

Introduction colloque clinique de l'incertitude

Si le concept de « clinique de l'incertitude » est novateur, les problèmes afférents à l'incertitude dans la pratique clinique ne sont pas nouveaux. L'incertitude est pourtant peu identifiée, insuffisamment prise en compte. Elle dérange, et elle est de fait le plus souvent évincée dans les pratiques, avec toutes les conséquences néfastes que cela comporte, notamment les difficultés de communication qui affectent lourdement la qualité des soins.

Définir une clinique de l'incertitude nous est apparu tout à fait essentiel à un moment où la pression de la rentabilité éclipse le soin et la prise en compte des questions humaines qu'il pose, alors que l'incitation à des pratiques normées et protocolaires laissent peu de place aux situations singulières et subjectives. Notons bien aussi que la reconnaissance des savoirs profanes des patients est appelée à grandir encore et nous confronte à évolution des relations soignant/soigné qui modifie le rapport au Savoir.

Passer du savoir statistique, à l'information donnée dans des relations personnalisées, en fonction de la situation d'une personne reste une des plus grande difficulté de la pratique médicale. Marie Menoret ici présente pour cette journée comme « grand témoin » a particulièrement étudié cette question, et elle ne manquera pas nous l'espérons, de nous faire profiter de son expertise.

C'est sur la base de ces constats que nous avons décidé d'organiser une journée de colloque en Mars 2011 sur le thème clinique de l'incertitude.

Résumé du colloque 2011

Nous avons exploré les effets de l'incertitude sur les personnes malades comme sur les professionnels. Nous nous étions interrogés sur les modalités relationnelles du soin alors que « l'on ne sait pas tout », et nous avons choisi pour cela de croiser des regards. La réflexion avait ainsi eu lieu autour de trois sociétés savantes que sont la SFETD, la SFAP et l'AFSOS. La SFPO qui est aujourd'hui associée à ces trois premières sociétés porteuses du colloque, avait déjà participé à la journée.

Ce qui était ressorti de cette journée :

Un regard philosophique sur le sujet en début de journée avait été l'occasion de rappeler combien la notion d'incertitude est un thème philosophique par excellence. L'acquisition des savoirs en médecine réduit les zones d'ignorance. Cependant, bien que les progrès thérapeutiques aient repoussé les limites de la connaissance, de nombreuses incertitudes demeurent, voire de nouvelles émergent. Il est souvent difficile d'y consentir, surtout dans une société où le niveau d'exigence augmente, et où les échecs thérapeutiques sont mal supportés. Joël Ceccaldi rappelait que, si la médecine relève d'un savoir qui ne se discute pas, elle connaît cependant un autre

versant soumis aux doutes. La science ne suffit pas au clinicien. Avec nos philosophes (Catherine Perrotin et Bruno Marie Duffé), il indiquait combien il était nécessaire et possible de sortir de l'infamale dyade certitude/incertitude par une triade : certitude/incertitude/confiance. Confiance entre le patient et son médecin qui dépend de la loyauté de la proposition thérapeutique et introduit une zone d'ouverture permettant d'imaginer un « devenir ».

Lors d'une session dédiée à l'incertitude du côté des patients, Pascale Thibault qui s'étonnait que le sujet ne soit pas traité dans la littérature infirmière, indiquait aussi combien l'information, même si elle comporte des incertitudes, contribue au processus d'adaptation des personnes malades et de leurs proches, nécessitant une continuité et un réajustement dans le temps. Nous avons évoqué dans cette session, la variation du rapport à l'incertitude des personnes malades en fonction des différentes phases de la maladie aussi, et la nécessité de respecter le désir des patients et proches de rester dans l'incertitude parfois, ou de laisser aux personnes la liberté de vivre en étant gouverné par différentes certitudes même si nous ne les partageons pas.

La session suivante dédiée aux intervenants soulignait combien chaque rencontre de personne malade questionnait les certitudes soignantes, et combien les incertitudes des patients et leurs questionnements entraînaient souvent des difficultés de communication entre les intervenants. Nous avons distingué, conformément aux travaux de Renée Fox, l'incertitude relative aux limites de connaissance des professionnels, et celle résultant des limites de la science médicale. Cette session avait mis en avant les différentes stratégies des uns et des autres pour faire face à l'incertitude et aux questionnements des patients, stratégies individuelles, et collectives. Était apparu du côté individuel : la nécessaire humilité des professionnels, leur meilleure connaissance d'eux-mêmes et de leurs motivations à soigner, ainsi que l'acceptation de leur vulnérabilité. L'interdisciplinarité nous était elle apparue comme un mode de fonctionnement collectif indispensable à compléter les stratégies individuelles, pour nommer les incertitudes, les partager, et construire des réponses adéquates.

