

Du besoin au désir

Vanni Della Guistina, psychologue au centre de santé de Bautista van Schowen

Après une rencontre avec les travailleurs de Cap Santé, je me suis demandé comment approcher la notion de besoin qu'ils questionnaient. Et il m'est apparu qu'il serait peut-être possible de concilier à ce propos une approche de santé publique et une approche psychanalytique.

Mon vœu serait ici de contribuer à un repérage qui permette pousser un peu plus loin la question : « A-t-on besoin de nous, là où nous proposons nos services ? ».

Mots clefs : éthique, santé publique.

Quels sont les déterminants de la santé ?²

Un problème de santé résulte d'un ensemble de facteurs d'ordre biomédical. Pour le contrôler, il est cependant nécessaire de prendre en compte les éléments du contexte dans lequel ces facteurs interviennent. En particulier, il s'agit des « interactions qui existent entre le patient, son environnement immédiat et la société dans laquelle il vit ». Ce sont là des déterminants de la santé d'ordre médical et environnemental.

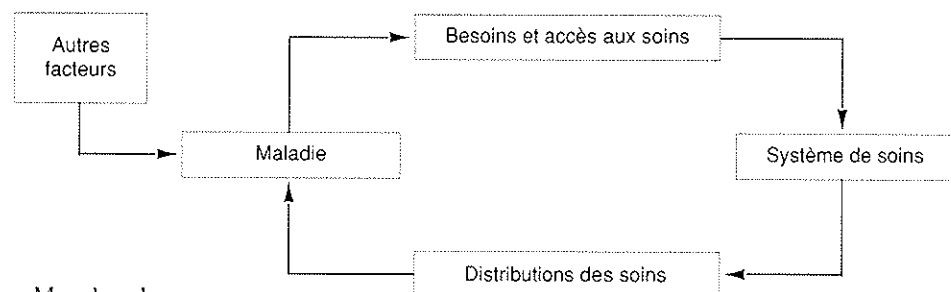
Pour rendre compte de ces interactions, les auteurs identifient deux modèles : « Un premier modèle (trop) simple de rétroaction entre la santé et ses déterminants est celui qui s'appuie sur le fait que les fournisseurs de soins occupent une place institutionnelle et intellectuelle dominante dans notre système de santé et sur l'opinion courante qui veut que la santé de la population est largement déterminée par la qualité de son système de santé. Dans un modèle de ce type, les individus « tombent malades » pour une série de raisons non spécifiées et ils réagissent en faisant appel au système de santé, système où les maladies et les atteintes sont interprétées com-

me des besoins de services de santé de différentes natures. Le système interprète le besoin, détermine la réponse adéquate et réagit en rétablissant (autant que possible) la santé de l'individu dans la communauté.

Ce modèle est à la fois réducteur et historiquement peu fondé. L'amélioration spectaculaire de l'espérance de vie et de l'état de santé de la plupart des habitants de la planète depuis le XIX^{ème} siècle peut difficilement être attribuée de manière quasi exclusive aux « victoires de la médecine ».

Par ailleurs, on ne peut avoir pour ambition d'améliorer encore l'état de santé des populations en produisant toujours plus de soins. Non seulement un excès de soins peut nuire à la santé (maladies iatrogènes, acharnement thérapeutique, interventionnisme médical, etc.), mais à mesure que des formes de maladies anciennes disparaissent des besoins nouveaux émergent.

Il faut donc imaginer un modèle plus complexe qui tienne compte non seulement de la survenue de la maladie et du système de soins, mais aussi d'autres déterminants individuels ou collectifs de la santé, ainsi que des potentialités de l'individu et de la société. »

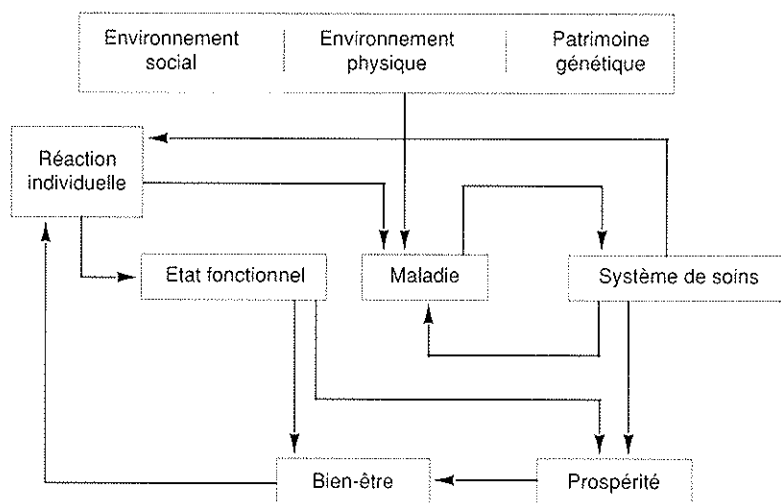


Modèle simple de rétroaction entre la maladie et le système de soins, d'après Evans et al.

