

Education du patient : penser le patient comme « sujet » éduicable ?¹

Philippe LECORPS*

Penser l'éducation du patient se réduit trop souvent à une réflexion sur la pédagogie et la communication. Il y aurait d'un côté, un soignant, détenteur d'un savoir technico-scientifique qu'il suffirait de traduire d'une façon recevable. Il y aurait devant lui, un patient qui en tiendrait compte, améliorerait ses compétences face aux examens prescrits, aux interventions qu'on lui propose, et assumerait, dans la plus parfaite autonomie, la vie qui vient et ses conséquences. Ce schéma linéaire se heurte à deux difficultés bien connues qu'il nous faut cependant préciser, celle du patient reconnu comme sujet singulier, mais aussi comme sujet désirant, entretenant de ce fait un rapport paradoxal avec sa santé. De cette prise en compte du patient comme sujet nous tenterons de déduire les grands axes d'une éducation possible.

Penser le sujet pour penser la santé

A l'aube de ce siècle, de la naissance à la mort, nos vies, étape par étape sont assistées par la technique et la médecine : organe par organe, fonction par fonction, le corps s'ouvre aux regards affûtés d'experts patentés. Dans le même temps, la vision unifiée de l'homme comme sujet s'estompe, tandis que celle de la santé se brouille.

Comment penser la santé autrement que comme l'autre versant de la maladie et à ce titre, mirage de l'éducateur et du soignant. Il est vrai qu'il n'existe pas de normes à partir desquelles définir un état de santé, pas de traitement opposable permettant de le produire. Cependant, pour chacun, la santé s'éprouve.

Que peut-on en dire ? La santé est une capacité de vivre

une vie possible. C'est un mode de présence à soi-même et au monde, joie et performance tout autant que confrontation à la douleur et à la souffrance. La santé est à la fois expression de soi dynamique et dans le même mouvement, expérience de la limite, du handicap, de la maladie et glissement vers la mort.

La santé engage un corps, mais un corps qui n'est pas réductible à sa dimension biologique. Le corps présenté au soignant est un corps-sujet, un corps-habité, un corps façonné par une culture, par une histoire singulière, un corps qui porte un nom, une identité.

C'est là, parfois, le premier obstacle rencontré par le soignant. Ce dernier aimerait soulager et soigner son patient. Il souhaiterait se le représenter comme un être rationnel, voulant son propre bien et prêt à tout pour l'atteindre. Pourtant, l'expérience quotidienne est parfois déroutante comme en témoigne cette soignante d'un service de cardiologie. Elle nous rapporte son désarroi devant *le cas de M.L. 44 ans, victime d'un infarctus, qui huit jours après son pontage, s'extrait régulièrement de sa chambre pour fumer*. Ce récit nous était fait au cours de rencontres de formation, où les soignants s'interrogeaient sur leur rôle d'éducateur et découvraient la difficulté de penser le patient comme « sujet », placé devant les choix de sa vie. *Ce M.L., tenancier de bar, grand amateur de « nourriture d'homme », selon lui, de nourriture trop riche en graisses animales, selon la diététicienne, porté sur la boisson, avait hérité de plus de très lourds antécédents familiaux*. Face à lui, l'équipe soignante ressentait à la fois la nécessité d'agir pour le convertir à une manière de vivre plus saine mais aussi l'angoisse de l'impuissance, teintée très vite d'une certaine hargne contre ce

¹ Ce texte est le premier d'une série de quatre articles réflexifs, à paraître dans la revue, concernant la problématique de l'éducation du patient. Cette première contribution apporte un éclairage de nature anthropologique et philosophique. Les autres textes aborderont plus spécifiquement et respectivement les aspects de politique de santé publique, la perspective éducative et les dimensions cliniques de l'éducation du patient.

