

« Développer l'auto-soin chez le patient »

Cynthia Fleury est professeure titulaire de la chaire Humanités et Santé au Conservatoire national des arts et métiers (Cnam). Elle est l'auteure, entre autres, des ouvrages suivants **Le soin est un humanisme*, éd. Gallimard, coll. Tracts. *La Fin du courage*, éd. Le livre de poche, coll. Biblio essai, et *Les Irremplaçables*, éd. Folio, coll. Essais.



Comment interpréter le fait que le Cnam abrite une chaire « Humanités et santé », dont vous êtes titulaire ?

Le Conservatoire a été créé par l'abbé Grégoire, après la Révolution française. C'est un enfant de la République naissante, des Lumières, de la démocratie, du savoir. C'est l'idée, constitutive de la Renaissance, d'un humanisme scientifique, au sens où le Conservatoire rassemble les machines, la technique, le progrès et, bien sûr, acte la dialectique essentielle entre l'humanisme et l'ingénierie. Science et conscience, aurait dit Rabelais, Homme de Vitruve selon Léonard... L'ignorance étant alors la base de toutes les inégalités.

Les « arts et métiers » n'ont-ils pas cédé le pas à la science et aux techniques ?

Le XX^e siècle a été ce siècle de déclasserment d'une certaine idée trop philosophique de la science. Bien sûr, nos progrès sont directement venus de la technisation de la science, mais la technoscience a ses dérives, et l'Histoire a considéré à juste titre que Hiroshima et Auschwitz ont représenté un apogée de la faillite des Lumières, une sorte de catastrophe de la raison. L'idéal

révolutionnaire des « arts et métiers » est très différent car il considère que la science est un bien public à partager dont il faut consolider l'appropriation sociale. Aujourd'hui, l'ultra-spécialisation est nécessaire mais non-suffisante pour comprendre la complexité des enjeux. Mais celle-ci continue d'organiser l'évaluation des chercheurs, et l'on continue à scinder les sciences humaines et sociales des « sciences ».

C'est ainsi que nous avons souvent des universitaires dépourvus d'expérience clinique...

La place de la clinique est essentielle en médecine. En tant qu'analyste, c'est la matière même de la cure. Écouter le patient, sa verbalisation, ses silences, interpréter les manifestations de l'inconscient, travailler à produire une sublimation des pulsions mortifères, etc. Mais prenons un autre exemple. À la chaire Humanités et Santé du Conservatoire, nous travaillons avec tous les soignants et les patients pour penser des solutions nouvelles, des prototypes, repenser les parcours de soin et, bien sûr, valoriser l'expérience subjective et holistique de la maladie. Et tout cela nous invite aussi à repenser nos pratiques, nos va-

Le grand entretien

leurs, nos protocoles de soin. Nous allons, par exemple, au GHU Paris Psychiatrie et Neurosciences faire un grand travail en commun autour de la contention et des chambres d'isolement.

Du coup, quel rôle attribuez-vous à votre chaire au Cnam? On pourrait d'ailleurs aussi poser la même question à propos d'une société de formation comme la SOP...

La chaire, à la différence d'un Ordre qui va davantage s'occuper de la déontologie des pratiques, joue un rôle, comme les sociétés savantes, de recherche, d'enseignement, de rénovation et d'interrogation des pratiques et des valeurs. Un lieu d'échange. Je voulais qu'elle soit une sorte d'abbaye de Thélème, où chaque professeur, chercheur, doctorant, patient, citoyen, intéressé par les communs scientifiques en matière de soin, puisse se retrouver et partager ses désirs, ses savoirs, ses expertises. C'est un lieu de travail pour les pairs, mais aussi d'extension de ce cercle des pairs, avec une volonté aussi de faire du plaidoyer en direction des politiques publiques de santé et de recherche, si nécessaire.

La définition de la santé par l'OMS inclut le bien-être social. Ça n'est pas un peu trop extensif?

Le bien-être social ne relève pas directement du champ de la médecine, mais il appartient définitivement au champ du soin. La médecine est l'une des façons de faire du soin. Mais le soin est beaucoup plus global, holistique. Par exemple, l'oncologue va traiter la tumeur, mais il ne va pas traiter le cancer jusqu'au rétablissement. Une fois terminée la chimiothérapie, il est fréquent que le patient bascule dans la dépression. Dans les deux ans qui suivent l'annonce d'une rémission, un tiers des patients perdent leur travail. Cette « clinique du rétablissement » est complémentaire de la médecine. Le tournant épidémiologique des dernières années (de l'infectieux au chronique) nous oblige à repenser la « pédagogie de la guérison » pour citer Canguilhem. J'ajouterais d'ailleurs une autre dimension, qui n'a pas été posée par l'OMS, celle du bien-être environnemental.

La médecine a toujours soigné tous les maux de son époque, ainsi en est-il du burn-out...

La révolution industrielle et des services sont inséparables du taylorisme, soit l'ultra-division du travail, qui touche désormais tous les métiers. Dans le monde de la santé, les professionnels nous alertent aujourd'hui sur les dérives d'un jusqu'au-boutisme

tayloriste qui met en danger les équipes soignantes et les patients. La crise de grande ampleur qui touche l'Hôpital témoigne de cela. Il faut donc rétro-pédaler sur cette dynamique de réification, et amender notamment cette tarification à l'activité. Par ailleurs, oui, les patients demandent tout : hyperspécialisation et non-spécialisation. J'imagine qu'il en est de même pour un dentiste. Le patient arrive pour un symptôme précis mais à partir de là, se développe une sémiologie : le patient va se confier sur d'autres éléments que ceux pour lesquels il consulte parce qu'il est en confiance. Derrière le spécialiste, il y a toujours un petit généraliste qui ne s'ignore pas longtemps, car il se fait « récupérer » rapidement par le patient.

Cela débouche sur l'aspect du consentement éclairé et les alternatives thérapeutiques...

Permettre un consentement éclairé est une chose difficile et déterminante, loin d'être aisée, car il n'y a pas toujours de vraies alternatives à tel ou tel traitement. Mais c'est là un enjeu éthique pour le praticien : permettre au patient d'évaluer des scénarii, et d'avoir une approche « capacitaire » de ceux-ci, c'est-à-dire de voir comment ces scénarii augmentent qualitativement ses choix de vie.

Quelles sont les voies d'amélioration de la qualité du soin?

Améliorer la qualité du soin est la base de notre investissement. Cela passe par le colloque singulier, le temps du diagnostic partagé, la vérification que le diagnostic est réellement compris et accepté en termes d'observance. Trouver avec le patient le juste parcours de soins en lui facilitant l'accès à tels spécialistes, amenuiser la douleur, trouver les moyens d'améliorer son confort pour qu'il puisse dédier son énergie à se soigner. En somme, développer chez lui l'auto-soin, le fait qu'il soit agent de son soin, et ce de façon continue.

Quelle est selon vous la place de l'éducation thérapeutique du patient en dentisterie?

Dans votre discipline, l'ETP et la prévention sont très importants, et ce dès le plus jeune âge, dans l'entretiens thérapeutique, quand le patient n'est pas dans le cabinet dentaire. Le soin d'hygiène dentaire est un geste quotidien, déterminant, et souvent mal fait par le patient. Il y a beaucoup de contournements pour des problèmes financiers ou parce que les problèmes dentaires vont être à tort sous-estimés.

Propos recueillis par Marc Roché