

Journée Recherche 2022

L' « aller vers en soins primaires »

Quelles démarches pro-actives mettre en œuvre pour lutter contre la perte de chance face à une situation de non-demande ?

Retranscription de la conférence inaugurale de Catherine DRAPERI, agrégée et docteure en philosophie

Aller-vers, c'est partir de l'autre.

Catherine Draperi, journée *L'aller vers en soins primaires*, Samedi 21 mai 2022.

La médecine générale se définit sociologiquement comme une profession consultante qui a pour essence de répondre à une demande. S'adressant au médecin, le patient engage ce que Levinas nomme la *responsabilité pour autrui* de ce dernier ; en sollicitant son secours, il lui fait confiance et l'oblige. Or, *l'aller-vers* est d'abord une réponse à une demande qui n'existe pas, soit parce que l'accès au soin qu'il rend possible n'était pas anticipé comme concevable, soit parce qu'il ne relève pas d'une préoccupation ni même d'un besoin identifié. En second lieu, le monde où s'exercera la pratique n'est pas nécessairement un monde médical, mais un monde où il est possible de rencontrer les personnes auxquelles elle s'adresse, ou encore le monde de la vie.

S'il s'agit alors de proposer ce qui n'est pas attendu, cette adresse ne peut néanmoins prendre sens et effet qu'en partant de la situation et du monde de l'autre. C'est dans l'écoute et l'initiation aux références de l'autre que *l'aller-vers* peut être le lieu d'une mise-en-mouvement mutuelle. Nous proposerons d'interroger cette mise-en-mouvement dans l'analyse de ses conditions de possibilité et de ses obstacles, du triple point de vue *institutionnel* (dans son organisation et dans le cadre qu'elle institue à la démarche de soin), *social* et *politique* (dans l'interrogation de sa place dans la vie de la cité), enfin, *clinique*, *éthique* et *intersubjectif* (c'est-à-dire du point de vue de la relation mise en œuvre dans la pratique clinique).

Si la notion d'aller-vers est récente, la démarche n'est pas nouvelle. Nous proposons dans un premier temps de dégager les enseignements que nous pouvons retirer de démarches d'*aller-vers* historiquement cardinales qui ont accompagné l'exercice de la médecine, d'Hippocrate à la psychiatrie institutionnelle ; dans un second temps, d'interroger les échecs et de certaines démarches contemporaines qui ont préfiguré certaines formes de *l'aller-vers*, comme le *Housing first*, entre santé publique et démarche dite *centrée patient*. Dans un troisième temps, de dégager de ces analyses les aspects constitutifs de cette démarche d'aller-vers, dans sa dimension clinique.

1 - Généalogie des démarches dites de l'aller-vers.

Les enseignements de démarches pionnières.

Il s'agit d'abord de questionner nos héritages et leur fécondité en revenant sur deux démarches qui mettent l'accent sur deux dimensions différentes inhérentes à la démarche consistant à aller vers les personnes : la première, c'est le *déplacement et la rencontre de l'environnement de l'autre* ; la seconde, c'est qu'elles émergent à partir *d'un besoin constaté, ce qui n'équivaut pas à une demande*.

01 - La figure antique du médecin itinérant : l'espace public comme lieu de consultation.

La médecine hippocratique partage avec l'aller-vers, le fait que c'est le médecin qui se déplace : le médecin hippocratique est souvent un « médecin itinérant », qui va vers les contrées où le besoin se fait sentir.

Il accorde une place majeure à la contextualisation de la situation des patients qu'il vient visiter, dont rend compte notamment un traité du Corpus hippocratique intitulé *Air, eaux, lieux*, traité à l'usage du médecin itinérant. L'auteur met l'accent sur trois facteurs contextuels qui doivent retenir l'attention du médecin :

- Un déterminisme physique, relatif à l'inscription dans son milieu naturel.
Le critère naturel majeur privilégié par les médecins hippocratiques est le climat : le climat chaud est présumé incliner à l'indolence, tandis que le climat plus rigoureux rend plus vigoureux ; mais un autre critère majeur souligné est l'habitat.
- Un facteur culturel, qui réside dans les *nomoi*, cad les usages et les lois, qui vient relativiser ce déterminisme lié aux conditions matérielles d'existence
- Enfin, l'influence des régimes politiques, le régime despotique par exemple aggravant le manque de courage, car les hommes guerroyant pour un maître, tandis que le régime démocratique renforce le courage, les hommes combattant pour eux-mêmes.