Au final nous en sommes arrivés à dire que, « plus il y a d'incertitudes », plus nous sommes contraints de nous appuyer sur l'interdisciplinarité. L'exemple nous a d'ailleurs été donné par des domaines de la médecine traitant de maladies particulièrement complexes liées à de hauts degrés d'incertitude (SLA, SEP, Oncologie, neurologie, maladies rares...), ou par les soins palliatifs, qui ont depuis longtemps intégré ces aspects dans leur pratique. Il est clair aujourd'hui que ces aspects ne doivent être réservés aux soins palliatifs. Ils devraient être intégrés à la médecine de toute spécialité.

Esquisse d'une clinique de l'incertitude

A travers ces premières discussions, et forts du travail collectif effectué autour du livre « Du soin à la personne », nous pouvons aujourd'hui affirmer « l'utilité clinique

de l'incertitude » (selon une expression de Cécile Rousseau), et commencer à esquisser quelques éléments définissant une clinique de l'incertitude.

Qu'étudie-t-elle ?

La « clinique de l'incertitude » est une clinique qui relève des manifestations de l'incertitude (des patients, proches et professionnels), et des modes de réaction à l'incertitude. Elle étudie les modes de réaction à l'incertitude, pour les patients, les proches et les professionnels, et s'intéresse à leur vie psychique, ainsi qu'aux interactions de ces différents interlocuteurs.

Comment ?

Il s'agit donc d'appréhender l'incertitude à travers un système de relation fondé sur l'observation traitant des patients et proches, comme des professionnels. Cette démarche est donc basée sur l'approche impliquée et subjective de ces interlocuteurs. Par ailleurs, elle intègre nécessairement la diversité des disciplines et professions qui sont concernées par ce thème : sociologie, anthropologie, philosophie, médecine, psychologie, ...

Pour quoi faire ?

Elle conduit à se construire une posture particulière qui permet à un professionnel d'élaborer des connaissances à partir de situations spécifiques dans lesquelles il est impliqué, et d'ajuster sa pratique. En ce sens, son développement constitue une ressource pour la pratique clinique, qui permet la compréhension et la transformation des situations liées au soin. Notre objectif est de montrer qu'il existe des conditions et des approches favorables pour appréhender l'incertitude, ayant pour effet certain de rassurer et de diminuer l'angoisse qui lui est souvent afférente. L'enjeu étant de **transformer le regard négatif** qui est souvent associé à l'incertitude, transformation indispensable pour la prendre en compte.

En effet, le précédent colloque et le livre témoignent à quel point le fait d'appréhender justement l'incertitude est un enjeu pour nos pratiques, une ressource pour la pratique clinique. Il y a non seulement un danger éthique à ne pas reconnaître l'incertitude, mais surtout, une vraie source d'amélioration de la qualité des soins dans le fait de mieux connaître et identifier ses effets, et de s'attacher à la prendre en compte dans la clinique.

Nos observations essentielles à ce jour pour développer une pratique clinique de l'incertitude, en 4 points

1- RECONNAITRE ET NOMMER L'INCERTITUDE

La première nécessité est de nommer et reconnaître la réalité de l'incertitude dans la pratique médicale, de s'autoriser à l'évoquer en considérant cette démarche comme une compétence.

Ce qui requiert, à l'évidence pour les professionnels, de disposer et/ou créer de bonnes conditions pour favoriser un sentiment de sécurité et une relation de confiance.

Du côté des professionnels, outre la dynamique personnelle, ce sont les conditions de travail, la liberté de la parole et sa prise en compte qui y participent. Sachant que l'enracinement trouvé par les professionnels dans ces circonstances adéquates constitue une enveloppe contenant pour le patient et un appui pour qu'il éprouve une « continuité d'être » souvent interrompue par trop d'incertitude.

Du côté des patients et de leurs proches, c'est l'assurance d'un cadre de prise en charge solide constitué par la présence et la « garantie de soutien et de non abandon » des professionnels qui fonde l'essentiel de ces conditions.

