



HAL
open science

Le soignant confronté à la pauvreté : y a-t-il un juste soin ?

Camille Rivière

► **To cite this version:**

Camille Rivière. Le soignant confronté à la pauvreté : y a-t-il un juste soin ?. Philosophie. 2021. dumas-03605722

HAL Id: dumas-03605722

<https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-03605722v1>

Submitted on 11 Mar 2022

HAL is a multi-disciplinary open access archive for the deposit and dissemination of scientific research documents, whether they are published or not. The documents may come from teaching and research institutions in France or abroad, or from public or private research centers.

L'archive ouverte pluridisciplinaire **HAL**, est destinée au dépôt et à la diffusion de documents scientifiques de niveau recherche, publiés ou non, émanant des établissements d'enseignement et de recherche français ou étrangers, des laboratoires publics ou privés.



Distributed under a Creative Commons Attribution - NonCommercial - NoDerivatives 4.0 International License

Université Paris-Est Marne-la-Vallée
En partenariat avec le CFC : MPPPH de l'AP-HP

Master mention philosophie deuxième année
Parcours « éthique médicale et hospitalière appliquée »

Le soignant confronté à la pauvreté :

y-a-t-il un juste soin ?

Camille Rivière

Responsable pédagogique : Professeur Éric Fiat

Année universitaire 2020-2021

Université Paris-Est Marne-la-Vallée
En partenariat avec le CFC : MPPPH de l'AP-HP

Master mention philosophie deuxième année
Parcours « éthique médicale et hospitalière appliquée »

Le soignant confronté à la pauvreté :

y-a-t-il un juste soin ?

Camille Rivière

Responsable pédagogique : Professeur Éric Fiat

Année universitaire 2020-2021

« Il faut supprimer les mendiants : car on s'irrite de leur donner et l'on s'irrite de ne pas leur donner¹. »

« Soyez donc compatissants comme des gens sensibles à la misère d'autrui ². »

1. Nietzsche, *Aurore*, Gallimard, 1970, p.188.

2. Saint Augustin, *Il n'y a qu'un amour*, Editions du Cerf, Paris, 1975, p. 85.

Table des matières

INTRODUCTION	1
CHAPITRE PREMIER : Y-A-T-IL DES PAUVRES EN BONNE SANTE ?	6
I. De la pauvreté.....	6
Qui sont les pauvres ?	6
Misère et pauvreté	8
II. Bonne santé !.....	11
III. Un paradoxe initial.....	13
CHAPITRE II : LE SOIGNANT CONFRONTE A LA PAUVRETE	15
I. Pauvreté de la médecine	15
II. La pitié dangereuse ?.....	17
III. Juste et ajusté	19
CHAPITRE III : LA RECHERCHE DU JUSTE SOIN	22
I. Faut-il traiter la pauvreté par le mépris ?.....	23
Soigner les malades et non les maladies	23
La tentation du soin égalitaire	25
II. La pauvreté est-elle une maladie ?.....	29
Une maladie sociale	29
Une société malade	32
III. Refuser la misère : au mépris de la santé.....	33
La confusion des rôles.....	33
Injustice de l'habitus	36
CHAPITRE IV : LA JUSTE POSITION EN SITUATION.....	39
I. Réhabilitation de la pitié.....	39
II. Exercer son métier de soignant	41

Être enseigné par le malade.....	41
La justice comme équité.....	42
Le face-à-face singulier.....	43
III. Du métier de soignant au métier d'homme : le rôle politique du médecin ?	45
CONCLUSION	48
BIBLIOGRAPHIE	51

INTRODUCTION

La première année de ce parcours philosophique m'avait amenée à me poser la question de l'autorité dans la relation médecin-malade. La situation clinique de laquelle découlait mon travail de mémoire était celle d'un refus catégorique de soin par une patiente vivant dans une extrême pauvreté. En me la remémorant, je la vois encore, couverte de ses excréments, souffrant de plaies qui la rendaient quasiment impotente. La soigner nécessitait des aides humaines et sociales qui signifiaient laisser pénétrer autrui dans le taudis sur lequel elle régnait avec une autorité certaine. J'étais l'intrus au cœur de cette sinistre courée de Roubaix. Lui imposer des soins, aurait été pour elle, paradoxalement, synonyme d'indignité. Cette scène me semblait mettre en lumière de façon théâtrale l'asymétrie parfois immense qui existe entre un médecin et un patient. Elle m'a permis d'essayer de chercher, au cœur de cette asymétrie, un rapport plus juste à l'autorité du soignant comme du soigné. Cette rencontre avec Mme X. fut aussi un face à face, littéralement effroyable, avec la misère sociale mais, j'ai peu abordé cet aspect de la situation dans mon précédent travail. Pourtant la précarité de la patiente participait grandement à l'asymétrie de la relation qui nous unissait. La question « sociale » m'avait donc, dans ce précédent travail, mise en échec. Double peine pour la patiente : moins soignée parce que plus pauvre et double peine pour le soignant que j'étais : mis en échec en acte puis en théorie.