Le médecin hippocratique considérera donc l'interaction entre ces différents déterminismes : par exemple, le régime démocratique peut contrecarrer l'effet du climat.¹ Ainsi, un régime démocratique en Asie vient contrecarrer les effets du climat chaud, parce que l'indolence que ce dernier induit habituellement est contrecarré par la vigueur et le courage générés par l'implication politique. Le médecin itinérant doit donc s'enquérir des différents éléments qui conditionnent une situation, mais aussi à chaque fois évaluer comment ces différents éléments interagissent pour dessiner une situation différente et originale.

Nous citerons un second exemple de médecine itinérante hippocratique, qui peut aussi nous éclairer dans le questionnement que soulève la démarche d'aller-vers :

L'histoire raconte qu'Hippocrate fût appelé au chevet de Démocrite par ses voisins inquiets de son comportement étrange, décalé par rapport à celui de ses concitoyens qu'il avait jusqu'ici coutume d'éclairer dans les affaires publiques, délaissant le soin qu'il prenait de lui-même, dormant le jour et restant éveillé la nuit où on l'entendait rire.

Nous sommes ici dans une situation de fusée d'alerte lancée par la cité. Le médecin, en cours de route, réfléchit à tous ces symptômes mais aussi à la haute estime en laquelle il tient Démocrite de par la réputation de ce dernier. En arrivant, il trouve Démocrite entouré d'animaux disséqués et de livres et discute longuement avec lui. Le philosophe lui rend compte des recherches qui l'occupent jour et nuit et Hippocrate conclut qu'il a à faire à un sage et non à un malade.

En d'autres termes, le jugement partagé par ouï-dire sur un homme ou un groupe, sa déviance à l'égard de la norme quelle que soit sa nature, risque d'induire en erreur, comme c'est le cas de tout préjugé. Pas plus que Démocrite n'est fou, les fous ne sont asociaux, quel que soit l'isolement qu'ils subissent. Ce qui nous conduit à un second héritage clinique précieux.

¹ Jacques Jouanna, *Hippocrate et son temps*, in : *Médecine antique, Cinq études* réunies par Paul Demont, Faculté de lettres centre de Recherches sur l'Antiquité grecque et latines, université d'Amiens, 1989 p.54-55.

02 - L'expérience du secteur : d'une expérience pionnière de maillage dans l'espace social (EMPP) (Equipe Mobile Psychiatrie Précarité).

Cette démarche partage avec l'*aller-vers*, d'une part le fait de partir d'une situation d'abandon social et politique d'une communauté de personnes, non seulement marginalisées, mais oubliées, et d'autre part, de lui donner une réponse institutionnelle.

- Elle naît d'une situation d'abandon historique, constatée au lendemain de la seconde guerre mondiale, tandis que les patients internés en psychiatrie sont morts de faim, oubliés de tous.
- Elle va notamment résider comme on le sait dans l'implantation locale du soin médico-psychologique au sein de la cité.

Comme le dit Alain Mercuel, la psychiatrie de secteur est le premier moment de l'*aller-vers* en psychiatrie². Le second moment de cette implantation dans la cité va consister à soigner dans des lieux non dédiés aux soins psychiatriques : « *En cas de besoin, si tu ne viens pas au secteur, le secteur ira à toi !* » dans un ensemble de structures, de lieux où des soins peuvent être nécessaires (hôpital, EHPAD, milieu pénitentiaire) et des consultations délocalisées (mairies, centres associatifs). Le troisième moment, depuis la fin des années 90, c'est la naissance de EMPP (Equipe Mobile Psychiatrie Précarité) qui s'adressent à des publics spécifiques (précaires et grands exclus.), ou encore la naissance de ce qu'Alain Mercuel décrit comme « *une psychiatrie interstitielle qui vient occuper tous les espaces vides d'écoute spécialisée afin de promouvoir un dépistage précoce des souffrances psychiques des exclus.* »

Il définit cette dernière comme un « *accueil dehors* » : ainsi, « *Les EMPP démontrent bien quela permanence du lien par un « aller vers » prévaut sur la permanence du lieu* ».