2- ASPECTS RELATIONNELS REQUIS ET POSTURE SOIGNANTE ADEQUATE

a- L'intégration de l'incertitude dans la clinique apparaît corrélée à des aspects relationnels particuliers dans le cadre du lien soignant/soigné. S'il est clair que le fait d'identifier plus précisément les problèmes des patients causés par l'incertitude contribue fortement à créer une relation plus forte, rassurante et personnalisée, il s'agit entre autre de permettre au patient de se resituer dans une temporalité ouverte et interactive, loin des fixités induites par les peurs. A ce titre, le développement des approches et attitudes qui renforcent le sentiment d'existence de la personne malade est indispensable, ce qui nécessite une relation égalitaire, solidaire, humaine¹.

b- Ces aspects relationnels que nous venons de décrire sont associés à une posture particulière qui relève :

- du développement d'une approche « centrée sur la personne » au sens de Rogers.

Pour cela, les professionnels doivent être à même de parier sur les ressources du patient, ressources souvent paralysées, ou invisibles dans les moments de bouleversement, et parfois même inconnues du patient lui-même. Il y a donc une nécessité de soigner la qualité du lien avec l'autre, car en situation de peurs, ces ressources ne deviendront accessibles que s'il existe un accueil véritable des patients par les professionnels, condition première d'une relation authentique.

Notons bien qu'il apparaît impossible que les professionnels adoptent cette ouverture relationnelle sans avoir la conviction intime de pouvoir aider les personnes malades et leurs proches en dehors des thérapeutiques, et, malgré l'incertitude. Cela dépend avant tout de leur représentation du rôle de soignant et de leur propre acceptation de l'incertitude certes.

¹ Cf. H. Brocq, chapitre 16.

- d'une remise en question des savoirs dominants

« Les professionnels sont experts de la maladie, et les patients experts de leur vie »². Par ailleurs, l'énoncé des incertitudes est clairement en rapport direct avec la remise en question des savoirs dominants, et l'acceptation de la parole des personnes malades, de leur savoir profane. C'est une condition essentielle de l'intégration des patients à la réflexion au sujet de leur prise en charge et de leur parcours de soin.

La remise en question de savoirs dominants qui relance toujours un travail de pensée³, est nécessaire pour faire face à une évolution constante des contextes et données. Elle évite la fixité qui n'est pas conforme au mouvement perpétuel de la vie. Elle suppose d'accepter de perdre l'habitude « d'énoncer un discours de vérité sur l'autre à partir d'une position d'expertise. » (cf C.Rousseau) et permet à ce titre de préserver une place pour le sujet.

Nous verrons avec l'intervention de Marie Rose Moro que la clinique transculturelle met en évidence « la relativité sociale et culturelle du cadre de référence de la science. » Cette clinique permet de la décentration par rapport à ses propres savoirs, et réserve un espace accordé au savoir des autres. l'acceptation de la parole des personnes malades et

- Ajoutons encore à cela une conception philosophique de vie adaptée⁴, où la mort peut être considérée comme un destin, et non comme un résultat de l'arrêt des traitements ou de l'insuffisance de la science ou des soignants.

3- UNE AFFAIRE DE DIALECTIQUE

Plus que d'entretenir un simple débat entre une vision négative de l'incertitude aux effets paralysants et une vision positive aux vertus stimulantes et créatives, il semble que la question de l'incertitude en clinique soit une affaire de dialectique. Par exemple, l'on notera que, même lorsqu'elle est particulièrement intense et focalise l'attention, l'incertitude n'est jamais seule : elle coexiste avec des zones de certitude aussi. La relation soignant/soigné et entre professionnels, permet de réintroduire de la dialectique entre ces zones et de la mobilité dans ce qui s'était fixé. On recherche un équilibre entre les « zones fixes » (de certitude) et les « zones de mouvance » (incertitude) et une bonne dialectique entre ces zones.

L'alliance est nécessaire pour le clinicien entre le connu et l'inconnu.

4- L'INTERDISCIPLINARITE

² Cf. F. Goldwasser, chapitre 12.

³ - Cf Rousseau C, Incertitude et clinique transculturelle, *Evol Psychiatr* 2002 ; 67 / 764-74

⁴ Cf. le texte de Pascale Vinant chapitre 15.

Ouvrant à un chemin d'interrogations multiples, les aspects incertains rencontrés en clinique ne peuvent se dépasser qu'en acceptant cette dynamique de questionnement, en observant la discussion qui s'engage en soi, avec les autres, à l'intérieur d'une discipline, d'une discipline à l'autre, en examinant toutes les positions distinctes possibles, y compris les opposés, en confrontant, en se laissant traverser par la multiplicité de ce qui est en mouvement, pour élaborer une posture singulière et entièrement adaptée à la situation. Les contributions du colloque de 2011 et du livre « Du soin à la personne » ont valorisé à cet égard les approches interdisciplinaires et transversales comme incontournables pour appréhender la complexité liée aux situations d'incertitude.

