportemental, dans son système interpersonnel, dans sa personnalité ou dans son état de santé. Ce traitement va au-delà d'une aide visant à faire face aux difficultés courantes ou d'un rapport de conseils ou de soutien ». La loi ne fait donc pas qu'encadrer la profession de psychologue ou de psychothérapeute. En réduisant la psychothérapie à une donnée strictement médicale la loi inscrit la psychothérapie dans le champ du médical, comme un traitement, donc comme un moyen pour répondre à un besoin médical. Or, la psychothérapie se réduit-elle vraiment à une donnée médicale ? Qu'advient-il en tel cas de l'écoute de la quête de sens? <https://www.ordrepsy.qc.ca/-/l-encadrement-de-la-psychotherapie-un-defi-de-la-loi-21>

⁹ Danièle Hervieu Léger, *Religion, utopie, communautés : christianisme et modernité*, thèse de doctorat, Paris, École des hautes études en science sociale, 1987, p.201

libre et autonome de conscience, qu'advient-il dans cette définition de ce qui ne cadre pas avec la définition ? Par exemple, qu'advient-il des actes manqués, des rêves, des lapsus et des mots d'esprit qui ont mis Freud sur la piste de l'inconscient ? Mais surtout, qu'advient-il de la possibilité pour une personne de s'appréhender dans son propre rapport subjectif en tenant compte de son désir inconscient ?

1.1 De la difficulté de vivre au malaise subjectif

Distinguer les concepts d'individu et de sujet est fondamental pour commencer à réfléchir à la manière dont le discours moderne oriente, parfois même à notre insu, la manière même dont nous sommes capables d'entendre, de comprendre et de nommer notre difficulté de vivre et nos malaises subjectifs. La notion de malaise subjectif cherche à rendre compte du fait qu'on ne peut réduire la subjectivité humaine à la notion d'individu, sans que le subjectif ne se présente comme une dimension portant un malaise. Le malaise subjectif apparaît en quelque sorte comme le produit de l'humain réduit au rang d'individu productif, autonome libre de conscience disposant de besoins particuliers. En ce sens, il est directement à mettre en lien avec l'acte manqué, le lapsus ou le mot d'esprit qui ont mis Freud sur la piste de l'inconscient. Pour autant, la notion de malaise subjectif, tel que je l'introduis, ne se réduit pas aux manifestations de l'inconscient tel que la psychanalyse nous permet de les reconnaître. Cette notion englobe de manière plus large les manifestations de la subjectivité qui donne à voir au regard de l'autre ce qui ne cadre pas, ce qui déborde du champ restreint d'une existence déterminée par l'ordre de la conscience autonome. Par exemple, le malaise subjectif se présente dans l'espace public comme un signe distinctif de la subjectivité en malaise. Sous cette forme, ce sont les pleurs de l'enfant au restaurant que les parents n'arrivent pas à contrôler, c'est la violence des parents dans les arènes, c'est la prostitution qui s'affiche sur certaines artères, c'est le voile d'une musulmane, les cheveux roses de la femme qui fume, l'ivresse au volant.

Le malaise subjectif, apparaît lié à ce qui ne cadre pas, ce qui ne correspond pas, ce qu'on essaie de contenir tant et tant dans la sphère du privé, que ça échappe, ça déborde des lieux de l'intime où on croyait pourtant le cloisonner. Et cela ressurgit comme un malaise. Le malaise subjectif apparaît dans le champ du visible sous la forme d'un signe distinctif de ladite subjectivité. C'est ce trait à la fois étranger et semblable qui ose déborder de la sphère de l'intime et du privé et qui s'affiche sur la place publique sous forme de malaise dans la civilisation¹⁰. Le malaise subjectif

¹⁰ Freud, *Malaise dans la civilisation*, 1929,
http://classiques.uqac.ca/classiques/freud_sigmund/malaise_civilisation/malaise_civilisation.pdf

concerne donc cette part de subjectivité intime qu'on porte chacun, tapi au fond de nous comme une anomalie, comme une gêne, parfois comme une honte. Il apparaît comme une dimension sociale hors norme, reléguée, en tant que telle, à la sphère de l'intime, du privé ou du particulier, là où se joue le quotidien de l'individu. Ce quotidien en malaise s'entend à la télé, à la radio et dans les lignes ouvertes. Il se parle autant qu'il se fait parler dans un air d'aller où il se diffuse sur la place publique, là où son procès s'effectue avec une haine et une violence nouvelle.

Dans cette sphère du privé et de l'individuel, discuté publiquement via les lignes ouvertes ou les réseaux sociaux, le malaise subjectif est soumis au terrible de l'examen de conscience ou au poids de l'indifférence. Dans ce mouvement, il rappelle en quelque sorte à l'individu que certaines de ses dimensions constitutives sont anormales, viciées, gênantes ou honteuses. Par exemple, dans la sphère de l'intime, le malaise subjectif, c'est la pensée érotique ou l'idée de mort qui nous traversent parfois malgré nous, au moment où nous ne l'attendions pas. C'est parfois aussi s'enfarger dans les fleurs du tapis et tomber en renversant la coupe bien trop pleine d'avoir brûlé la chandelle par les deux bouts. C'est le rire aux éclats parfois déplacé, mal placé, qui n'en finit plus de rire, parfois même jusqu'aux larmes. C'est la frayeur de l'endormissement, les réveils intempestifs, le deuil qui se prolonge, les mauvaises habitudes de vies, le mauvais contrôle d'une maladie chronique, les parcours de vie difficile, une idée de mort qui insiste parfois si fort qu'elle se met en acte. Mais c'est aussi l'amour, l'exubérance, la joie ou un éclair de bonheur. C'est l'instant d'un baiser, d'un souffle chaud, la jouissance venue d'ailleurs qui nous prend au corps. Bref, du point de vue de l'individu, le malaise subjectif, c'est l'affect déplacé, c'est l'émotion qui surgit trop vive, ce sont les comportements intimes et quotidiens qui apparaissent malsains, anormaux ou, pires, comme des signes d'une maladie. C'est cette part de l'humain qui concerne la jouissance et la douleur, qui se ressent, mais qui ne se dit pas, et qui pourtant ne cesse pas de faire retour, à un moment ou l'autre du quotidien.

1.2 La dérive du quotidien : quand le discours médical courant s'empare de la difficulté de vivre et du malaise subjectif

L'expression discours médical courant tel qu'il sera utilisé dans la présente contribution renvoie à la manière dont chacun, engagé autant que ravagé par sa propre parole, tente d'appréhender, de comprendre, d'analyser et surtout de se situer par rapport au monde dans lequel il vit. Dans notre monde dit post-moderne, la saisie de ce qu'il en est de la difficulté de vivre et de la quête de sens ne peut plus

se faire sans en passer par le langage médical, qui devient le seul lieu discursif commun pour penser l'expérience humaine. Ce constat n'est pas nouveau. La notion de médicalisation veut rendre compte de la manière dont la condition sociale des personnes ou leur comportement individuel sont de plus en plus entendus et compris comme des problèmes de santé mentale. Ce concept a surtout suscité l'intérêt des chercheurs en sciences sociales qui ont voulu dénoncer les liens entre le capitalisme et la médicalisation ou rendre compte de la manière dont les valeurs morales sous-tendent et alimentent la quête de « bonne santé » ou de santé parfaite. Certains auteurs, dont Nye, vont jusqu'à soutenir que l'objectif de santé parfaite, précisément parce qu'il englobe le corps dans sa dimension naturelle et non médicalisée- ne peut être envisagé que dans un contexte où il y aurait une intériorisation totale pour les individus de la norme médicale : « The irony of this development is that the goal of a perfectly healthy population – bodies that are 'natural' and unmedicalized – can only be achieved by the individual internalization of a totally medicalized view of life »¹¹.

Ces perspectives critiques qui tentent tant bien que mal d'inscrire un écart entre le médical et le social ont ceci d'intéressant qu'elle montre comment la médicalisation de l'existence, a permis de développer des dispositifs de normalisation sociale au nom de l'expertise où la raison économique et la rationalité médicale déterminent les conduites saines ou malsaines, tâche morale autrefois réservée aux religions, à la raison d'État ou aux idéologies philosophiques. Cela dit, mon objectif n'est pas tant de dénoncer les jeux de pouvoir du biomédical et la manière dont la médication de l'existence rend efficace dans la réalité l'idée selon laquelle les croyances peuvent avoir un effet sédatif. Je souhaite plutôt porter attention à la manière dont précisément le développement de ce biopouvoir et son extension à tous les domaines de la vie ont permis à nos sociétés, à nos cultures et aux individus qui les composent, de développer une novlangue ; celle du « langage médical courant ».