Mais, ajoute-t-il, cette pratique comme toute pratique de soin suppose qu'il y ait des indications et, en corollaire, des contre-indications. A défaut d'être une réponse à une demande, l'*aller-vers* doit au moins être une réponse à un besoin identifié de celui auquel il s'adresse : ainsi, Alain Mercuel souligne le risque qu'il y aurait à « *traquer la psychose dans la rue* » dans une « *maraude psychiatrique hasardeuse* », mais précisément de répondre « *aux lanceurs de fusée de détresse de la Cité* »³.

« *C'est dans cette temporalité-là que les liens de partenariat montrent leur efficacité, c'est-à-dire quand tel acteur de la Cité (commissaire, commerçant, membre d'une association, citoyen engagé...) a repéré une personne qui l'inquiète sur le plan psychique et qu'il sollicite alors les équipes appropriées. En quelque sorte, c'est un lanceur de fusée de détresse, autrement appelé « signaleur ». Dès lors peut se mettre en place conjointement avec ce signaleur une action d'« aller vers », réfléchie, cohérente et coordonnée.* »

Alain Mercuel alerte sur les effets nocebo potentiels des interventions « sauvages », par exemple des maraudes au hasard. Même s'il est de bonne intention, l'*aller-vers* n'est pas nécessairement bon en soi : les actions non préparées, non annoncées ou non acceptées au moins par les acteurs partenaires, peuvent charrier des effets *nocebo*, voire des effets *iatrogènes* (refus secondaire, vécu d'ingérence, fuite suicidaire...).

² Alain Mercuel, « Aller vers... « en psychoatrie et précarité : l'opposé du « voir venir » », *Rhizome*, 2018/2 N° 68, pages 3 à 4.

³ « *Mais quid d'un patient porteur d'un Diogène vivant dans la rue, d'un alcoolique chronique reclus en centre d'hébergement, d'un adolescent hikikomori cloîtré dans un hôtel, ou encore d'un appelant « blacklisté » ?* »

Les échecs des *bonnes intentions* : l'omission de la clinique.

03- Les échecs d'un modèle inopérant dans les premières démarches dites d'*aller-vers*.

Un troisième et dernier exemple dont nous pourrions tirer des enseignements est celui des initiatives fondées sur le *Housing First* aux Etats-Unis, qui illustre les impasses des intentions bien calculées et présumées bien-intentionnées qui font l'économie de la clinique.

L'approche « *Housing First* », telle qu'elle a été développée par le Dr. Sam Tsemberis à New York, est centrée sur les personnes sans domicile souffrant de troubles psychiques sévères : l'idée est de fournir un logement « *d'abord* » plutôt qu'« *à la fin* », avec pour argument l'idée que le *logement d'abord* permet d'accéder rapidement à un logement stable en milieu ordinaire, combiné avec des services mobiles d'accompagnement *proposant* des visites au domicile des personnes. Demeure non posée la question de savoir comment une personne en grande souffrance psychique, sans prise en soin ni éventuel traitement concomitant, parfois dépendant de diverses consommations, pouvait vivre seule pour ne pas dire isolée, pour ne pas dire esseulée. L'idée d'un nécessaire accompagnement avait été soulevée, mais entrainé en concurrence avec des arguments politiques et financiers en faveur du *logement d'abord*. En effet, les hospitalisations et les incarcérations fréquentes liées au sans-abrisme de longue durée ont un coût élevé, les sans-abri « chroniques » utilisant fréquemment les services médicaux d'urgence, les services de santé mentale et enfin le système judiciaire. Cet argument a pesé dans la promotion de ce modèle du *housing first*.

Mais la question qui part du logement au lieu de penser l'accès au logement comme une finalité, se pose comme risque *d'éclatement du monde de l'autre* - et ce, pas seulement dans la prise en charge de la grande souffrance psychique.

D'autre part, et cela nous reconduit directement au terrain de l'*aller-vers* en général, ce type d'initiative repose sur le fait de considérer que le fait de n'être pas inscrit dans la norme sociale partagée coïncide avec l'absence de toute norme, de tout repère. Il y a un risque d'effet *nocebo* à priver une personne de *son monde habituel*, pour la déplacer dans un monde normal mais non habité.

C'est par exemple ce qui s'est passé dans le cadre du relogement après la « *jungle de Calais* », où des personnes qui partageaient ce cadre inhospitalier avec d'autres, ont vécu une décompensation psychique lorsqu'elles se sont retrouvées isolées dans des appartements excentrés.