*Enseignant-chercheur

Ecole nationale de la santé publique - Avenue du professeur Léon Bernard - 35043 RENNES CEDEX - Tél. 02 99 02 22 00 - mailto : Plecorps@ensp.fr

patient, qui ne veut rien entendre du bien qu'on lui propose, refuse de se soumettre aux normes sanitaires pourtant bien légitimes. Le philosophe et psychanalyste Cornélius Castoriadis nous mettait en garde contre ce qu'il appelait « la fallace capitale », néologisme que l'on peut entendre comme la grande fourberie ou le principal mensonge logique auquel nous adhérons spontanément. « *La fallace capitale* – écrit-il – est toujours : nos normes sont le bien ; le bien, c'est nos normes ; leurs normes ne sont pas les nôtres ; donc leurs normes ne sont pas le bien. »¹ A partir de là, le quiproquo relationnel peut commencer et se renforcer au fur et à mesure des résistances du patient à tenir compte du message des soignants.

S'il suffisait d'une présentation rationnelle et bien menée de liens de causalité entre des conduites et des pathologies pour enrayer le développement de celles-ci, cela se serait observé. Tous les comportements de prise de risque des patients devraient, en raison, céder devant les propositions savantes et philanthropiques des soignants-éducateurs. Le sujet, ainsi sommé par les éducateurs qui, par postulat, lui veulent du bien, devrait agir de manière responsable, sous le contrôle de sa raison, à la production de sa propre santé. En conséquence, les échecs éducatifs seraient à attribuer à un mauvais choix de méthodes pédagogiques ou à leur élaboration insuffisante.

Dans cette perspective pratique, nous sont proposés des modèles de prêt à penser ou de prêt à éduquer, comme le fameux *Health Belief Model*, qui veulent nous persuader que l'individu, conscient de la gravité du problème, se sentant concerné, adoptera un comportement adapté, si ce dernier présente, pour lui, plus d'avantages que d'inconvénients. Nous sommes là dans une représentation souvent partagée, quoique simpliste, de la santé comme *capital* et d'un sujet, sorte d'économe et de comptable qui évaluerait, en connaissance de cause et en raison, les avantages et les inconvénients des *investissements* à réaliser pour le faire fructifier.

Ce n'est pas ce qu'on observe, à tout coup, dans la clinique quotidienne où le soignant se trouve confronté à un sujet humain pris dans les rets de ses contradictions : *sujet de la raison*, il tente de se soumettre aux normes présentées par les experts qui lui veulent du bien ; *sujet vivant*, il regimbe et biaise face à l'ascétisme hygiéniste qui lui est le plus souvent proposé. C'est la plainte de la diététicienne : *je passe ma vie à équilibrer très finement les apports alimentaires, et les patients, dès la sortie de l'établissement, font des écarts et jouent avec leur vie.*

Le sujet désirant ne veut pas nécessairement son bien

De nombreux penseurs ont témoigné de la complexité du sujet, de son aporie, se voulant à la fois acteur *libre et déterminé* de sa vie et s'observant dans le même temps *englué* dans son histoire. « Je ne fais pas le bien que je voudrais, je fais le mal que je ne voudrais pas » écrit Saint Paul dans *L'épître aux Romains* (VII, 14-25) lorsqu'il oppose le souffle de la Parole à la faiblesse de la chair perdue par le péché. Quelques siècles plus tard, dans l'histoire de la philosophie occidentale, Spinoza ouvre le chapitre IV de *l'Ethique* par une constatation identique et il attribue au hasard (*fortuna*) ce pouvoir, ignoré de l'homme lui-même qui, « voyant le meilleur est contraint de faire le pire ». L'énigme posée par le choix du « mal », alors que l'on connaît le « bien », vient remettre en cause l'idée selon laquelle la raison rationnelle (plan de la logique) et raisonnable (niveau moral) déterminerait l'action du sujet humain. Souvenons-nous du poids de cet « irrationnel appétitif » à l'œuvre dans l'« agir » humain, évoqué par Aristote dans *l'Ethique à Nicomaque*. Le désir, c'est l'autre de la raison et le désir est à l'œuvre dans la vie du patient, sans que celui-ci en sache lui-même les causes.