Le langage du discours médical que nous parlons quotidiennement s'apparente à celui de la science médicale, mais sa logique est complètement distincte. Ce discours courant ne se restreint pas au discours issu de la science médicale, ni même à celui qui s'articule dans les cabinets de médecins. Cette novlangue ne relève pas d'une logique scientifique, car son articulation est subjective et singulière. La parler met en jeu le sujet parlant pris dans son propre rapport au langage. Ce discours se construit de la parole courante forgée maintenant et de plus en plus par des mots qui se sont échappés de la science médicale et des cabinets de médecins pour rejoindre la vie quotidienne et exprimer ce qu'il en est du malaise subjectif et de la

¹¹ Nye, 2003, p.119

difficulté de vivre. Le discours médical courant se forme de ce qui reste de l'entendement des connaissances médicales lorsqu'elles sont diffusées dans la sphère publique. Il ressurgit dans la parole comme une vérité subjective, la vérité d'une personne qui cherche à énoncer un malaise ou une difficulté. Par exemple, lorsque la science psychiatrique diffuse des connaissances médicales en matière de catégorie nosographique comme de dépendance, de trouble de la personnalité, de deuil pathologique, de dépression, elle ne fait pas que diffuser des connaissances médicales. Ces grandes catégories nosographiques issues du domaine de la psychiatrie sont scientifiques, et donc se présentent comme étant neutres et objectives. Mais précisément parce qu'elles se fondent en excluant de leur articulation la dimension du sujet, ces grandes catégories s'emparent du sens commun. C'est-à-dire que les connaissances médicales qui s'articulent dans un langage ordonné diffusent aussi des mots pour se raconter et pour appréhender le sens de certains comportements ou de certains événements. Par exemple, dire je suis déprimé, dire je suis dépendant, dire je suis folle, ce n'est pas d'abord se référer au sens pathologique de ces termes médicaux. Or, le langage médical peut s'emparer du sens commun parce que c'est un langage scientifique, donc un langage qui se fonde précisément d'exclure de sa logique la dimension du sujet parlant et son propre rapport à la parole. En se présentant dans l'espace public comme un discours vide prêt à être habité, le langage médical offre des mots prêt-à-porter qui laissent croire qu'ils permettent de nommer ce qu'il en est du malaise subjectif et de la difficulté de vivre propre à chacun.

C'est au cœur du discours commun, qui s'est emparé des connaissances brutes, dites objectives, que se forge ce discours médical qui s'énonce au quotidien dans un langage courant recouvert des habits du médical pour se faire entendre dans un univers où il ne peut plus être reçu que comme le signe d'une maladie. Mais, en empruntant les mots du médical pour dire la difficulté de vivre, le discours médical courant forge notre perception du quotidien dans un discours où on ressent de moins en moins, mais où on subit de plus en plus. Il suffit de tendre un peu l'oreille, on entend bien les déplacements. On est de moins en moins triste et de plus en plus déprimé. Nous éprouvons de moins en moins de craintes, mais sommes de plus en plus anxieux. Nous ressentons de moins en moins la douleur, mais nous sommes de plus en plus souffrants. Ainsi, ce n'est plus la personne concernée par son dire qui est mis au centre de l'attention, mais la défaillance chimique, organique ou neuronale du cerveau ordinateur qui serait défaillant et qui ne fonctionnerait plus comme cela devrait. Je suis toujours surprise d'entendre les gens raconter des moments de tristesse, comme une peine d'amour ou le deuil d'un proche, en disant « ça me déprime », « je suis déprimé », « j'étais tellement déprimé ». Ne serait-on plus capable de parler de deuil ou de drame qu'en terme psychopathologique ? Qu'advient-il des sentiments, du sens de cet événement dans la vie d'une personne, de la manière dont cette expérience a modifié ou non son rapport à la vie, aux choses

et au monde ? Que fait-on de la dimension du savoir en cause dans le vécu : « alors comment l’avez-vous vécu » ?

Le discours médical courant, c’est donc un discours forgé des mots de la sphère médicale, disponible dans la sphère publique, et qui aurait ce pouvoir étrange de parler pour nous de ce que nous ressentons. Le fait qu’au quotidien, l’expérience subjective journalière soit saisissable par le discours médical courant, donc qu’elle se parle par des mots issus des grandes catégories psychiatriques comme la dépendance, la dépression, le deuil pathologique, le trouble d’adaptation n’est ni neutre ni objectif. Lorsque la clinique vient épingler le quotidien, les mots pour le nommer, de parler, d’approcher le vécu quotidien, la difficulté de vivre et le malaise subjectif sont issus du domaine médical, l’horizon de sens qu’ouvre le discours médical ne peut plus, en retour, appréhender ces dimensions que comme des signes ou des symptômes d’une maladie, et donc d’une anomalie souffrante. La clinique révèle que, lorsque la difficulté de vivre ne trouve plus d’autres mots que ceux de la pathologie pour se dire et s’élaborer, lorsque le malaise subjectif ne trouve plus que l’ordre des professionnels de la santé comme réponse pour être entendu, cela produit des effets, dont celui de nous rendre malades. Littéralement.

Mais n’allons pas trop vite. Pour l’instant, insistons sur le fait que le discours médical ne permet pas juste de nommer ce que nous vivons. Le discours médical est porteur de repères et de normes cliniques où le malaise subjectif est identifié selon un sens pathologique qui est d’emblée posé comme une dimension anormale, malade ou pathologique. En réduisant l’horizon du subjectif à une dimension clinique, le discours ne fait pas qu’énoncer la subjectivité quotidienne. Il produit aussi des repères, des guides, des trucs, des recettes, des nouvelles saines habitudes de vie qui en arrivent à fonctionner comme normes et qui orientent la quête à « être humain » qui consiste à s’appréhender sain de corps et d’esprit le plus longtemps possible. Par exemple, s’il est normal d’aimer le vin, dépasser deux consommations par jour devient le signe d’une dépendance et donc d’une possible maladie de dépendance. S’il est admis que la vie est difficile, ne pas ressentir de plaisir dans la vie est considéré comme un problème, voire comme le signe d’une dépression. Le discours médical courant est donc un discours qui fait la promotion, parfois même à son insu, de repères et de moyens pour que l’humain aspire à être et s’éprouver comme corps sain dans un esprit sain. Il diffuse des recettes parfaites pour vivre ici-bas le plus longtemps possible, sans souffrance, sans douleur, de manière équilibrée. Mais il fournit aussi des mots pour énoncer et faire entendre quelque chose du malaise subjectif et de la difficulté de vivre qui ne sont pas d’abord ni exclusivement des anomalies médicales, mais qui n’en sont pas moins à écouter et à entendre.

1.3 Le malaise subjectif et la difficulté de vivre traité exprimée par le discours médical courant traité par la science médicale : une subjectivité à la dérive

N'importe quel médecin de première ligne pourrait vous le confirmer. Il n'est pas rare de voir dans les cabinets de médecin des patients dont la demande n'est pas d'abord médicale. Ils viennent chez le médecin parce que c'est gratuit. Mais aussi parce que, mis à part les lieux professionnels issus de la logique médicale qui ont un coût, il n'y a pas d'autres lieux disponibles que ceux issus du domaine de la pathologie pour mettre en jeu leur difficulté quotidienne. Encore moins pour aborder leur quête à « être humain » et ce que cela implique pour eux, comme sujet. Lors de mes supervisions, qu'elles soient directes ou indirectes, j'ai l'occasion régulièrement d'entendre de jeunes mamans incertaines devant les pleurs de leurs enfants. Elles consultent pour savoir ce qu'elles peuvent faire de mieux pour répondre correctement aux besoins de leur bébé. Ces consultations ne sont pas sans entraîner leur lot de conséquences. Par exemple, la hausse fulgurante de prescription de médicaments contre l'acidité gastrique chez de jeunes bébés. J'entends aussi souvent des travailleurs épuisés par les contraintes folles de leur emploi, leurs relations de travail ou du manque de sens dans leur vie. Ils viennent consulter leur médecin convaincu que ces questions ne peuvent être que le signe d'un dérèglement de leur cerveau. Le plus souvent, ces patients ressortent avec un congé pour une durée déterminée et une prescription d'antidépresseur qui devrait les aider à s'adapter. Ici, il ne s'agit pas de transformer ce qui ne va pas, mais d'aider l'autre à subir encore et encore les contraintes folles d'un monde mécanique où la performance est posée comme valeur dominante. J'entends aussi régulièrement la souffrance des fils, des filles, des femmes et des maris qui apprennent la maladie d'un proche ou qui vivent le deuil de l'être aimé. Ils viennent consulter précisément pour savoir si leur deuil est normal ou pathologique et si le médecin n'aurait pas un médicament pour les aider à moins pleurer un deuil parce qu'ils voudraient tant ne pas éprouver la peine du décès d'un proche. Comme vivre avec le manque ? Comment vivre avec le ratage ?