D'une façon plus générale, ce n'est pas parce qu'il n'y a pas de logement personnel qu'il n'y a pas de repères. Les squats sont aussi des mondes sociaux parfois riches, et la reconnaissance d'une place propre sous un pont, un repaire et un repère.

Remarquons au passage que la HAS reconnaît l'importance à accorder au choix des personnes à ce sujet⁴.

4 Maraudes ARS

VI. Questions transversales 4. Les limites et enjeux du non-jugement.

Les acteurs de l'« aller-vers » essaient autant que possible de respecter les valeurs et les choix des personnes, ce qui suppose que les acteurs de *l'aller-vers* « ne préjugent pas de ce qui doit être fait et ne favorisent aucun type de soutien plus qu'un autre ». Il est explicitement indiqué qu'il arrive qu'une personne accompagnée vers une solution de logement peut préférer retourner vivre dans la rue « *parce qu'elle y a trouvé un équilibre, parce que sa vie sociale y est, parce qu'elle y trouve une plus grande liberté, etc. Parfois, maintenir une personne dans un hébergement peut lui être plus nuisible que de la laisser retourner vivre dans la rue.* »

L'exemple américain du *Housing first* oriente l'attention sur l'articulation pernicieuse qui peut se nouer entre *l'aller-vers* et les démarches de santé publique. Pour prendre une loupe grossissante concernant cette confusion, nous pouvons interroger l'échec des premières démarches de santé publique aux Etats-Unis afin de resserrer la question de *l'aller-vers* dite « *centrée patient* ».

04- Entre santé publique et démarche « *centrée patient* ».

Les enseignements des échecs des premières démarches de santé publique bien intentionnées sont instructifs.

Visant à adapter les messages de santé en vue de changer les comportements, on a tenté, à la fin des années soixante, de proposer un modèle appelé "*modèle des croyances pour la santé*", permettant de rapporter un comportement de santé (modifier son alimentation par exemple) à l'état des croyances dans une société. L'hypothèse était la suivante : les modifications de comportements sont liées à deux facteurs, à savoir :

- la perception d'une menace pour la santé
- et l'idée que l'adoption d'un comportement particulier peut réduire cette menace.

En 1990, les enquêtes dites de K.A.B.P (*Knowledge, Attitudes, Beliefs and Practices*) ont montré que dans l'ensemble, la population a été rapidement et correctement informée concernant le danger que constitue le virus du S.I.D.A, mais que les changements sont difficiles à opérer, tant au niveau des comportements sexuels, qu'au niveau des attitudes d'exclusion. Il ne suffit pas de connaître le mode de transmission du S.I.D.A pour mettre fin à l'exclusion, pas plus que cela ne suffit pour que l'ensemble de la population se prémunisse efficacement contre le *virus*. Ce modèle d'action pour la santé n'a donc pas obtenu la fécondité escomptée.

En d'autres termes, le modèle du sujet autonome, rationnel, décidant des comportements ou des traitements qui maximiseront ses chances est un modèle idéologique, reposant à la fois sur le dualisme et sur l'individualisme. C'est la thèse soutenue par B.Good pour rendre compte des échecs des démarches préventives inspirées des modèles anthropologiques des années vingt⁵. Ce modèle d'action préventive repose sur deux présupposés.

- L'idée qu'il suffit de *remplacer les fausses croyances par le savoir biomédical* est fondée sur une idée réductrice de la culture comme ensemble de croyances. Or, les cultures ne sont pas seulement des codes, mais des interprétations globales du monde qui lui donnent un sens, et dans lesquelles se construit une réalité. **Croire, ce n'est pas tenir quelque chose pour vrai, c'est avoir confiance.**

B.Good, *Comment faire de l'anthropologie médicale ?*, chap. 1, en particulier, p.103 à 106 .

- Dans cet effort de prévention, on n'a pas tenu compte de la façon dont les "croyances" sur la maladie, c'est-à-dire le sens qu'on lui confère, s'intègrent aux autres représentations, notamment celles du corps, de la personne et de son inscription dans la communauté.⁶.

Ce qui nous conduit au second présupposé de ce modèle d'action préventive. L'idée que l'individu mettrait en œuvre des moyens de calcul rationnel pour évaluer le bénéfice qu'il peut attendre de tel comportement, repose sur l'idéologie utilitariste.