Prendre au sérieux le patient comme sujet-désirant c'est accepter, comme soignant, le caractère de subsidiarité de la fonction éducative, c'est-à-dire reconnaître au sujet sa position « d'auteur » de sa vie et, de ce fait, se placer dans une simple position d'appui, d'auxiliaire. C'est abandonner la position d'expert, c'est-à-dire de quelqu'un qui saurait le bien de l'autre et s'efforcerait de l'y conduire. On n'attend pas de l'éducateur qu'il dise les règles du bien vivre, car il ne les a pas, si l'on entend par règles du bien vivre les conditions qui mèneraient au bonheur, par exemple. On attend plutôt de l'éducateur qu'il contribue à créer les conditions de possibilité qui permettraient au sujet humain, quelle que soit sa pathologie, de déployer sa vie. On attend de l'éducateur qu'il soit conseiller ou témoin, ne s'excluant pas de la question qu'il pose, ouvrant les choses de la vie à l'espace du questionnement, de l'analyse, du dialogue, de la confrontation. On attend qu'il aide les patients à échapper à la sidération sous l'effet du poids de l'histoire, de la place sociale, de la culture, pour s'ouvrir à la construction d'une vie possible, avec les limites qu'il s'agit d'affronter. Nous entendons ici sidération au sens littéral (*sidus, sideris*, astre) qui désigne le fait de subir l'action funeste des astres, mais aussi en médecine, un effondrement des forces vitales sous l'effet d'un choc émotionnel ou de la foudre².

Les conditions de l'éducation du patient

Le patient est trop souvent pris comme objet de la médecine. Jean Clavreul³ a montré que dans la relation clinique, le malade et le médecin sont absents comme sujets. La médecine les assujettit l'un et l'autre à ce qu'il nomme « l'ordre médical » qui fixe à l'homme un « devoir être » : « En guérissant les malades, en les séparant de la maladie, le médecin procède donc comme le sculpteur qui dégage de la pierre informe, l'image de l'Homme, l'homme idéal ».

A l'hôpital, cette objectivation de l'homme atteint parfois des dimensions réellement impensables. Le patient n'est-il pas à l'image du « nègre » dans la « communauté blanche », qu'évoquait Hannah Arendt⁴, et qui de ce fait perd tous ses droits et dont tous les actes « sont alors interprétés comme les conséquences nécessaires de certaines qualités nègres. » Le patient est soumis, nu, à la violence de la médecine, à celle des examens plus ou moins invasifs, aux logiques de soins parfois indéchiffrables, aux horaires et aux rythmes institutionnels, quand ce n'est pas aux attentions bêtifiantes : « on a bien dormi ? », « on n'a pas tout mangé ? », à l'anonymat, à la perte de l'identité au profit de l'étiquetage clinique. Démuni, il ne lui resterait plus qu'à endurer.

C'est là le lieu de la première démarche éducative : rétablir le patient comme sujet de droit, et la charte du patient hospitalisé indique bien le chemin à suivre.

La seconde démarche est basée sur la reconnaissance de l'action éducative comme relation d'accompagnement d'un sujet en souffrance. L'éducateur pour la santé ne peut pas faire comme s'il s'agissait d'identifier et de pourfendre l'anormalité de l'autre, abrité qu'il serait derrière le corpus normatif de son savoir. Les relations à autrui, le désir, la question du sens, le placent, comme tout être humain, dans les mêmes doutes, les mêmes incertitudes. Bien sûr, la relation entre le soignant et le patient est asymétrique : d'un côté un professionnel doté d'un savoir et d'un savoir-faire, de l'autre un patient qui exprime « sa souffrance en la prononçant comme plainte »⁵. C'est la vulnérabilité de ce patient qui exige en réponse une posture d'accueil et d'écoute attentive.