De telles situations ne sont pas médicales. Et la majorité des médecins ne sont pas dupes. Ils savent bien que les malaises subjectifs, les événements difficiles de la vie, comme tous les symptômes, n'ont pas nécessairement un sens pathologique, même si les mots pour le dire sont issus du domaine médical. Mais le discours médical a envahi la dimension du sens de l'existence au point que les gens n'ont plus d'autres mots disponibles pour mettre en jeu leurs difficultés. Les mots issus du discours médical n'ayant que les lieux sociaux et les cliniques professionnelles autorisées par les ordres professionnels qui en encadrent les pratiques de soins ne peuvent à leur tour plus être entendus autrement que dans une logique médicale.

Un tel enfermement du langage sur le sens produit non seulement une homogénéisation de la pensée, mais il rend effectivement malade.

Les patients ne sont pas dupes non plus. Ils savent très bien que s'ils correspondent à certains diagnostics précis, que s'ils présentent tel ou tel tableau clinique, le médecin aura non seulement le devoir, mais l'obligation de réaliser tel ou tel examen ou de poser tel ou tel diagnostic. Autrement dit, pour toutes sortes de raisons intrinsèques à la pratique médicale, mais aussi, disons-le en raison des normes de bonnes pratiques et de règles éthiques, voire surtout déontologiques, le médecin a un devoir de réponse. Il se doit de répondre aux besoins médicaux de ses patients, et il doit le faire de manière empathique. Personne n'est dupe. Mais ni le patient ni son médecin ne savent plus aborder les malaises et les difficultés autrement que par et dans un discours médical. Et c'est là que surgissent des problèmes graves qui ont une incidence autant sur le coût astronomique du système de la santé que sur le prix que doivent payer des personnes qui ont été victimes, parfois même à leur insu de « surmédicalisation, sur prescription, sur diagnostic » qui alimentent à la fois les recherches médicales les plus récentes et les dénonciations populaires.

Ici, c'est un peu comme si la clinique se heurtait à sa propre limite, soit le discours médical qu'elle a créé et qui envahit maintenant l'univers du sens commun qui fait retour dans un lieu gratuit, dédié au traitement des besoins médicaux. C'est ici que la pratique clinique quotidienne d'un médecin de famille se heurte à sa propre limite. Le discours médical scientifique qu'elle a créé lui revient de manière habitée par la parole d'une personne qui demande encore et en-corps des tests, des médicaments, des examens d'imagerie, une solution : bref, n'importe quoi pour guérir ou au moins cesser de souffrir. Mais la logique du clientélisme atteint ici une limite. Parfois, encore trop souvent, l'utilisation de l'arsenal pourtant développé pour aider en arrive à causer plus de tort que de bien aux personnes. Ainsi, devant des douleurs dorsales de longue date, devant des douleurs chroniques idiopathiques, l'arsenal d'imageries ainsi que de remèdes médicaux devient une arme à deux tranchants. Le médecin doit-il irradier ou non le patient en réalisant une imagerie ? Mais doit-il aussi prendre le risque de trouver une anomalie qu'il devra prendre en charge, et donc faire connaître à son patient ? Et ce, même si elle est asymptomatique, non dangereuse et encore moins liée à l'arthrose qu'il voulait confirmer ? Ou encore, faut-il vraiment prescrire de la morphine pour soulager le patient, au risque de rendre celui-ci dépendant de la molécule qui rend possible ce soulagement artificiel ? Comment et où inscrire une limite dans cette compulsion de possibles rendus possible grâce aux développements de la science médicale et de la commercialisation de ses découvertes ?

2. Le système médical comme point de butée du malaise subjectif : d'un système de santé censé soigner au soignant rendu malade

Lors de mon arrivée dans le réseau de la santé, la première chose qui m'a frappée, c'est à quel point ce qu'on appelle « le système de soins de santé » craque. Il craque de partout. En fait, pour le dire de manière un peu ironique, mais de plus en plus commune, les milieux de soins pourtant censés soigner sont devenus malades. C'est d'ailleurs en tant que système malade ou tout du moins défaillant que ledit « système de soins » subit toute sorte de diagnostics organisationnels, de traitements et de réformes. Selon l'angle d'analyse privilégié, la défaillance du « système de la santé » serait tantôt imputable à des raisons extérieures. Citons par exemple le vieillissement de la population, les gens qui ont de mauvaises habitudes de vie, mais aussi les usagers qui abusent des soins de santé, ceux qui abusent de l'urgence ou pire encore, ceux qui ne se présentent pas à leur rendez-vous. Pour d'autres ce sont des raisons internes au système qui expliquent son implosion. Par exemple pour les gestionnaires, si le système craque, c'est parce qu'on ne gère pas bien les ressources disponibles, surtout les ressources humaines qui pourraient « voler du temps » ou pire faire perdre leur temps au lit du malade à faire la jasette. Pour d'autres encore, dont les syndicats et les travailleurs, si le système de la santé craque, c'est en raison de dérives profondes. Ces dérives contraignent les infirmières au temps supplémentaire, offrent des conditions de travail misérables aux préposés aux bénéficiaires et imposent des pratiques professionnelles davantage centrées sur l'évaluation des besoins que sur une véritable pratique de soins.

Le système craque. Nous pourrions épiloguer longuement et longtemps sur les raisons. Mais ce qui frappe, c'est la manière dont l'essoufflement, la fatigue, la course folle, la tristesse, la peine et la colère ne sont plus seulement le fait des patients, mais aussi celles des amis et collègues médecins, infirmières et préposés que l'on côtoie tous les jours. Que ce soit eux ou les gestionnaires, tous parlent d'un sentiment d'épuisement généralisé. Le fait est connu : les soignants s'essouffent, ils disent « tomber au combat », ils partent en congé de maladie pour une durée indéterminée, ils démissionnent et quittent un système de la santé qu'ils disent trop inhumain. Voici le témoignage d'une infirmière auxiliaire qui apparaît parlant de la réalité quotidienne des soignants et de ce qui se murmure autour de la machine à café :

Je m'appelle Emma-Marie, j'ai 20 ans et je renonce au système de santé... Je finissais mes quarts de travail en me demandant ce que j'aurais pu faire d'autre dans la vie, mais je ne savais pas quoi faire d'autre. Être infirmière auxiliaire c'est une vocation... Et je crois sincèrement que j'étais bonne dans ce que je faisais, et que j'ai déjà aimé ce que je faisais...

Je n'ai pas envie de voir un membre de ma famille dans ces conditions-là. C'est épouvantable. Je suis brisée par mon ancien métier, j'ai honte de la pauvreté des soins que je prodiguais dans la mesure du possible. Le système de santé est malade et mourant.

Je ne crois pas être la seule qui est démolie par la réalité du système de santé... On a même plus le temps de soigner. Les employés tombent comme des mouches. Le mal est physique et mental.

Mais la réforme est supposée être un succès. Bref, j'ai démissionné. Je me suis enfin trouvé un nouvel emploi que je vais exercer avec passion. La dose excessive de stress est enfin tombée et une nouvelle moi fait son apparition.¹²

Le témoignage d'Emma-Marie n'est pas unique en ce sens. Le fait que certains sombrent dans la dépression ou se suicident devrait nous alarmer et être en soi suffisant pour que l'on ose questionner et déplier ce qui, dans le « système de soins », nous rend effectivement malades. Le discours courant interne au monde médical dit que le « système de la santé » est défaillant, au point même de produire des symptômes chez les humains qui y œuvrent. Alors peut-être faudrait-il avoir le courage de questionner ce qui fonde en logique ce système ? Un système qui semble marcher tout seul, comme une machine défaillante désarticulée qui morcelle ses membres au point de les rendre malades. Comment notre « système dit de santé » en arrive-t-il à épuiser tant et tant les soignants, que chacun en arrive même à oublier qu'il est pourtant un acteur majeur de cette mécanique du système censé soigner ? Autrement dit, comment chacun en arrive-t-il à « oublier » qu'il est un rouage de ce système qui le rend effectivement malade ?