Pour qu'une démarche *d'aller-vers* se déroule bien, il faut que les personnes visées puissent y croire, c'est-à-dire aient confiance.

Il n'y a pas d'aller-vers concevable sans confiance, cela d'autant plus qu'il peut y avoir une marge mince entre *la démarche clinique d'aller-vers*, et ce que M. Foucault a nommé le *biopouvoir*, qui s'est particulièrement développé dans la période hygiéniste à travers des mesures qui étaient à la fois des mesures préventives et des mesures de contrôle de la population. Ce n'est pas seulement l'intention des actions de santé mais aussi leur mise en œuvre pratique qui signe de façon irréductible cette différence.

2 - Qu'est-ce qu'aller-vers ?

Une démarche

05 - Entre attention et intrusion.

L'aller-vers relève d'un projet adressé à des personnes chez lesquelles on identifie un besoin, mais qui ne sont pas nécessairement a priori demandeuses.

- Un projet adressé :

Il peut être d'emblée bienvenu ; mais ce n'est pas nécessairement le cas de toute démarche *d'aller-vers*. Le premier moment peut alors consister à ménager d'abord les conditions de *l'élaboration d'une demande*.

(ex des vaccinations contre la tuberculose au grand marais, et de la défiance de la communauté à l'égard des professionnels dont la venue était perçue comme une intrusion et un contrôle)

- D'autre part, un projet, ça se construit avec des objectifs, des moyens, des étapes...mais pas seulement : il ne suffit pas d'avoir décrit les objectifs et les moyens, si on n'a pas d'abord interrogé sa **finalité qui conditionne sa mise en mouvement possible**.

⁶ Par exemple, dans les campagnes contre le S.I.D.A menées en Afrique, on n'a pas tenu compte du fait que le modèle dualiste n'est pas universel ; ainsi, le sang renvoie dans de nombreux horizons culturels à une réalité inextricablement physiologique et spirituelle, et les messages délivrés ne signifient rien dans ce contexte, voir : C.Ginoux-Pouyau, C.Haxaire, « *Sang fort et remèdes pour « gbasser son gars : Représentations étiologiques du sida et prévention chez de jeunes Ivoiriens (femmes abidjaises et ruraux gouro) de 1990 à 1994* », in : *Le sida en Afrique*, Recherches en sciences de l'homme et de la société, coll. « sciences sociales et sida » ARNS-ORSTOM, Avril 1997 .

« système de savoir ainsi acquis-incohérent, inconsistant et clair seulement en partie – possède, pour les membres du groupe, l'apparence d'une cohérence, d'une consistance et d'une clarté suffisante pour donner à n'importe lequel d'entre eux une chance raisonnable de comprendre et d'être compris.[...] Chaque membre, né ou élevé au sein d'un groupe, accepte le schéma préfabriqué et standardisé du modèle culturel, que ses ancêtres, ses professeurs et les autorités lui ont transmis, comme un guide absolument valable pour toutes les situations qui se présentent habituellement dans le monde social. »

Pour les professionnels, la communauté d'appartenance ici, c'est aussi une équipe, qui réunit une communauté d'acteurs, comme le souligne Alain Mercuel, dans « *la construction d'un espace commun qui serait donc à mettre en place afin que chaque intervenant, sanitaire et social, y trouve le minimum de sécurité dans l'accomplissement de son travail de « professionnel », tout en apportant à la personne aidée une énergie suffisante et constructive.* »

On peut ajouter comme il le souligne que l'« aller vers » s'élargit aussi, « *par la création de nouveaux partenariats équilibrés mettant en exergue des actions de réciprocité avec les acteurs sociaux (logement, emploi, culture, services sociaux, droits de l'homme...)* ».

D'autre part, la démarche dite d'« aller vers » demeure, comme toute démarche soignante, une démarche clinique, qui met en œuvre les moments constitutifs de toute clinique, qu'il peut paraître important de revisiter au regard de la particularité de cette pratique.

La mise en œuvre des moments constitutifs de la clinique

07- La juste distance et la juste proximité :

Pour poursuivre le dialogue avec Alain Mercuel, il importe en effet, comme dans toute relation clinique, d'interroger la nature du lien social au patient.