L'éducateur de santé se situe comme *artisan*. C'est Heidegger⁶ qui nous propose l'artisan comme modèle de référence de l'apprendre à penser. En effet, le penseur comme l'artisan cherchent à s'accorder à leur objet. Heidegger illustre son propos en prenant pour exemple le menuisier qui fabrique un coffre. Le vrai menuisier s'ef-

force de s'accorder « avant tout, aux diverses façons du bois, aux formes y dormant, au bois lui-même, tel qu'il pénètre la demeure des hommes et dans la plénitude cachée de son être, s'y dresse »⁶. Le vrai menuisier ne cherche donc pas une production usuelle, ni la réalisation d'une forme standard. Il écoute le bois. Par conséquent, l'essentiel du métier est la rencontre avec ce non-maîtrisable du bois. L'écoute du bois conduit le menuisier à déceler les formes dormantes qui commandent son faire et son non-faire. Heidegger renverse ici la relation et la conception traditionnelles et techniciennes qui tentent toujours de dominer le bois, qui s'inscrivent avec lui dans un « rapport de forces ». Le vrai menuisier se laisse guider, se laisse emporter par les formes originales du bois, seule manière par laquelle se révèle « la plénitude cachée de son être ».

De manière identique et dans la lignée de Heidegger, Hannah Arendt définit la *praxis*, c'est-à-dire l'« agir », comme une interaction entre partenaires, entre sujets singuliers qui s'engagent, non pas dans la recherche d'une maîtrise ou d'une totalisation des savoirs, mais sur l'imprévisibilité des effets d'une rencontre, dans une histoire qu'aucune fin ne détermine à l'avance. En ce sens, l'éducateur pour la santé s'expose à l'inconnu et à l'imprévu. Il prend ainsi le risque de la relation. La *praxis* devient alors, comme l'écrit Hannah Arendt, à la fois sagesse pratique, clairvoyance, prudence et mise à découvert, exposition de soi-même à l'autre. Elle est prise de risque de soi, vis-à-vis de l'autre. Ainsi, si l'éducateur accepte l'humilité de la non-maîtrise de l'autre, il se place dans une posture d'écoute et laisse advenir autrui dans sa réalité d'être : de quel bois est-il fait, et quelle bonne forme pourrions-nous produire ensemble ? Jacques Rancière l'a bien saisi dans son livre *Le Maître ignorant*, lorsqu'il rapporte cette expérience du professeur Joseph Jacotot qui réussit à faire apprendre le français à des étudiants hollandais à la seule lecture du *Télémaque* de Fénelon. Jacques Rancière en conclut que cet enseignement a été possible parce que : « tout leur effort, toute leur exploration est tendue vers ceci : une parole d'homme leur a été adressée, qu'ils veulent reconnaître et à laquelle ils veulent répondre, non en élèves ou en savants, mais en hommes, comme on répond à quelqu'un qui nous parle et non à quelqu'un qui nous examine »⁷. Quelle parole d'homme proposons nous à nos patients et quelle posture d'homme leur laissons-nous pour y répondre ?

L'éducateur est conduit à dire son savoir, mais non pas

d'une place d'expert qui le situerait hors des contingences de l'humaine condition, comme si elles ne le concernaient pas mais à le dire dans une relation, dans un lien à l'autre, un « bricolage relationnel » qui le positionne comme sujet humain, en face du mystère d'un autre sujet humain. Le bricolage est une action dont la technique repose sur une capacité à l'improvisation, à l'adaptation aux matériaux, aux circonstances. Le bricolage contient une idée de provisoire, de jamais achevé. Le bricolage ne clôture jamais une action, il l'adapte provisoirement. Cette attitude devrait être celle de tous les éducateurs de santé, face à la complexité et à la mouvance de la vie.

L'acteur de santé doit donc se rendre compte que son action s'inscrit dans ces métiers impossibles pointés par Freud, reprenant la réflexion de Kant : « Il semble presque cependant que soigner soit le troisième de ces métiers impossibles, dans lesquels on peut d'emblée être sûr d'un succès insuffisant. Les deux autres, connus depuis beaucoup plus longtemps, sont éduquer et gouverner »⁸. Métier impossible parce qu'il est toujours supporté par la problématique du transfert qui est la constatation même, que tout acteur de santé ne peut véritablement agir que dans l'échange d'une relation. Cette dernière échappe à la maîtrise de l'éducateur, qui lui-même, n'est pas exempt de projection et d'identification dans son rapport à l'autre.