2.1. La détresse des professionnels de la santé point de butée du malaise subjectif

Le fait que de plus en plus, les soignants s'essoufflent, tombent au combat, partent en congé de maladie pour une durée indéterminée, démissionnent ou se suicident devrait nous alarmer et nous questionner suffisamment pour qu'on ose questionner ce qui, dans l'organisation du système, rend les soignants malades. Si nous en sommes rendus à ce point extrême, c'est parce que le système de la santé, et plus encore la clinique médicale, se heurte à un point de butée sans précédent.

¹² Publication Veille citoyenne : mes soins de santé de proximité j'y tiens, une association développée pour lutter contre la perte de services de proximité lié à la « pénurie de main d'œuvre ». <https://www.facebook.com/groups/2185444988178881/>

C'est la subjectivité. Cette subjectivité, qui avait pourtant été bien sagement exclue de la science médicale et de son enseignement, fait retour là où on ne l'attendait pas. Elle fait retour au cœur du soignant, qui s'exclut du système professionnel de la santé pour se soigner chez lui, là où il reste, peut-être, une part d'humain dont il peut prendre soin. Le système craque, parce qu'il est arrivé à un point de butée sans précédent. Le malaise subjectif qu'il a pris soin de relayer loin, dans la sphère de l'intimité, fait retour là où on ne l'attendait pas : de l'intérieur du système, en son cœur, soit au lieu des soignants.

Cette hypothèse n'est pas fondée statistiquement, ni mathématiquement, ni encore moins selon une étude randomisée. Cette hypothèse est clinique. Elle découle des observations, des discussions, des activités d'enseignement et de supervision que je fais depuis six ans maintenant en travaillant comme professeure associée de clinique à la Faculté de médecine de l'Université de Sherbrooke, dans un GMF-U. Mon travail m'amène à travailler étroitement avec les médecins de famille de première ligne. Force m'est de constater que les médecins, comme les autres soignants sont en détresse. Ma position en écart et mon écoute singulière m'ont permis de commencer à comprendre que renoncer chaque jour un peu plus à son existence et au sens de sa praxis pour correspondre aux standards des normes éthiques et déontologiques ne se fait pas sans heurt. C'est tellement vrai, qu'au moment même d'écrire ces lignes, les journaux québécois font encore une fois état du fait que les médecins de familles québécoises sont en détresse. Ils se suicident plus que le reste de la population, ils sont plus à risque de souffrir de problème de santé mentale dont la dépression et l'épuisement professionnel. Dans une entrevue accordée en 2017 sur cette problématique récurrente, la directrice du PAMQ disait :

Ça ressort beaucoup. [...] Vous savez, quand on choisit de travailler en santé, c'est pour aider. Quand un médecin a l'impression de ne pas donner des soins de qualité, ça peut engendrer une souffrance éthique. Il y a aussi la gestion de l'incertitude qui peut être difficile pour certains médecins. Ce qui se passe [dans le réseau] ne laisse pas les médecins indifférents, et certains vivent moins bien avec ça que d'autres.¹³

Je sais bien que la souffrance des médecins n'est pas très populaire, surtout en contexte de négociation salariale. Je suis bien consciente du fait que tant dans l'univers du soin que dans la culture québécoise, la seule mention de la détresse des médecins suffit parfois à soulever l'indignation et la révolte populaire concernant la vie « des gens riches et célèbres ». Il faut dire qu'il y a de quoi être scandalisé par la

¹³ <https://www.lesoleil.com/actualite/sante/inquietante-detresse-chez-les-medecins-1716c6d13b443f0a767e46d3b0f825a3>.

logique économique qui trace un écart salarial tel que le salaire d'un seul médecin équivaut celui de neufs préposés aux bénéficiaires¹⁴. Une telle injustice est problématique. Mais dénoncer à hauts cris les salaires démesurés de ces professionnels en invoquant le statut de toute-puissance du lobby du collège des médecins ne permet rien de plus que de dénoncer une injustice patente. Au fond, cela ne fait que jouer le jeu du dit système et servir ses intérêts hiérarchiques en insistant sur la différence entre les « classes de professionnels » que le système de soins impose. Le fait que « le système de soins » et la logique capitaliste qui le supporte engendrent des écarts salariaux inadmissibles qui font des médecins une « classe sociale » à part est un élément qui se discute, certes. Mais ce qui est mis de côté dans la dénonciation de cette injustice économique, c'est l'impact que cela a pu avoir sur les médecins et leur image sociale.

Passant d'une figure associée à la droiture, à la probité, au don de soi et à la vocation à celle de bébé gâté voire même de profiteurs patentés n'a pas été sans incidence, ni pour mes collègues ni pour les résidents. Pourtant, certains m'ont confié que les débats publics et surtout les dérives qui ont conduit à remettre en question l'intégrité des personnes qui ont fait médecine ont directement contribué à leur détresse. Mais cela, on ne peut ni peu ni prou le considérer, parce que personne ne leur demande jamais ce que ça leur fait, à eux médecins, de voir leur réputation et leur intégrité professionnelle remise en question, ni ce que ça leur fait à eux de réaliser leur pratique dans un milieu hiérarchique où, certes ils sont les plus payés, mais où ce sont eux qui assument la responsabilité éthique, légale et déontologique des actes médicaux posés. Personne ne leur demande non plus ce que ça leur fait à eux comme médecins de soigner une collègue infirmière, une préposée aux bénéficiaires de l'urgence, ou l'autre, l'ami, le collègue médecin pour dépression, pour épuisement professionnel ou pour dépendance. Personne ne leur demande comment ils vivent ces situations. Mais, il faut bien le dire aussi, les médecins sont les premiers à ne jamais demander aux patients comment ils vivent telle ou telle situation.

En fait, dans l'univers de la santé, personne ne demande à personne comment est vécue telle ou telle situation, parce que, précisément, dans l'univers médical, l'écoute n'est pas centrée sur le ressenti ou sur le vécu. L'écoute est centrée sur l'évaluation des besoins médicaux et l'efficacité de la réponse du « système de soins » aux besoins de santé de la population desservie. Pour ma part, en prenant le temps de demander aux professionnels comment ils vivent telle ou telle situation, j'entends autre chose qu'une détresse privée de sens. J'entends d'abord et avant tout l'épuisement

¹⁴ <https://ici.radio-canada.ca/nouvelle/1097297/remuneration-medecins-infirmieres-systeme-de-sante-quebec>.

de personnes qui n'en peuvent plus de soumettre leur pratique et le sens de celle-ci aux dictats du discours capitaliste : un discours qui transforme et modifie à tel point la pratique médicale qu'il arrive que certains médecins passent plus de temps à justifier des absences de travail de clients ayant la gastro, à remplir des formulaires d'assurance, qu'à exercer leur métier premier, qui est de soigner. Quand j'écoute mes amis et collègues, non pas dans une logique médicale, mais dans une logique attentive de la quête à « être humain » qu'ils portent chacun individuellement, j'entends à quel point les médecins comme les autres professionnels de la santé subissent aussi individuellement l'inquiétude, la peur, la peine, l'amour et la joie. Comme chacun de nous, les médecins, qu'ils soient spécialistes ou en premières lignes, baignent dans le discours capitaliste. Comme chacun de nous, ils craignent la maladie, la leur et celle de leur proche. Ils sont parfois frappés en plein cœur comme nous tous lorsqu'un procès pour meurtre d'enfant se transforme pour le jury en débat d'expert médical, et où le sens même de l'acte de tuer se voit réduit à son sens médical¹⁵. Comme plusieurs autres, sinon parfois encore plus fortement, ils cherchent réduire le sens de leur vie à sa seule saisie par son sens médical. Et comme nous, souvent, ils trouvent cela bien difficile. Ils s'aventurent alors sur des chemins spirituels pour tenter de se reconnecter au sens et à la quête sous-jacente à leur choix de s'éprouver comme médecin dans leur « quête à être humain ».