Texte paru dans le Marchand d'Orviétan n°35 de septembre 2004¹.

• Du besoin au désir
 • (suite)
 •
 •
 •
 •
 •
 •
 •
 •

Evans et Stoddart (1994) ont récemment proposé un modèle conceptuel de ce type :



Modèle conceptuel des déterminants de la santé, d'après Evans et al.

Remarquons que le premier modèle (simple) se trouve ici imbriqué en tant que partie d'une nébuleuse complexe de déterminants.

Le deuxième modèle souligne la détermination par les facteurs sociaux et pose les questions suivantes : « Quel accès différentiel aux soins ? Quelle différence entre les comportements de santé ? Comment identifier les privations et carences selon le milieu social ? Quels liens sociaux et quel support social ? etc. ».

Cela aboutit à des implications en matière de politique de santé : « une politique de santé, c'est aussi - sinon d'abord - une politique sociale. Investir dans la santé, c'est investir dans le capital humain et social, pas seulement dans les services de santé ; lutter contre la pauvreté, contre l'exclusion, contre les inégalités ; encourager la solidarité, la participation, la confiance ; le soutien social ».

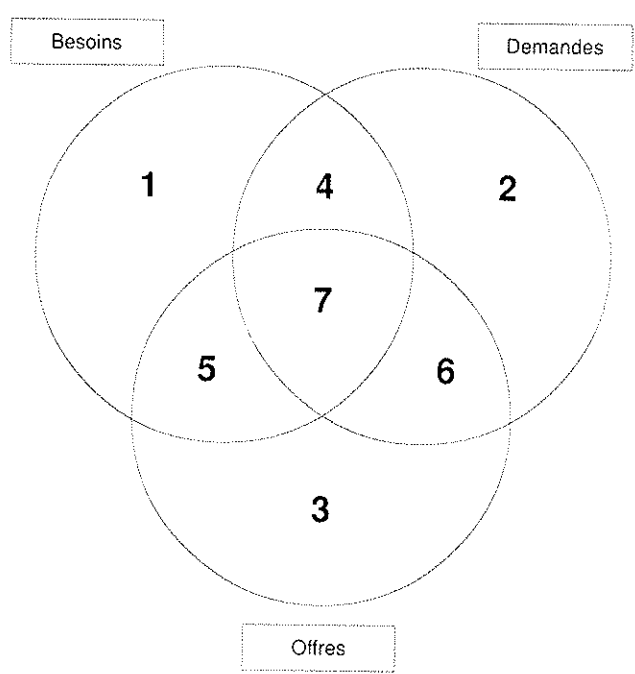
« Les concepts de « problème de santé » et de « besoin de santé » englobent à la fois la santé et les déterminants de la santé. Ces deux concepts sont connexes et largement utilisés pour la planification des activités de santé. Un problème de santé peut être défini comme une souffrance actuelle ou potentielle qui résulte d'un processus perturbant l'état de santé et provoquant un état de mal-être individuel ou collectif. Le processus qui aboutit au problème de santé peut être la maladie ou une autre cause de déséquilibre du binôme « déterminants de la santé - état de santé ». Le concept de pro-

• • • •
Les concepts de problème et de besoin de santé

blème santé prend en compte la souffrance individuelle et ses conséquences sociales. La notion de besoin de santé exprime l'écart entre la situation actuelle (l'état de santé actuel) et la situation désirée (l'état de santé attendu). Le besoin représente ce qui est requis pour remédier au problème identifié. Il se définit par rapport à une référence, une norme objective. Le concept de besoin est inséparable des concepts de la demande et de l'offre. La dynamique des besoins, de la demande et de l'offre est à la base du processus de planification [des activités] de santé. »

C'est donc là un premier repérage de type santé publique qui nous permet de situer notre champ d'action en maison médicale où, comme il est bien indiqué, les facteurs sociaux et politiques ont une place déterminante.

L'approche psychanalytique va maintenant nous permettre d'introduire la notion de désir sous-jacente au politique. Comme il a été dit, la notion de besoin exprime un écart en rapport avec une situation *désirée*. Dans le *Marchand d'Orviétan* de février 2004, André Crismer nous proposait de définir les besoins comme « la différence entre la réalité [d'un problème de santé] et un idéal réalisable [de remédiation], idéalement défini par la communauté ». Cette notion d'idéal renvoie également au désir. Mais c'est le désir de qui ?, nous dit encore André Crismer, dans un autre article inédit : « Qui doit définir ce qu'est un besoin ? Le citoyen ? La communauté ? Les politiques ? Les professionnels de la santé ? ». Il paraît clair que chacun de ces interlocuteurs connaît en partie la réalité du problème et les réponses à y apporter.



