



Articles publiés
sous la direction de

FRIEDRICH STIEFEL

Médecin-chef

Service de
psychiatrie
de liaison,
CHUV, Lausanne

GUIDO BONDOLFI

Médecin-chef

Service de psychiatrie
de liaison
et d'intervention
de crise,
Département
de santé mentale
et psychiatrie,
HUG, Genève

Entendre la voix du souffrant dans le bruit qui règne en médecine

Pr FRIEDRICH STIEFEL

Médecine de précision, intégration du «spiritual care», optimisation de soi et big data: à en croire les discours qui circulent et dominant, l'avenir de la médecine s'annonce brillant. En deçà de ces changements souvent présentés comme «paradigmatiques»,¹ certaines vérités semblent oubliées. Sur le marché rhétorique où fait rage une féroce compétition pour les ressources, les constantes anthropologiques de la clinique manquent sans doute d'attrait spectaculaire.

Pourtant, être malade a été de tout temps, et reste une expérience douloureuse qui affecte l'homme dans son existence, de manière certes singulière, mais aussi universelle.²

Quand le corps est malade, ses possibilités deviennent limitées et le champ même de l'existence se restreint. Le récit d'une patiente souffrant de Parkinson est à cet égard édifiant: elle relate comment son vécu spatio-temporel s'est trouvé modifié par la maladie. Tout ce qu'elle pouvait faire «en vitesse» à l'époque, elle le fait aujourd'hui de manière lente et laborieuse. Les petites distances sont devenues longues et les changements de direction presque impossibles: une fois prise la décision d'aller là-bas, il n'est plus question d'aller ailleurs. Même le sentiment intime que son corps est bien le sien est fragile, et peut s'effacer brusquement lors d'une chute qui la laisse au sol, impuissante. Figée dans la rue, c'est le rythme des corps d'autrui, emportés par leur marche, qui lui permet de retrouver le sien et de reprendre sa course. Angoissée à l'idée de ne pas pouvoir se précipiter en dehors de l'appartement en cas de danger, elle pose chaque soir son manteau et ses chaussures près du lit. Prématurément vieillie et tremblante, elle soigne son appa-

rence, car elle craint que certains pourraient la croire alcoolique.

Pareille expérience de la maladie n'appelle pas un changement profond de la manière de concevoir la relation soignant-soigné ou le développement de nouvelles approches psychothérapeutiques, toujours plus ciblées.³ Cette expérience demande «simplement» à être entendue et comprise! La démarche n'est pas d'une complexité extrême, elle consiste à comprendre l'homme malade comme un tout, affecté dans son physique, et donc toujours aussi dans sa manière d'être au monde.⁴ Elle se fonde sur le désir de rencontrer le patient, de le rejoindre là où il se trouve, dans son quotidien, ses habitudes, ce qu'est devenu son monde ordinaire, d'entendre l'histoire qu'il a à raconter. A cet égard et pour faire référence à une question d'actualité, on ne peut nier le fait que diminuer le temps de parole facturable⁵ limite aussi la possi-

bilité d'entendre et de comprendre ce qui est au cœur de l'expérience de la personne devenue patient. Une telle limite de temps avec le patient, déjà bien réel à l'hôpital,⁶ empêche le soigné de faire entendre sa voix, empêche le soignant d'exercer son métier et génère des coûts inutiles, car des souffrances existentielles non exprimées et non partagées risquent d'être médicalisées.⁷

On peut espérer un avenir meilleur, mais de quoi parle-t-on? Un avenir où on applique des traitements de précision dans un monde digitalisé et où la spiritualité est appelée en renfort quand il n'y a plus rien à optimiser? Le progrès médical est évidemment bienvenu, mais nous avons aussi besoin d'un avenir qui garantit des conditions permettant aux soignants d'écouter et aux patients d'être entendus.

**DIMINUER LE
TEMPS
DE PAROLE
FACTURABLE
LIMITE AUSSI
LA POSSIBILITÉ
D'ENTENDRE ET
DE COMPRENDRE**

Bibliographie

- 1 – Stiefel F, Bourquin C, Saraga M. Losing the “Person” in personalized medicine. *Psychother Psychosom* 2017;86:300.
- 2 – Wycretowicz H, Saraga M, Bourquin C, et al. Pluralité des corps. 2. Le corps vécu. *Rev Med Suisse* 2015;11:389-93.
- 3 – Chochinov HM, Hack T, Hassard T, et al. Dignity therapy: a novel psychotherapeutic intervention for patients near the end of life. *J Clin Oncol* 2005;23:5520-5.
- 4 – Saraga M, Fuks A, Boudreau JD. George Engel's epistemology of clinical practice. *Pers Biol Med* 2014;57:482-94.
- 5 – Quinto CB. Santé publique – entre soutien et limitations. *Bull Med Suisses* 2017;98:2122.
- 6 – Wenger N, Marques-Vidal P. Allocation du temps en médecine interne. *Rev Med Suisse* 2017;13:2040-4.
- 7 – Fink P. Surgery and medical treatment in persistent somatizing patients. *J Psychosom Res* 1992;36:439-47.