Une rencontre de l'autre

La reconnaissance de l'autre entraîne une position d'humilité, qui situera l'éducateur dans son rapport à autrui, non pas comme un technicien, outillé pour résoudre ses problèmes de santé, mais comme un véritable clinicien, à l'écoute de l'autre, objet de transfert, sujet de contre-transfert ouvert à la compréhension, c'est-à-dire à ce qui fait sens pour lui. Cette posture professionnelle nécessite une certaine ascèse, au sens étymologique du terme, c'est-à-dire un exercice permanent, un entraînement.

Ceci ne va pas sans difficulté. Est-il pensable en effet, d'abandonner ses certitudes, ses connaissances et sa propension à prêcher un nouvel art de vivre sans conduite « addictive », sans tabac, sans drogue, sans alcool, sans sucre, sans quoi encore, etc. ? *L'abandon du rêve implicite de modeler l'autre à son image, ou plus exactement à l'image idéale que l'éducateur se fait de lui-même, demande un effort et un entraînement.* L'éducateur, profitant de sa rencontre de populations en souffrance, propose des comportements judicieux et adaptés du point de vue bio-médical, mais

prend-il le temps d'entendre ce que serait une vie possible pour l'autre ?

N'étant pas dans la position du sujet ou du maître supposé savoir, le soignant éducateur n'a rien à défendre, il peut donc facilement être dans une position d'accueil et d'ouverture. L'éducateur peut faire tomber le « mur de bêtise » – pour reprendre une expression de Michel Serres – de l'opinion toute faite. Il rend alors l'autre « poreux », c'est-à-dire susceptible d'être traversé par une infinité de savoirs. Cette béance, cette porosité ne sont pas prêtes à se refermer.

Dans une démarche d'éducation du patient, on attend de l'éducateur qu'il contribue à créer les conditions de possibilité qui permettront au sujet humain dans sa singularité, de déployer sa vie. On attend de l'éducateur qu'il soit conseiller ou témoin, ne s'excluant pas de la question qu'il pose, ouvrant les choses de la vie à l'espace du questionnement, de l'analyse, du dialogue, de la confrontation. On attend qu'il aide chacun à échapper à la sidération sous l'effet du poids de son histoire, de sa place sociale, de sa culture, pour s'ouvrir à la construction d'une vie possible, avec ses limites à affronter. Il s'agit de reconnaître un sujet responsable sous les oripeaux des divers conditionnements. L'éthique de l'intervention en éducation du patient, c'est le refus du *fatum* : rien n'est écrit définitivement pour personne sur le grand livre de la vie !

Dans l'après des actes médicaux et chirurgicaux, le soignant doit aider le patient à définir *sa norme propre*, qui est comme le disait Georges Canguilhem⁹ indissociable de « *son genre de vie* ». Comment respecter la bonne distance : ni intrusion fallacieuse dans l'intime de la vie privée, ni repli frileux sur les gestes techniques, sans investissement personnel. Le soignant est là comme force de proposition, partageant avec son patient les connaissances scientifiquement établies, à la mesure de la volonté de savoir de ce dernier et de ses possibilités de compréhension.

En conclusion

Nous ne sommes pas, en tant que soignant, dans la recherche chimérique d'une maîtrise de tous les compartiments de la vie du patient, nous sommes ici sur le terrain du tragique humain, simple « respect d'une cruauté propre à l'existence » comme le dit Valérie Marange¹⁰. En raison, l'intérêt pour le patient de se poser la question de son mode de vie, d'en éliminer les éléments pathogènes, ne fait pas de doute. Que les soignants épaulent les sujets en souffrance, cela va de soi. Il faut cependant sans cesse

interroger cette ambition d'éduquer et veiller à l'inscrire dans une démarche de « prévenance » vis-à-vis du patient, plutôt que de propagande et de séduction. En effet, la clinique nous apprend que l'alcool excessif est parfois seul échappement à l'envahissement de la folie, que le sexe vagabond et sauvage est aussi comblement provisoire d'un vide sidéral dangereux, que le poids excessif peut se vivre comme protection cotonneuse des chocs que la vie réserve : « Voilà que paradoxalement ce qui mène à la mort

selon les épidémiologistes, en protège parfois »¹¹.