- 1 = besoin non ressenti et offre non assurée
- 2 = demande non satisfaite ne correspondant pas un besoin
- 3 = offre non pertinente ne correspondant ni à un besoin ni à une demande
- 4 = besoin ressenti non satisfait
- 5 = offre non utilisée correspondant à un besoin mais pas à une demande
- 6 = demande satisfaite ne correspondant pas à un besoin
- 7 = zone d'adéquation entre le besoin, la demande et l'offre

Les besoins de santé, la demande et l'offre de soins

•••••
L'articulation entre demande, besoin, désir

Que nous dit la psychanalyse de cette articulation ?
 La **demande**³ est conçue comme une « forme ordinaire que prend l'expression d'un souhait, dans le cas où il s'agit d'obtenir quelque chose de quelqu'un, et à partir de laquelle le désir se distingue du besoin. [...] »
 J. Lacan introduit la notion de demande en l'opposant à celle de besoin. Ce qui spécifie l'homme, c'est qu'il est dépendant, pour ses besoins les plus essentiels, d'autres hommes auxquels le lie un usage commun de la parole et du langage. Par opposition à un monde animal où chaque être s'approprierait, autant qu'il lui est possible, ce qu'il vise d'instinct, le monde humain impose au sujet de demander, de trouver les mots qui seront audibles par l'autre. [...] »
 Or, dès lors que le sujet se met dans la dépendance de l'autre, la particularité que vise son besoin se trouve d'une certaine façon annulée. Ce qui lui importe, c'est la réponse de l'autre

• Du besoin au désir • (suite) • • • • • • • • • •

comme telle, indépendamment de l'appropriation effective de l'objet qu'il revendique. C'est dire que la demande devient ici demande d'amour, demande de reconnaissance. La particularité du besoin resurgira au-delà de la demande, dans le désir, sous la forme de la « condition absolue ». Le désir, en effet, trouve sa cause dans un objet spécifié et il ne se maintient qu'en proportion du rapport qui le lie à cet objet ».

En d'autres termes, dans le schéma précédent (besoin, demande et offre), il devient possible d'articuler le rapport entre besoin et demande en y introduisant la dimension du désir dont nous avons vu qu'elle est au départ de la définition du besoin.

La psychanalyse nous renvoie à la prise en compte de l'homme comme être de parole. De ne pouvoir formuler une attente que par la parole, cela le dissocie en quelque sorte de la part instinctuelle de son besoin et cela l'introduit à la dimension du désir qui est essentiellement désir de reconnaissance par l'autre. Tous les soignants de la première ligne connaissent assurément tous les jours cette difficulté à désintriquer dans la consultation les notions de besoin et de désir ainsi approchées.

La rencontre des désirs, c'est bien la dimension politique dont nous parle encore André Crismer : « il n'y a pas de question plus politique que celle de la définition des besoins de santé ». Cette dimension est issue des modalités spécifiques d'un « vivre ensemble » à un moment donné de l'histoire d'une société.

Dans le deuxième schéma de Evans et al., la notion de désir nous permet d'en savoir un peu plus sur l'articulation entre la *réaction individuelle*,

l'environnement social et le *système de soins*. C'est cette articulation qui est assurément la dimension politique de la question.

Les maisons médicales participent également à ce débat politique. Comme quoi, savoir si on a besoin de nous dépend directement de notre participation active à la discussion sur la définition des besoins.

Cette définition ne peut naître que d'une élaboration permanente de notre projet ainsi que de notre confrontation critique avec les patients, l'environnement social et le système de soin auquel nous participons.

(1) *Le marchand d'Orviétan* est le mensuel interne de l'intergroupe liégeois de la Fédération des maisons médicales.

(2) J'ai ici largement puisé dans *Enjeux sociaux et éthiques de la santé et de la médecine*, M. Dupuis, D. Pestiaux, R. Tonglet (Formation en éthique, déontologie, droit médical, économie de la santé et santé publique), chap. 2. *La santé et l'autonomie*, 2.3. Visages et masques de la maladie : les concepts de problème et de besoin de santé, <http://www.icanpus.ucl.ac.be/medoc/>.

(3) *Dictionnaire de la psychanalyse*, Roland Chemama, Bernard Vandermesch, Larousse.