« L'« aller vers » implique de trouver la bonne distance dans la relation ainsi créée ! Se tenir « ni trop loin », comme les théoriciens, « ni trop près », comme les « addicts » du sauvetage humanitaire. »

En miroir au « ni trop loin, ni trop proche », je proposerai l'idée suivant laquelle c'est en étant suffisamment proche, qu'on est suffisamment distant pour ne pas être invasif.

C'est en effet en entendant que l'autre a une logique comme moi, même si ce n'est pas la même, qu'il nomme les choses comme de mon côté je les nomme, même si c'est ce n'est pas avec les mêmes mots et en ne leur donnant pas le même sens, qu'on peut ménager les conditions pour *s'entendre*.

En ne traduisant pas systématiquement les mots de l'autre dans nos catégories.

Accéder au monde de l'autre, passe par le fait d'accéder aux mots qu'il pose sur ce monde, ce que Byron Good désigne en parlant de « réseaux sémantiques » : cet ensemble de références partagées dans l'appartenance à une communauté qui ne coïncident pas nécessairement avec celles dont je suis porteuse ou porteur.

A cela, il faut ajouter que l'agir clinique comporte plusieurs dimensions et s'exerce donc à plusieurs niveaux ce dont nous rendrons compte en nous référant à la triple dimension de l'agir mise en évidence par Aristote.

08- Technique, pratique et *poieisis* : les trois pôles de la clinique.

Ce qu'Aristote nomme la *Techne* consiste dans la mise en œuvre des moyens adéquats pour la réalisation d'un objectif.

De façon différente, la *Praxis* désigne l'action en tant qu'elle met en œuvre une relation, la bonne pratique (*eu-praxis*) étant celle qui s'accomplit elle-même. (une relation soignante est déjà en elle-même soignante).

Enfin, Aristote distingue une troisième dimension de l'agir qu'il désigne comme la *Poieisis* : l'action créatrice qui fait advenir quelque chose de nouveau qui n'existait pas encore. Elle s'accomplit donc dans le fait de construire un agir singulier pour une situation singulière, à la manière de ce qu'on pourrait évoquer comme un bricolage, pour reprendre l'expression de Jean Oury, répondant à une situation en quelque sorte toujours unique.

Il ne suffit donc pas qu'une intervention soit jugée nécessaire pour être bénéfique, comme c'est d'ailleurs toujours le cas dans la clinique au quotidien. Nous reviendrons donc pour conclure sur les moments cardinaux du soin, qui se rencontrent ici comme toujours.

3- Repenser les moments cardinaux du soin.

A l'écoute du patient.

Le premier moment cardinal pourrait être exprimé en disant qu'il s'agit de *comprendre ce qu'on ne s'explique pas* :

L'approche descriptive déterministe qui peut pour le professionnel fonder l'intime conviction de l'opportunité d'une démarche de soin, ne suffit ni à la fonder, ni à augurer de son bien-fondé de son issue favorable. La démarche de soin s'adressant à des patients, ne peut pas se passer de leur implication dans sa mise en œuvre.

Il ne suffit pas donc d'expliquer qu'un soin prodigué devrait être bénéfique, il importe encore de voir ce qui le conditionne et le rend possible. Cela suppose un travail de compréhension des obstacles que peut opposer le patient à cette intention, c'est-à-dire de prêter attention au sens du soin : la démarche dite *centrée patient* ne consiste pas seulement dans la connaissance descriptive de ses conditions de vie, ni de la bonne intention fondée sur l'effectif bienfait prévisible d'une action pour la santé. *Encore faut-il qu'elle soit possible, c'est-à-dire pensable.*

Cela suppose d'entendre les résistances et leur bien-fondé. (la non-observance : tant qu'on n'a pas compris les bonnes raisons de la (mauvaise) non-observance, on n'avance pas).

Entendre les mots de l'autre pour accéder à ses maux, mais également à l'ordre de ses priorités. Il s'agit aussi de trouver une langue commune : parfois par le biais d'un interprète, mais aussi, quand ce n'est pas nécessaire, en entendant ce que nous avons désigné avec Byron Good comme les réseaux sémantiques de l'autre, les mots ou les images qu'il pose sur ce que le professionnel nomme en termes médicaux ; enfin dans l'attention à ce qu'il nomme, en empruntant un mot à l'analyse herméneutique littéraire, les « *aspects subjonctifs* » (Jean Molino), les *peut-être*, les *hypothèses*, et les questionnements qui affleurent dans la parole que l'autre adresse en retour. Cela suppose enfin d'accéder à la façon dont celui auquel on s'adresse hiérarchise les choses, ce qui peut apparaître notamment dans son récit, et plus précisément, dans ce que nous nommerons, avec Paul Ricoeur, *la mise en intrigue*, qui organise l'histoire adressée au professionnel.