Suivant ces considérations, il apparaît pertinent de prendre directement de front l'écart que cette problématique met en scène. Les intérêts financiers et la logique industrielle ont profondément transformé et continuent encore de transformer les « systèmes de soins ». Mais surtout, cela a profondément transformé la relation soignant/soigné, qui n'apparaît plus que comme une relation entre un professionnel de la santé et son client¹⁶. Il apparaît donc urgent de prendre acte de la manière dont la logique économique traverse le « système de soins » et le fonde comme système de soins professionnels. Cette logique introduit au cœur de la relation de soins un clientélisme où le soin et le devoir de prendre soin tendent à se réduire à évaluer des besoins et à tenter d'y répondre par différents moyens rendus disponibles. Les moyens mis à la disponibilité de chaque professionnel varient en fonction du permis de pratique qui leur a été accordé. Ainsi, le médecin de famille, le médecin spécialiste, le psychologue, le travailleur social ou le sexologue n'auront pas accès au même arsenal théorique, conceptuel, technique, pharmacologique rendu disponible par le développement et les progrès de la science. Chacun

¹⁵ Je me réfère ici au procès Turcotte, un cardiologue marié à une médecin urgentologue qui, suite à sa séparation, a tué ses deux enfants. Le Dr. Turcotte a été reconnu non responsable lors de son premier procès en raison d'un diagnostic de « trouble d'adaptation », un trouble pourtant fréquent en clinique. <https://www.tvanouvelles.ca/dossiers/guyturcotte>.

¹⁶ Philippe Batifoulier, *Capital santé. Quand le patient devient client*, Paris, La Découverte, 2014.

proposera de répondre aux besoins de santé de ses clients selon ses propres a priori et les moyens du bord mis à sa disposition. Or, c'est lorsque l'acte de soigner se transforme en une gestion professionnelle des ressources disponibles que la relation patient-médecin se transforme au point de priver le médecin du sens de sa praxis.

2.2. De la relation patient-médecin à une relation client-professionnel : le besoin médical au centre de la relation

De malade à patient, de patient à client-patient parfois malade¹⁷, la trame discursive de la nomination des personnes qui demandent des soins de santé garde la trace des déplacements qui ont eu cours dans la manière d'aborder la relation de soins. Le dernier déplacement en liste, soit celui de patient à client, montre bien la place qu'en vient à occuper la logique capitaliste dans l'univers du soin. Le terme de client indique clairement que les malades ne sont plus d'abord abordés comme des personnes malades, mais comme des clients ayant des besoins médicaux à combler. Une telle orientation est problématique à plusieurs égards.

D'une part, en ravalant la demande ou la plainte d'un malade à l'expression d'un besoin, le « système de soins » englué le sujet moderne dans un rapport compulsif à l'objet que Lacan qualifie très justement de plus « de jouir en toc »¹⁸. « La compulsion de répétitions des objets ça se consomme et ça se consomme si bien que ça se consume »¹⁹, nous dit Lacan. Ainsi, on voit se multiplier et se démultiplier les besoins médicaux, les besoins de santé, les besoins de soins au rythme des découvertes scientifiques et techniques, des innovations médicales en dépistage ou du développement des découvertes issues de l'industrie pharmaceutique. De plus, les clients qui ont des besoins médicaux à combler baignent dans un discours où la difficulté de vivre et le malaise subjectif s'expriment dans un langage médical qui rend difficile la saisie même de ce qu'il en est de la « quête à être humain » en dehors du langage médical courant. On se doute bien alors que les besoins de santé individuels et collectifs n'iront pas en diminuant. C'est là un véritable problème, un peu comme si le système atteignait sa propre limite, comme si le discours qu'il a lui-même créé a envahi la vie culturelle commune au point que la « quête à être humain », la difficulté de vivre et le malaise subjectif ne peuvent plus être abordés

¹⁷ Les clients du système de soins ne sont pas tous malades, puisque de plus en plus des services de prévention sont offerts en dépistage.

¹⁸ Jacques Lacan, *L'envers de la psychanalyse*, Paris, Seuil, p.188.

¹⁹ Jacques Lacan, « du discours psychanalytique », G. Contri (dir.), *Lacan in Italia/Lacan en Italie (1953-1978)*, Milan, La Salamandra, 1978, p.48.

autrement que dans un discours médical et médicalisant qui lui revient sous forme d'exigence de réponse à un besoin médical.

D'autre part, et c'est le point sur lequel j'aimerais insister, la logique du clientélisme impose un rythme de plus « jouer en toc » dans la création des besoins médicaux qui ne cessent de se multiplier au rythme des demandes individuelles et collectives entendues comme des besoins de santé. Or, cette logique ne peut que se heurter à la réalité d'un « système de soins » qui n'est pas infini. À cet égard, la plainte des professionnels, leur essoufflement, leur fatigue devant la course folle face à la contrainte d'évaluer chaque jour plus de besoins médicaux et de trouver des moyens d'y répondre est révélatrice du point de butée que rencontre la logique du besoin médical. On a beau presser le citron, les ressources humaines et matérielles ne sont pas infinies. De plus, il arrive régulièrement que les moyens mis à la disposition des professionnels pour répondre aux besoins médicaux de leur client se révèlent plus nocifs que les problèmes qu'ils étaient censés guérir. Ces deux points de butée intrinsèques à la logique du besoin ont conduit au développement de deux modalités particulières : l'ordination des professionnels de la santé à leur ordre professionnel, et la logique de l'EMB, une médecine fondée sur les preuves. Que la professionnalisation de la pratique médicale et le développement de l'EMB surgissent précisément de l'écart entre la logique infinie du besoin et la finitude d'un système doit nous alerter quant à la manière dont les intérêts économiques en arrivent, progressivement, mais sûrement, à modifier drastiquement la pratique de la médecine, au point même de déposséder le médecin du sens de sa pratique.

2.2.1. La professionnalisation des soins

En modernité, le médecin n'est plus considéré comme un guérisseur, ni comme un soignant, pas plus qu'il ne se reconnaît encore comme scientifique. Le médecin est devenu un professionnel de la santé qui offre à ses clients une médecine de qualité. Que la médecine soit devenue en post modernité une médecine professionnelle est un déplacement significatif. C'est une illustration de la logique clientéliste imposée par le « système de soins ». Cette logique du besoin oriente un changement dans la manière dont la médecine se définit. Elle est de moins en moins la pratique d'un art et de plus en plus une pratique professionnelle. En tant que professionnel, le médecin voit sa pratique encadrée par des règles de qualité, par des devoirs et des obligations qui sont colligés dans un code de déontologie afin, dit-on, d'assurer la sécurité du public, et surtout de protéger le client d'un quelconque préjudice qu'il pourrait subir. Prendre acte de ce déplacement implique donc de considérer que la médecine professionnelle est une médecine à risque. Et le risque semble tellement grand qu'il faut vraiment encadrer de manière très serrée la pratique médicale. Pour cela, il faut s'assurer que le médecin correspond aux plus hauts standards de qualité.

En parcourant le site internet du collège des médecins, on apprend qu'une médecine professionnelle est une médecine dont la qualité de l'acte est soumise aux normes éthiques et déontologiques telles qu'elles sont définies par son ordre professionnel. Comme le précise le Dr Charles Bernard, « Le code de déontologie des médecins constitue la pierre angulaire d'une bonne pratique médicale »²⁰. Les normes déontologiques ne dictent pas seulement les devoirs et les obligations du médecin. Elles balisent aussi la relation patient médecin et la situe dans un horizon particulier, celui de la relation professionnelle. La relation professionnelle se distingue de la relation intime, de la relation d'amitié, de la relation sociale. Aller rencontrer un professionnel du soin, ce n'est pas aller voir un ami ou un membre de sa famille ni discuter avec son amoureux ou son amoureuse. La relation professionnelle ce n'est pas non plus la rencontre de deux humains qui choisissent de s'engager dans une relation de soins en fonction de leur désir respectif. La relation professionnelle, du moins celle qui se développe en médecine de famille, c'est la rencontre entre un professionnel-médecin et son client patient, une relation balisée par des normes de qualité. De ce fait, le médecin doit avoir une conduite irréprochable. Il doit maintenir avec son patient une relation de confiance mutuelle. Il doit préserver le secret professionnel. Il doit s'abstenir d'abuser de la relation professionnelle en posant des gestes à caractère sexuel. Il doit informer son patient des convictions qui peuvent l'empêcher de lui fournir un service approprié. Il doit s'abstenir d'intervenir dans les affaires personnelles ou les questions qui ne relèvent pas du domaine de la santé. Il doit éviter de faire affaire avec des charlatans, et exercer sa profession selon les normes médicales les plus élevées possible. Des devoirs comme ceux-là, le médecin en a plus de cent vingt à respecter. C'est au collège des médecins, l'ordre professionnel des médecins à qui revient la charge de « protéger le public ».