Ces quatre dimensions (reconnaître et nommer l'incertitude, une posture relationnelle adéquate, un travail de dialectique, et l'interdisciplinarité) sont nécessaires pour que l'incertitude soit intégrée au cœur des pratiques, et définir une « clinique de l'incertitude ».

CONCLUSION

« L'utilité clinique de l'incertitude » est fondamentale. Nous devons l'affirmer, la faire valoir, et promouvoir « compétence à l'incertitude ».

Pour cela, il y a lieu de développer des perspectives pour une amélioration et un changement des pratiques

Les réflexions soulevées par la clinique de l'incertitude, nous engagent à progresser à la fois dans la compréhension des savoirs profanes, dans l'analyse des pratiques professionnelles et des relations entre les soignants et les soignés ainsi que dans l'étude des pratiques institutionnelles et des politiques de santé.

1- Des approches managériales et organisationnelles adaptées

Il apparaît que les approches organisationnelles et managériales ont un rôle à jouer pour soutenir l'intégration de l'incertitude au cœur des soins. Pour être adaptées, elles doivent favoriser le dialogue, l'interdisciplinarité et la démarche participative (cf AFSOS / Ph.Colombat). L'engagement et le soutien institutionnels sont un plus qui peut s'avérer particulièrement dynamisant et aidant pour soutenir une clinique de l'incertitude qui a bien besoin d'appuis.

2- Changements dans l'accompagnement et la formation des médecins et soignants

Il s'agit d'accompagner les professionnels vers une « compétence à l'incertitude »⁵, l'enjeu étant de les aider à « savoir, tout en ne sachant pas tout, et en sachant se déprendre du savoir ». La formation doit manifestement évoluer, modifier ses logiques, pédagogies et contenus pour préparer à cela, s'ouvrir de manière large et conséquente aux sciences humaines. Ces formations doivent être prolongées sur le terrain par l'organisation d'espaces de débat et d'expression de la subjectivité des professionnels, de groupes d'analyse des pratiques, d'échanges d'expérience...

⁵ Selon l'expression utilisée chapitre 2.

3- Un changement de paradigme de la médecine ?

Il est évident que la définition d'une clinique de l'incertitude engage à des changements de paradigme de la médecine qui, de « techno scientifique » devrait apparaître plus humaine, plus humble et solidaire. Il s'agit en cela de sentir qu'au-delà de nos statuts et fonctions différentes, nous partageons la même condition humaine de mortels, que nous sommes ainsi « frères et sœurs en humanité » selon l'expression d'Edgar Morin, engagés dans une dimension de reliance entre les êtres (ce qui doit être applicable entre professionnels, entre patients et soignants). Cette médecine en évolution devrait nécessairement être porteuse d'un autre rapport à l'espoir, avec la notion de « possible encore invisible » selon la formule d'Edgar Morin. L'espoir de « quelque chose de beau », l'espoir d'être soi et toute circonstance, d'être en devenir jusqu'au bout, même si l'on ne peut imaginer encore quelle forme cela prendra.

Enfin et surtout, il semble qu'elle doive réfléchir aux notions de temporalité et de risque. Car, plus la médecine incarnera le souci social de l'avenir et du « risque », plus elle se trouvera confrontée au fait de devoir développer l'anticipation, et plus le risque deviendra le moteur de nos actions, plus il va falloir être capable de s'intéresser à ce que l'on ne connaît pas et réfléchir à la manière de l'intégrer.

Car, en se tournant autant vers le futur, le regard devient plus analytique, plus rationnel, laissant de côté les sensations, appelant une fuite dans l'action, des garanties. En cherchant ainsi à toujours anticiper l'avenir, le présent disparaît souvent, et la centration sur le risque augmente la nécessité de développer des éléments de sécurisation qui concernent plus demain que le présent. Les éléments de sécurisation qui relèvent du ressenti de l'attitude juste pour le présent ne sont pas développés et font défaut.

Finalement, cherche-t-on dans la pratique médicale, à anticiper l'avenir, à prédire plus et mieux ? Où cherche-t-on à calmer les angoisses par rapport à l'inconnu ? Préciser cette interrogation est essentiel, car il ne s'agit pas des mêmes objectifs, et ils ne relèvent pas des mêmes démarches.

La médecine va sans doute être confrontée au fait de savoir si elle accepte que quelque chose d'essentiel lui échappe, et échappe au sujet lui-même ?