On voit par là que, pour un soignant, penser l'éducation, c'est accepter le patient comme sujet désirant, l'accompagner pas à pas dans son effort de se réapproprier la vie, que la souffrance et la maladie ont momentanément ou pour toujours perturbée. C'est le patient, dans son aveuglement même qui est le guide, car lui seul est à même d'indiquer le chemin, de donner le sens.

Références

1. Castoriadis C. *Les racines psychiques et sociales de la haine*. In : *Figures du pensable*, Paris : Le Seuil, 1999.
2. *Dictionnaire historique de la langue française*. Alain Rey (dir). Paris : Le Robert, 1995.
3. Clavreul J. *L'ordre médical*. Paris : Le Seuil, 1978.
4. Arendt H. *L'impérialisme*. Paris : Fayard, 1982.
5. Lévinas E. *Totalité et infin*. Paris : Le livre de poche, 1990
6. Heidegger M. *Qu'appelle-t-on penser ?* Paris : PUF 1959.
7. Rancière J. *Le Maître Ignorant. Cinq leçons sur l'émancipation intellectuelle*. Paris : Fayard, 1987.
8. Freud S. *L'Analyse sans fin, l'analyse avec fin*. Paris : Fayard, 1994
9. Canguilhem G. *Le normal et le pathologique*. Paris : PUF, Quadrige, 1966.
10. Marange V. *Bêtes de promesses, bêtes de mensonges ? Punition et prévention*. La Revue Agora, Idéologies de la prévention 1994 ; n° 30 : 55-64.
11. Lecorps P. « Penser le sujet pour mieux penser la santé », *L'état de la France, 1999-2000, La découverte*, 1999.

CONGRES INTERNET ET PEDAGOGIE MEDICALE

2 et 3 décembre 2004, Grenoble

Après Paris, Nice, Lille et Marseille, IPM2004 se tient les jeudi 2 et vendredi 3 décembre prochains à Grenoble. Les congrès IPM sont devenus le lieu de rencontre privilégié de tous les acteurs de santé intéressés par la pédagogie médicale et les technologies de l'information et de la communication, en formation initiale et continue. Le congrès IPM 2004 fera le point sur ces avancées. Sous le thème général l'Internet de la connaissance au sein de l'Université Médicale Virtuelle Francophone (UMVF), le comité scientifique fait un appel à communication sur la base d'un résumé. Le résumé de la communication sera envoyé à : ipm2004@ujf-grenoble.fr. Toute proposition fera l'objet d'un accusé de réception.

Les thèmes de communication seront cette année : la pédagogie médicale appliquée à l'enseignement numérique ; les nouvelles technologies de l'information et de la communication pour les environnements numériques de travail des universités ; les utilisateurs et usages présentiels et distanciels dans les universités numériques ; le point sur les innovations technologiques, les campus numériques en médecine, les universités nationales thématiques, les universités nationales en région, l'UMVF.

Parallèlement aux communications, de nombreux ateliers de travail seront organisés : optimiser l'utilisation des PowerPoint ; pratique de la vidéo conférence: logiciels, standards, utilisation ; recherche sur Internet: moteurs de recherche et web sémantique ; synchroniser le son et l'image: le rich-média, utilisation d'un générateur ; internet sans fil: le WIFI, connaissances de base et installation ; utilisation des assistants numériques personnels (PDA) en médecine ; notions de base pour travailler avec le son et la vidéo ; formats d'échange et de pérennités de ressources pédagogiques ; réaliser une enquête ou un sondage par Internet ; droits d'auteur et ressources pédagogiques ; mise en œuvre d'un plan d'achat micro à destination des étudiants ; auto-évaluation: exemple d'utilisation et de mise en œuvre

Présidents du congrès IPM 2004 :

Pr Jean Luc Debru, Doyen de la faculté de médecine de Grenoble

Dr Daniel Pagonis, Pr Albert Claude Benhamou