L'ordre des médecins, comme tous les ordres professionnels développés pour « protéger le public »²¹, répond au « besoin de protection du public » en donnant l'assurance d'une médecine de qualité. Mais cette garantie de qualité ne se fait pas à moindre coût, et le prix à payer n'est pas que financier, même si c'est en échange d'une florissante contribution financière que les permis de pratique sont délivrés. En effet, le collège des médecins n'attend pas seulement que le médecin respecte les plus hauts standards de qualité dans sa pratique professionnelle. Il s'attend aussi à « ce que les médecins se comportent de manière exemplaire, même en dehors du

²⁰ Charles Bernard, *Le Code de déontologie des médecins un outil fondamental de la profession médicale*, <http://www.cmq.org/nouvelle/fr/code-deontologie-un-outil-fondamental.aspx>

²¹ Même si personne n'y croit !

milieu clinique »²². La médecine professionnelle est donc une pratique soumise aux guides de bonnes pratiques et aux règles éthiques et déontologiques qui la fonde comme professionnelle. Un médecin ne peut exercer qu'en acceptant de se soumettre au diktat de leurs ordres professionnels, comme le stipule l'article 2, auquel « aucun médecin ne peut se soustraire même indirectement ». Cette soumission de la pratique des professionnels à des ordres issus des règles et des guides de bonnes pratiques n'est pas sans contribuer directement à la détresse des soignants. Être un professionnel revient donc à accepter, parfois même à son insu, d'ordonner sa praxis à une logique marchande normative. Celle-ci offre peut-être une garantie de neutralité, de compétences et de qualifications et de savoir régie par un ordre professionnel, mais uniquement si ledit professionnel cède sur ce qu'il en est de la dimension subjective nécessairement en acte dans la relation de soins.

Englué dans une logique capitaliste, le « système de soins » et les soignants qui le composent en arrivent à confondre la fonction de soigner à celle de répondre aux besoins médicaux des clients-patients, qui ont, comme chacun le sait, toujours raison. Or, si les ordres professionnels garantissent le lieu de la réception de la demande, c'est à la condition que le besoin exprimé soit un besoin compris ou audible de ce lieu, dit professionnel. Ainsi, dans un cabinet de médecin, ce qui est entendu, c'est un besoin médical et rien d'autre. Dans le bureau de la nutritionniste, ce qui est entendu, c'est le besoin alimentaire, etc. Les ordres professionnels garantissent donc à la fois la réception et le traitement de la demande d'une personne selon une logique particulière. Or, que peut faire un professionnel de la santé confronté à une demande qui n'est pas d'abord médicale, mais qui n'a d'autre lieu pour être traitée que l'univers du soin ? De telles situations ne sont pas seulement hypothétiques, elles sont réelles et quotidiennes.

Mais il arrive régulièrement que le médecin se révèle défaillant devant les normes professionnelles qui lui imposent d'être irréprochable, même en dehors du travail. Obligé de répondre aux besoins de ses patients, il s'essouffle de plus en plus dans la quête effrénée de moyens. Il peut en venir, comme je l'ai mentionné en introduction, à oublier que certaines conditions, même si elles semblent a priori anormales, même si elles sont reconnaissables dans le champ de la maladie, ne sont ni souffrantes ni traitables. Ceci précisément parce que le patient tient à sa condition, parce que cela l'oriente dans sa « quête à être humain ». Cette condition n'est pas uniquement médicale, même si, de plus en plus, les mots pour le dire et l'entendre sont issus de

²² https://www.cmpa-acpm.ca/serve/docs/ela/goodpracticesguide/pages/professionalism/Professionalism_in_practice/being_professional-f.html

la médicalisation de l'existence. Devant répondre à des besoins médicaux en répondant aux standards de qualité, le médecin en arrive même parfois, malheureusement, à oublier ce qui motivait son désir de faire médecine. Pourtant ce qui l'a conduit à vouloir exercer cet art ancestral, c'est rarement la volonté de courir pour répondre à des besoins médicaux qui vont sans cesse en croissant et qui n'ont souvent plus grand-chose à voir avec le désir qui les motivait pourtant. Ici, la professionnalisation des soins a induit une perte de sens. Soumise au diktat du discours capitaliste, la médecine ne relève plus d'une pratique de soins qui repose sur une vocation ou un art. Même si comme le dit pourtant très bien la directrice du PAMQ, les médecins ne font habituellement pas médecine pour rien : ils le font soutenus par un désir, celui d'aider. Mais quel est ce désir d'aide qui les motivait ? Quand ils rêvaient de devenir médecins, rêvaient-ils vraiment de répondre comme ils le font à tous les besoins médicaux possibles et imaginables des clients dont les demandes hétéroclites vont dans tous les sens et toutes les directions ? Est-ce que répondre aux besoins médicaux correspond vraiment à la vocation médicale qui consiste d'abord et avant tout à soigner et à guérir ?

2.2.2. La logique de la médecine fondée sur les preuves

Résumons. D'un côté, le code de déontologie balise le versant pratique de la médecine en déterminant la pratique comme une pratique professionnelle. De l'autre, les guides de bonnes pratiques définissent la relation patient-médecin comme une relation de confiance entre un professionnel empathique capable de faire une évaluation objective des besoins médicaux des clients et d'y répondre par des techniques et des méthodes de soins réputés efficaces par l'évidence de la preuve scientifique. Parmi les guides disponibles, le plus connu est celui de l'Association canadienne de protection médicale (ACP)²³. Ce guide propose de contribuer aux soins médicaux en aidant à réduire les risques médicaux légaux liés à l'exercice de la médecine professionnelle selon une logique scientifique précise, celle de la logique fondée sur les preuves, ou Evidence-Based Medicine (EBM). Cette logique a d'abord été fondée pour assurer une transmission efficace des connaissances médicales aux étudiants en médecine. Mais elle est vite devenue une orientation pratique qui détermine l'enseignement de la clinique. Mais c'est aussi un outil de progrès qui oriente et déplace la place, le rôle et le sens et la direction de la pratique professionnelle de soins.

²³ Voir : <https://www.cmpa-acpm.ca/serve/docs/ela/goodpracticesguide/pages/index/index-f.html>

L'EMB a d'abord été un outil dont l'utilité a été définie comme « l'utilisation consciencieuse et judicieuse des meilleures données (preuves) actuelles de la recherche clinique dans la prise en charge personnalisée de chaque patient »²⁴. Les preuves proviennent d'études associant des résultats mathématiques à des données statistiques, des identifications populationnelles et des données issues d'études randomisées. L'EMB s'est révélé capable de modéliser non seulement l'espérance de guérison ou de survie, mais aussi, et c'est là son génie, de déterminer les bonnes pratiques médicales. L'EMB a rendu possible d'organiser le soin en fonction de données probantes permettant de déterminer les examens, les traitements et les orientations thérapeutiques en tenant compte des coûts/bénéfice²⁵. Ce faisant, l'EMB s'est avéré un outil précieux qui a permis un enseignement efficace des connaissances médicales durement apprises au chevet du patient. Mais il a surtout permis une organisation simple et efficace des connaissances scientifiques. Plus particulièrement, ce qui a fait la renommée de l'EMB est sa capacité de réduire à leur strict minimum, du moins en théorie, les croyances subjectives individuelles des soignants pour permettre une évaluation médicale objective centrée sur les besoins des patients, pris chacun dans leur dynamique psychosociale individuelle. L'EMB s'est ainsi présentée comme un outil universel capable d'assurer une juste répartition des moyens médicaux dans un rapport coût/bénéfice. Ce faisant, la logique fondée sur les preuves est passée d'une méthode d'enseignement à une logique pratique qui oriente la manière même de délivrer les soins aux clients à satisfaire. Des clients, rappelons-le, ayant tout un chacun le droit aux mêmes soins de santé.