Une démarche *centrée-patient* dans l'*aller-vers*, cad une démarche clinique.

Quelles que soient les conditions dans lesquelles elle s'exerce, la pratique médicale ou soignante, met en œuvre une relation clinique : les démarches d'*aller-vers* ne font pas exception. On y retrouve

- **Le travail du lien**, dans lequel le médecin ou le soignant constitue un tiers entre le malade et la maladie, entre la personne et la santé. Si cela introduit une asymétrie dans la relation, elle ne peut être dépassée que par l'instauration d'un rapport de mutualité, dans lequel, pour reprendre les mots de Paul Ricoeur, « *chacun reconnaît l'autre en tant que ce qu'il est* », c'est-à-dire une personne.
- **Un travail de repossibilisation** pour reprendre le terme de Lazare Benaroyo, en écho à Georges Canguilhem. Le soin vise toujours à instaurer une nouvelle normativité : de nouvelles normes vitales qui ne peuvent s'arrimer qu'aux normes de vie du patient.
- **Un travail d'équipe** pour une prise en soin individuelle ou collective plus adaptée. Le travail d'équipe ne relève pas seulement d'une organisation, il est en soi *une institution, c'est-à-dire un cadre thérapeutique*. (c'est fondamentalement ce que nous a appris la psychiatrie institutionnelle, puis, plus récemment les consultations transculturelles...)

Pourquoi rappeler qu'il s'agit d'une démarche *centrée-patient* ? Selon M. Fulford, théoricien de la démarche « centrée patient »⁷, celle-ci doit d'abord être fondée sur le fait que le patient a ses propres valeurs, ce qui peut sembler relever de l'évidence. Qu'est-ce qui pourrait faire obstacle à la prise en considération des valeurs propres aux personnes auxquelles on s'adresse ? Nous avons rencontré à deux reprises des éléments qui peuvent déterminer de façon pernicieuse une approche qui pourrait compromettre cette nécessaire attention clinique à ce qui importe à l'autre dans sa vie.

D'abord, en vertu des démarches d'aller vers dans un système de santé, cad une institution politique. Or, comme cela nous est apparu, la frontière peut parfois être tenue, même en toute bonne intention, entre l'exercice d'un biopouvoir, et l'action pour la santé « centrée patient ».

*En second lieu, parce que la définition de la normalité peut se confondre aisément avec celle de la norme sociale si l'on n'y prend garde. Une autre illustration de ce risque résiderait notamment dans la désignation nosologique du normal et de l'anormal. Fulford, dans un récent article, rend compte de l'importance d'accéder aux valeurs du patient pour distinguer le normal du pathologique.*⁸

Enfin, dans le cadre de l'*aller-vers*, il me semble que ce qu'on appelle la démarche centrée patient doit être entendue à partir de la double mise en mouvement du projet qui se construit

⁷ Kenneth Willima Musgrave Fulford, Ed Peile, Heidi Carroll, traduit par Arnaud Plagnol, Bernard Pachoud, *La clinique fondée sur les valeurs - De la science aux personnes*, Doin Editions, coll. La personne en médecine, 2017

⁸ K. W. M. Fulford, L'histoire de Simon : une étude de clinique fondée sur les valeurs et de soin centré sur la personne, In : *PSN 2015/1 (Volume 13)*, pages 7 à 30

avec le patient au sein de toute clinique : une série d'étapes, si bien pensée soit-elle peut échouer, si elle ignore la temporalité dans laquelle elle peut s'inscrire.

Il n'y a aucun doute là-dessus :

La préservation ou la restauration de la santé, du *se-bien-porter* qui en latin se dit *valere*, ne peut pas faire l'impasse sur les valeurs de l'autre, c'est-à-dire sur ce que l'autre peut concevoir comme contribuant à son « *bien-être physique, mental et social* », pour reprendre la définition de la santé de l'OMS. C'est dans cette perspective qu'aller-vers, c'est partir de l'autre.