

**L**e patient idéal ? Un patient beau, jeune et en bonne santé ? Pas tout à fait. On lui concède quand même le droit d'être malade, mais pourvu qu'il soit sympa, compliant et qu'il paye. S'il est un enfant, il doit être « adorable », s'il est âgé, il devra être « touchant ». Tous doivent avoir un regard qui suscite la compassion et nous donner du plaisir à les soigner. Le patient idéal, c'est aussi, en fonction de la spécialité du professionnel, le « beau cas », celui qui fait sortir de la routine, et qui permet d'accomplir des prouesses, celles-là que l'on exposera à ses collègues lors de colloques internationaux. Le patient idéal, c'est enfin le cas atypique mais qui deviendra « la bonne blague » ou « l'anecdote croustillante » à raconter lors des fêtes un peu trop arrosées, nous permettant ainsi de briller en société.

Et les autres ? Au mieux, on a rien à en dire, au pire, on ne peut pas les « sentir ». Ils se répartissent en effet entre ceux – le plus grand nombre – pour qui nous n'avons aucun désir, aucun plaisir particulier (avec eux, on passe au patient suivant avec une facilité déconcertante), et ceux pour qui nous éprouvons de la répulsion, voire de la haine ou de la peur : ils sont violents, ils refusent de payer, ils ne comprennent pas ce qu'on leur explique, ils sentent mauvais, ils ne guérissent pas, ils reviennent chaque jour à la consultation, etc.

Cette diversité de situations nous rappelle que le patient indésirable n'est pas identifiable à une pathologie particulière ou à un profil singulier, – les alcooliques par exemple. Il n'y a pas de défauts qui feraient l'unanimité contre eux parce qu'ils seraient objectivement inacceptables. Pour reprendre le cas cité, il se rencontre des médecins qui apprécient de soigner des alcooliques ou, autre exemple, de grands criminels (même s'ils n'approuvent pas, par ailleurs, leurs crimes). Ce simple constat confirme qu'un patient n'est jamais indésirable par lui-même, il l'est toujours pour quelqu'un, nous en l'occurrence. On ne dit rien d'autre lorsqu'on constate que le patient indésirable, c'est celui qui ne répond pas à nos attentes, à nos projections, celui qui va au delà de ce que nous sommes capables de supporter, celui qui grippe les rouages de la « grande machine » qu'est l'institution pour laquelle nous travaillons, nous mettant parfois en porte à faux par rapport à nous-mêmes, à nos collègues ou notre direction, quand ce n'est pas par rapport à la loi. Le caractère indésirable de ce patient-là dépendra donc moins d'une caractéristique universellement et objectivement insupportable, que de notre incapacité personnelle, ou institutionnelle, à pouvoir l'assumer, et qui varie d'un individu à l'autre, d'une institution à l'autre. Or, pour ces patients qui nous empêchent de croire que la médecine est le plus beau métier du monde, les conséquences concrètes sont redoutables : c'est la stigmatisation (on songe aux listes des patients dangereux ou mauvais payeurs) et finalement l'exclusion.

Quelles perspectives peut-on ouvrir d'un point de vue éthique ? On doit tout d'abord écarter une voie qui ne serait que l'aboutissement de la logique de l'exclusion. Ils s'agirait de prendre conscience de nos projections et exigences coupables à l'égard du patient, de telle sorte qu'on redevienne disponible pour accueillir chaque patient tel qu'il est. On mettra en avant le respect de l'altérité – noble valeur s'il en est – pour justifier pareille disposition. Pourtant, cette attitude soi-disant éthique aura en vérité achevé le processus d'exclusion du patient indésirable puisqu'elle consiste à éradiquer ce dernier, ni plus ni moins : du point de vue de cette « éthique » là, en effet, il n'y a plus – il ne doit plus y avoir – de différence qui dérange, ou plus exactement, la différence que l'on revendique est une différence merveilleuse, forcément enrichissante, et donc désirable. Celui qui ne pourrait convertir son regard en ce

sens deviendrait inévitablement un professionnel particulièrement...indésirable. Mais aussi, elle aura réussi ce tour de force qui consiste à restaurer le professionnel dans sa position de toute-puissance : désormais, armés de bonnes résolutions éthiques, il est devenu assez fort pour tout supporter de la part de ses patients.

Si l'accueil du patient reste évidemment une valeur importante et non négociable, il ne peut néanmoins être revendiqué au prix d'un double mensonge : celui qui consiste à nous faire croire d'une part que tout patient est, en définitive, « désirable », et d'autre part, que nous devrions être capables de tout supporter. Nous ne sommes pas tout puissants, raison pour laquelle nous sommes dans l'incapacité d'accueillir tous les patients d'une âme égale.

En vérité, l'approche éthique ne peut pas consister à nous enfermer dans une illusoire toute puissance. Certains diront qu'il s'agit là d'un simple idéal régulateur qui doit guider l'action, sans plus. Mais par définition, un tel idéal impose à chacun d'entre nous une tâche impossible, l'exposant finalement à la culpabilité quand ce n'est pas au ressentiment ou à l'épuisement. Dans un premier temps, l'éthique, nous semble-t-il, vise plutôt à reconnaître – et non à fuir – notre impuissance à tout supporter, impuissance que révèlent de façon parfois violente ces patients que nous n'arrivons pas à trouver aimables. Certes on peut faire des efforts. Il suffit parfois d'apprendre à connaître les personnes, à les apprivoiser en quelque sorte, pour dépasser nos peurs initiales. La communication non violente ou un travail sur soi peuvent nous aider à changer bien des choses. Mais infailliblement, nous avons tous un seuil de tolérance qui nous est personnel, au delà duquel nous nous sentons en danger. Contre l'idéologie de la performance et de la rentabilité qui sévit dans les institutions de soins comme partout ailleurs, il nous faut d'abord apprendre à accueillir nos limites. L'humanisation des soins passe par là. Ensuite, tenant compte de cette réalité inévitable, la démarche éthique abordera la seule question qui compte, à savoir non pas comment rendre le patient désirable (question qui est à l'origine de bien des violences), mais comment articuler les limites qui sont les nôtres avec ce devoir, que nous disions non négociable, d'accueillir chaque patient ? Autrement dit, comment rendre concrètement les soins possibles, en tenant compte du fait que tout patient n'est décidément pas désirable, et qu'en tout cas, nous ne pouvons pas tout ?

C'est à répondre à cette question, là où nous travaillons, et en évitant les écueils que nous avons dénoncés, que nous invitent les différents articles qui composent ce numéro d'*Ethica Clinica*.

Jean-Michel Longneaux