L'idéal à peine voilé de l'universalisation de l'EMB consiste certainement à suivre la mission des ordres professionnels de la santé. Il s'agit donc d'offrir les mêmes soins de santé pour tous en se basant sur des études et des recherches probantes, ce qui veut dire se fonder sur des recherches scientifiques soutenues par la régularité de la science qui en quantifie la preuve, preuve dont elle cherche à faire la démonstration irréfutable par la méthode du double aveugle. Ici, la logique de l'évidence mise en application par les règles déontologiques a une incidence directe sur la manière dont un médecin appréhende et se situe par rapport à la dimension en acte de sa praxis. Celle-ci ressemble davantage à un acte de foi qu'à un acte

²⁴ David. L. Sackett et al., Evidence based medicine: what it is and what it isn't, British Medical Journal, 1996, 312 (7023), 71-2.

²⁵ Guillaume Savard, *Enjeux et limites de la médecine factuelle (Evidence-based medicine)*, mémoire, Faculté de médecine, Université René Descartes, Paris 5, 2003.

pleinement assumé. Mais au lieu de se constituer au « lit du patient »²⁶, le savoir médical se construit dans les laboratoires, dans les groupes de recherches, dans les ordinateurs. Il est transmis sous forme d'algorithme par une organisation de la connaissance efficace, et mise en pratique dans une praxis professionnelle où le rôle du médecin est de plus en plus réduit à prescrire les traitements ordonnés. Les preuves de l'efficacité scientifique s'éloignent aussi, car, il est rare que l'application des protocoles et des règles directrices produise des effets perceptibles et tangibles. Par contre, il est fréquent que l'application stricte et sans discernement des protocoles et des lignes directrices produise des effets idiopathiques graves. Que dire des dérives liées au faux positif du test de l'APS²⁷, du syndrome de l'implant, des effets secondaires non documentés des stérilets, des crampes aux jambes liées à l'utilisation des médicaments pour le cholestérol ? Chaque médecin est confronté quotidiennement aux effets parfois préjudiciables d'éléments pourtant censés soigner ou tout au moins prévenir la maladie.

Comme on peut le constater, l'organisation des soins, la gestion de la qualité et des standards en est venue à occuper une place tellement importante dans le système de la santé que le médecin peine à suivre toutes les contraintes auxquelles il a pourtant accepté de se soumettre. Lorsque le fantasme d'un médecin exemplaire, aux comportements adéquats en tout temps, prend le pas sur la réalité de la pratique clinique, les enjeux singuliers et individuels sont à risque d'être encore plus vite recouverts par l'établissement de nouvelles règles dont la multiplication impose une rythmique assourdissante. Le bruit des règles, des normes, des guides, des repères qu'il doit suivre, non seulement pour ne pas être poursuivi, mais aussi pour ne pas causer de tort à ses patients, conduit le médecin à trop souvent fonctionner comme un automate. Passant ainsi d'une méthode d'enseignement à une logique de régulation de la pratique médicale, la logique de l'EMB modifie profondément le rapport que des soignants entretiennent avec leur pratique. Sous le diktat de l'EMB, le médecin se perçoit de plus en plus comme un intervenant neutre et objectif ayant le devoir d'établir un diagnostic et de traiter son patient pris dans sa logique individuelle et selon les meilleures données probantes existantes. Mais quelle place reste-t-il pour l'art de la praxis médical ? Quelle place reste-t-il pour la part de subjectivité inhérente au désir de soigner qui anime les médecins et les autres

²⁶ Tel que souligné par Guy-Robert St-Arnaud, l'étymologie latine du mot clinique *clinicus* « au lit du patient ». Guy-Robert St-Arnaud, « une clinique du sectaire en danger », *La peur des sectes*, Jean Duhaime et Guy-Robert St-Arnaud, Montréal, Fides, 2001.

²⁷ Voir recommandation de l'association des urologues du Canada sur le dépistage et le diagnostic précoce du cancer de la prostate : <https://www.cua.org/themes/web/assets/files/4888french.pdf>.

professionnels du soin ? Quelle place aussi demeure-t-il à leur subjectivité aux prises avec la souffrance de l'autre masquée en besoin ?

3. L'urgence d'une prise en compte de la praxis médicale et du patient parlant

Les questions que j'ai tentées de soulever par la présente contribution ne sont pas que théoriques. Elles sont pratiques. Elles émergent de ma praxis singulière et elles orientent mon enseignement clinique. Elles prennent en compte la manière dont le malaise subjectif apparaît comme un point de butée radical. Cette radicalité vient du fait que dans ce cas, ce ne sont plus seulement les patients qui se plaignent d'être objectivés et d'être soumis au diktat d'une science médicale longtemps qualifiée de médecine mécanique, centrée sur la maladie. Les médecins eux-mêmes goûtent pour ainsi dire à leur propre médecine. Ceux qui, dès le début de leur parcours, sont reconnus comme étant « la crème de la crème » de ce que l'humain fait de mieux comme intelligence, tombent malades et s'essoufflent à force de courir après un idéal qui les mène par le bout du nez. Comme le disait justement Camille Laurin, la médecine et la psychiatrie sont de puissants instruments de transformation sociale²⁸. Ainsi, prendre au sérieux la détresse des soignants qui se plaignent que le système médical les rend malades devient plus que jamais nécessaire.

La tendance actuelle, directement issue de la logique de l'évidence de la preuve, soutient que l'enseignement de la science médicale vise à uniformiser la pratique médicale, tant et si bien qu'il se produit une homogénéisation de la pensée problématique. Néanmoins, la médicalisation de l'existence a un prix. Elle a un prix parce que nos cultures modernes n'ont tout simplement plus les moyens financiers d'absorber les coûts exorbitants du système de la santé tel qu'il fonctionne actuellement. Mais le prix réside aussi dans la hausse fulgurante des « maladies de l'âme ». Cette hausse dramatique doit nous alerter pour qu'au moins il soit possible de contester la manière dont le discours médical nous rend malades, malgré lui et bien malgré nous. Décloisonner le champ de l'écoute et du soin de sa logique professionnelle pourrait-il nous permettre d'offrir un espace différent de questionnement et de mise en mots de la plainte ? Une telle perspective pourrait-elle contribuer à ouvrir l'espace d'écoute suffisamment pour entendre les gens qui le souhaitent selon une logique qui se fonde sur une interprétation de l'inconscient ? Une logique qui se situe du côté de la quête de chaque humain à exister ? Une telle

²⁸ Propos rapportés par Radio-Canada dans l'article *Il y a 20 ans nous quittait le docteur Camille Laurin, psychiatre du Québec*, Radio-Canada, 13 mars 2019, <https://ici.radio-canada.ca/nouvelle/1157912/camille-laurin-psychiatre-politique-francais-quebec-archives>.

perspective pourrait-elle contribuer à une démedicalisation du sens de l'existence et rendre possible autre chose ?

Si les questions ne sont pas théoriques, l'urgence qu'elles pointent ne l'est pas davantage. L'urgence est d'abord pratique. Car, dans la vraie vie, il arrive régulièrement qu'une rencontre clinique avec un patient vienne bouleverser l'ordre établi. En fait, c'est tellement fréquent que j'en arrive à situer le temps de la résidence comme un passage obligé servant précisément à démontrer l'insuffisance des repères théoriques pour devenir médecin. J'en viens à penser que la tâche de l'université est de former les résidents à la science médicale, alors que l'espace de l'enseignement clinique est une formation qui ne relève pas de la science médicale, mais de l'art de la médecine. Cet art, qui se joue au quotidien dans la praxis médicale, est confronté rapidement à une dimension qui ne s'apprend ni dans les livres de médecines ni dans les grandes universités. C'est la dimension de ce que j'appelle le patient parlant²⁹. Et cette dimension du sujet parlant n'est pas simple.

