



Articles publiés
sous la direction de

FRIEDRICH STIEFEL

Chef de service

Service de
psychiatrie de liaison

Département de
psychiatrie, Centre
hospitalier
universitaire vaudois
Lausanne

GUIDO BONDOLFI

Médecine-chef de
service

Service de
psychiatrie de liaison
et d'intervention de
crise

Département de
psychiatrie, Hôpitaux
universitaires de
Genève, Genève

Who cares?

Pr FRIEDRICH STIEFEL

Rev Med Suisse 2022; 18: 259 | DOI : 10.53738/REVMED.2022.18.769.259

Selon le philosophe Jean-Philippe Pierron, la médecine a deux missions: l'une s'oriente vers la connaissance, l'identification et le traitement des maladies, l'autre vers la reconnaissance de celui ou celle qui est malade et que la maladie rend parfois méconnaissable.¹ La médecine de la connaissance s'appuie sur l'objectivation scientifique et opère généralement selon un principe de standardisation et de réglementation. La médecine de la reconnaissance se fonde, elle, sur la subjectivité et se déploie dans l'improvisation, la créativité et l'expérimentation. Elle permet de rencontrer l'autre, de s'en occuper et de le considérer dans sa singularité. Longtemps dans l'ombre, cette mission de la médecine consistant en la reconnaissance de l'être humain malade tend lentement à en sortir. Cette mission est en effet au cœur du concept de «care». Les études et les théories du care ont émergé dans les soins infirmiers d'abord, pour être reprises ensuite en sociologie, en anthropologie, en philosophie et en éthique.² Ce terme générique de care renvoie tout à la fois à des qualités comme l'attention pour autrui, le souci de l'autre, le soin ou la sollicitude et à l'action de soigner.

La psychiatrie de liaison, par son activité de consultation, offre aux patient-es en soins somatiques qui présentent des difficultés sur le plan psychique une prise en charge psychiatrique et psychothérapeutique. Cette activité de consultation a été largement décrite et étudiée. Elle est désormais reconnue bénéfique et remboursée par les caisses-maladie. Par contre, l'activité de liaison fondée sur le care des clinicien-nes est à la fois moins développée et sous-explorée. Elle reste dès lors peu théorisée et enseignée et ne bénéficie pas de financement qui lui serait spécifiquement dédié. Une des raisons pouvant expliquer cette situation «en marge» est le fait qu'on tend à oublier que les clinicien-nes sont, de la même manière que les patient-es, impliqué-es à part entière dans les soins prodigués. Elles et ils se trouvent de fait confronté-es au quotidien non seulement à une souffrance qui les affecte, les épuise parfois, voire les traumatise, mais encore à toutes sortes de forces agissant sur le champ de leur pratique, qu'elles soient d'ordre économiques, institutionnelles, médiatiques ou techniques, par exemple.³

Puisqu'il est impossible pour les clinicien-nes de s'extraire des forces qui traversent le champ de la médecine, le travail de liaison ou le care vise dès lors à les soutenir en leur donnant la possibilité d'exprimer ce qui les préoccupe, de le partager et d'encourager par là même un processus réflexif s'appuyant sur l'accès aux mondes interne et externe en termes expérientiel, affectif, cognitif et fantasmatique.⁴ Cela doit leur permettre de mieux se situer dans le contexte qui est le leur et de développer une véritable capacité d'agir (agentivité). Pour le dire autrement, il s'agit pour les clinicien-nes d'être en mesure

de faire quelque chose avec ce qui leur est fait.⁵ La liaison se décline sous des formes variées comme le débriefing, l'enseignement à la relation soignant-soigné, la supervision individuelle et collective ou encore des dispositifs comme les groupes Balint ou Osler.⁶ Elle peut inclure également des interventions plus globales comme la PENbank⁷ –

une infrastructure servant à recueillir, conserver, visibiliser et explorer l'expérience vécue des médecins – dont on retrace le développement dans ce numéro de la *Revue Médicale Suisse*. De manière complémentaire, deux autres articles donnent à voir différents aspects de notre travail de liaison auprès des collèges œuvrant dans les soins somatiques.

Pour saisir les préoccupations des clinicien-nes et répondre à leurs besoins au travers de la liaison, il importe d'envisager une approche large et multidimensionnelle de la médecine et de celles et ceux qui la pratiquent. Il faut que cette approche considère les dimensions psychologiques, anthropologiques, socio-historiques et philosophiques de la pratique médicale. Elle doit s'ancrer tout à la fois dans les sciences humaines et sociales, dans la psychiatrie-psychothérapie et dans le champ de la médecine. Le travail de liaison témoigne de l'attention portée aux soigné-es, «pris en soin», comme à celles et ceux qui soignent. Il s'inscrit dans les efforts de reconnaissance de l'importance du bien-être des professionnel-les de la santé et de la qualité de la rencontre clinique, qui dépend aussi du care des clinicien-nes.

**LES CLINICIEN-NES
SE TROUVENT
CONFRONTÉS À
TOUTES SORTES
DE FORCES
AGISSANT SUR LE
CHAMP DE LEUR
PRATIQUE**

Bibliographie

- 1 – Pierron JP. Les institutions hospitalières: des institutions de la reconnaissance ? Revue d'Éthique et de Théologie Morale 2014;281:149-64.
- 2 – Mol A, Moser I, Pols J. Care: putting practice into theory. In Care in Practice: On Tinkering in Clinics, Homes and Farms. Bielefeld : Transcript Verlag, 2010;7-25.
- 3 – Bourquin C, Saraga M, Marion-Veyron R, Stiefel F. Le médecin au centre: pour une approche de l'expérience vécue. Rev Med Suisse 2016;12:293-5.
- 4 – Stiefel F, Michaud L, Saraga M, Bourquin C. Le médecin, sa clinique et l'institution: s'adapter ou se situer ? Rev Med Suisse 2021;17:289-92.
- 5 – Sartre JP. L'existentialisme est un humanisme. Paris: Nagel, 1946.
- 6 – Boudreau JD, Cassell EJ, Fuks A. Physicianship and the Rebirth of Medical Education. Oxford: Oxford University Press, 2018.
- 7 – PENbank, recueillir, conserver, visibiliser, explorer. Disponible sur: <https://penbankchuv.ch>