C'est tellement vrai que, dans les premiers temps de la résidence, il n'est pas rare de voir les résidents amener en supervision directe des patients qui leur posent problème précisément parce qu'ils parlent. Il faut dire que le patient réel, celui auquel est confronté le médecin dans sa pratique quotidienne, n'a rien à voir avec les patients simulés rencontrés à l'université, ou les mannequins sur lesquels les étudiants pratiquent les techniques de soin. Dans la vraie vie d'un médecin, le patient ne présente pas exactement les signes et les symptômes tels que décrits dans les livres. Pire encore, les patients sont dotés d'un qualificatif commun dont on ne parle jamais et qui pourtant est central dans la clinique. De leurs symptômes, de leur douleur, de leurs souffrances, les patients en parlent. Ils en parlent dans une logique qui n'est pas d'abord scientifique, mais qui se pare des habits du médical pour se faire entendre par le professionnel censé savoir ce qu'il en est de ce mal qui les ronge. Alors, les patients parlants, forcément, ils parlent flou. Ils sont parfois circonstanciels, ils ne décrivent pas bien leur douleur ou sont parfois de très mauvais historiens. Surtout, les patients parlants ont une autre caractéristique vraiment difficile à supporter. Leur parole passe parfois par la voix de cris, de pleurs, par la voix de la colère ou du silence. Bref, les patients parlants ne sont pas purement organiques. Du fait même qu'ils parlent de leurs symptômes, leur discours est entendu comme une demande de soins.

²⁹ En référence au sujet parlant, de Lacan, voir Patrick Valas, *Le sujet de la psychanalyse en question (\$) et le mystère du corps parlant*, <http://www.valas.fr/Patrick-Valas-Le-sujet-de-la-psychanalyse-en-question-et-le-mystere-du-corps-parlant>, 342.

Or, comme je l'ai montré, le discours médical, de par sa structure même, élude de son articulation la question du sujet parlant pris dans son propre rapport au sens et à l'existence. D'où le point de butée auquel se trouve confrontée la praxis médicale. Ce point de butée, je le nomme dans mon enseignement le « malaise subjectif ». Le prendre en charge conduit non pas à évaluer des besoins selon une logique mathématique qui ne sait plus compter les morts, mais selon une logique qui compte les symptômes.

Conclusion

Si on considère que la psychiatrie et la médecine sont de grands vecteurs de changement sociaux, alors il apparaît plus que nécessaire d'entendre la détresse des médecins et celle des autres professionnels de la santé. Il faut aussi la mettre en lien avec la souffrance moderne qui augmente, si l'on en croit l'OMS : la dépression va devenir la plus grande maladie de notre siècle. Que la tristesse, l'essoufflement, la fatigue, le stress, l'anxiété dont se plaignent les patients deviennent le symptôme des soignants n'est pas un fait à prendre à la légère : d'abord en raison des coûts astronomiques des congés de maladie des soignants au « système de santé », mais aussi et surtout parce que la souffrance ravageuse qui alimente notre siècle ne nous rend pas plus forts. Comme le dit Jean-Christophe Grangé : « Au quotidien, la souffrance n'endurcit pas. Elle use. Fragilise. Affaiblit. L'âme humaine n'est pas un cuir qui se tanne avec les épreuves. C'est une membrane sensible, vibrante, délicate. En cas de choc, elle reste meurtrie marquée, hantée »³⁰. Plutôt que de chercher à les faire taire à grand coup de médicaments, de thérapies orientées vers la guérison, serait-il possible de développer des espaces pour que la tristesse, la souffrance soient entendues dans une logique autre qu'une logique médicale, qui oblige à prendre des moyens médicaux pour la soigner ?

Faire taire la souffrance psychique des patients et des soignants à coup de médicaments, d'internement, de sismographie ou d'autres moyens visant à la terrasser est une approche qui produit des effets dramatiques, parfois plus violents et souffrants que la souffrance qu'elle voulait pourtant faire taire. Apprivoiser la souffrance, la sienne et celle de l'autre, c'est accepter de transformer la souffrance. C'est accepter de la sortir du giron de la maladie qui appelle une exigence de traitement et qui conduit à la panser encore et encore comme douleur. C'est oser écouter ce qu'elle a à dire. Mon travail dans une position en écart dans le système de santé m'a permis d'observer qu'en clinique, la souffrance, autant celle des patients que celle des médecins, n'a que peu ou pas de lieux pour se dire et s'articuler. Comme le disent les soignants, répondre aux besoins des patients, se

³⁰ Jean-Michel Grangé, *Le passager*, Albin Michel, Paris, 2019.

soumettre aux règles et aux normes de bonnes pratiques, évoluer dans un milieu de soin où l'idéal de dévouement ne se lit plus qu'en termes de performance et ne se fait pas sans heurts. Serait-il possible de décoller suffisamment de la souffrance de l'ordre du discours médical, qui l'emprisonne dans une compréhension où elle ne peut que se nommer et être entendue en termes de besoins médicaux ? Et tenter de se porter à l'écoute dire d'une personne, pour cerner ce qu'il en est de sa difficulté, de son malaise, de sa douleur d'exister ou de sa souffrance d'exister, et mettre ce savoir au profit du travail de civilisation ?

Il y a en médecine des approches qui essaient de redonner un espace au médecin et à l'art de la médecine et qui militent pour un nouveau paradigme au sein duquel les méthodes empiriques de la science pourraient être liées avec l'art de guérir. Ces approches inspirées de la médecine holistique prônent l'idée d'une médecine pleine conscience. Axées sur l'intelligence émotionnelle, elles sont des innovations précieuses et intéressantes qui poursuivent l'objectif clairement énoncé de redonner un sens à la pratique médicale à l'extraire de la logique du marché³¹. Pour ma part, je me suis surtout inspirée du courant de la médecine narrative, développée pour réhabiliter explicitement la parole du patient, et sur les vertus thérapeutiques de la narration qui cherche à raconter une histoire sensée portant sur des souffrances insensées. En mettant ses patients en position de raconter des histoires, la médecine narrative, malgré et avec ses limites, permet d'ouvrir l'espace clinique et d'en faire un lieu où le patient peut dire sa souffrance, une souffrance qui est « vulnérabilité » et pâture, une souffrance qui module le rapport qu'une personne entretient avec sa quête à être humain. En quoi la souffrance marque-t-elle au fer rouge le rapport à l'existence ? Comment la prendre en charge sans d'emblée chercher à la taire ?

C'est en m'inspirant de cette approche que j'ai construit dans mon enseignement clinique un espace particulier pour le récit que font les résidents de leurs praxis cliniques. Par exemple, en prenant en compte la manière dont la rencontre clinique avec un patient dit « difficile » se déroule, il devient possible de situer le patient comme étant un patient difficile pour soi, mais non pas en soi. Introduire cet écart fait une différence. La différence provient de ce qu'en réintroduisant la difficulté au regard de la subjectivité propre au résident, il devient possible, pour celui qui le

³¹ Par exemple, voir : <https://publications.mcgill.ca/medinfocus/2011/11/04/lart-de-la-medecine-effectue-un-retour/>.

L'Université de Montréal, quant à elle, mise sur l'intelligence émotionnelle et la méditation pleine conscience : <https://medecine.umontreal.ca/communauté/les-etudiants/bureau-des-affaires-etudiantes-vie-facultaire-et-equilibre-de-vie/essence/>

souhaite, d'explorer la manière dont sa praxis singulière est en soit porteuse de sens et de savoir. De cette façon, le médecin remet la souffrance des patients au profit du savoir. Non pas du savoir médical, mais du savoir y faire avec sa praxis médicale. Réintroduire la dimension praxis de l'acte médical dans l'enseignement clinique permet de dégager la pratique médicale de la domination des discours capitaliste et scientifique. La pratique du médecin n'est plus réduite à une profession dictée par des ordres et des méthodes, mais une praxis conduite par un sujet parlant qui se dévoile en acte. Aussi, en réintroduisant le patient comme patient parlant, il devient possible, au moins le temps d'une rencontre clinique, de ne pas poser d'emblée le patient comme un client venant chercher réponse à son besoin. Il peut être entendu comme un humain qui parle un discours médical courant englué dedans, y compris à son insu. Une telle approche permet au médecin de ne pas se mettre en position de strictement servir les besoins de ses patients, mais aussi d'entendre que derrière la demande se cache une personne qui vient dire quelque chose de sa souffrance à être. Que ce soit l'épreuve du deuil, de la maternité, de la tristesse ou du travail, le médecin peut entendre le sujet qui s'éprouve dans sa quête à être humain sur les difficiles chemins de l'existence. En demandant à un patient « alors comment l'avez-vous vécu », l'anxiété, la dépression, le deuil ne sont plus de strictes catégories nosographiques. Cela devient des mots qui témoignent d'un parcours, d'une existence dont le dossier médical garde la trace narrative.