Peut-être, cette incapacité, parfois, à intégrer la question de la pauvreté dans ma pratique puis dans ma réflexion, était un moyen de détourner le regard face à cette misère criante ? Détourner le regard, voilà une première réaction possible face à la misère, comme lorsque nous baissions les yeux pour ne pas voir celui qui mendie à notre porte. La misère se refuse jusque dans sa connaissance. Georges Bernanos écrit d'ailleurs à son propos qu'elle a « oublié jusqu'à son nom ³ », difficile alors de l'appréhender. Il y a pourtant un intérêt médical à mieux la connaître ou, au moins, à ne pas la méconnaître car la précarité est une cause majeure de mauvaise santé. En effet, de nombreux rapports d'institutions ou d'organisations non gouvernementales sur la question nous alarment toujours plus quant aux liens entre

3. Bernanos G., *Journal d'un curé de Campagne*, Paris, Librairie Plon, 1936, p. 65.

pauvreté et mauvaise santé⁴. Aussi dérangeants que soient ces rapports, nous, soignants, ne pouvons ignorer que la question sociale entre en jeu dans le soin. Le médecin doit donc parfois s'en saisir pour pouvoir soigner.

L'Organisation Mondiale de la Santé (OMS) nous propose, dès le préambule de sa *Constitution*, une définition quelque peu utopique de la bonne santé : « la santé est un état de complet bien-être physique, mental et social et ne consiste pas seulement en une absence de maladie ou d'infirmité⁵ ». En formulant négativement cette proposition, on peut prétendre, que le mal-être social est une forme de mauvaise santé, un état maladif. Cela, nous en conviendrons, fait de notre société une société malade en puissance et même en acte. D'autre part, cela revient facilement à dire qu'il y a une « maladie sociale » au même titre que des maladies psychiques ou physiques. Mais, la pauvreté est-elle vraiment une maladie ? Certes, il faut refuser la misère car, comme nous le rappelle Charles Péguy : « retirer de la misère les miséreux, sans aucune exception, constitue le devoir social avant l'accomplissement duquel on ne peut pas même examiner quel est le premier devoir social⁶ ». Individuellement c'est là notre devoir d'homme voire, si l'on reprend les termes de Simone Weil, « notre obligation ⁷ ». Le soignant a aussi le devoir de « sortir de la maladie » son patient. C'est là son obligation professionnelle. Mais, faut-il pour autant franchir la limite d'une simple et tentante comparaison et assimiler la détresse sociale à une maladie comme une autre ? La misère est une confrontation directe, pour le soignant, avec l'injustice sociale, celle-ci n'est-elle pas de la responsabilité du politique ? Peut-il néanmoins jouer un rôle contre elle ? Si oui : quelle est la dimension politique du soin ?

Si la misère vient questionner les schémas habituels du soignant quant à la promotion de la santé, elle vient aussi le déranger, au quotidien, sous les traits du miséreux qui lui fait face lors de la consultation. Cette rencontre peut être génératrice de pitié. Ce sentiment a mauvaise presse de nos jours. En effet, celui

4. Quelques exemples disponibles en ligne : Observatoire national de la pauvreté et de l'exclusion sociale : <https://onpes.gouv.fr/>

Rapports du SAMU Social : <https://www.samusocial.paris/observatoire>

ATD-quart monde : <https://www.atd-quartmonde.fr/publications/>

5. La *Constitution* a été adoptée par la Conférence internationale de la Santé, tenue à New York du 19 juin au 22 juillet 1946, signée par les représentants de 61 Etats le 22 juillet 1946 et est entrée en vigueur le 7 avril 1948.

6. Péguy C., *De Jean Coste*, Paris, Gallimard, 1938, p. 18.

7. Weil S., *L'Enracinement*, Paris Gallimard, 1990.

qui fait pitié est souvent celui que l'on fuit plutôt que celui vers qui l'on se tourne. Est-il cependant mauvais d'avoir pitié ? Jacques Ricot nous dit que la pitié est « l'émotion que nous sentons devant la misère des autres⁸ », ne peut-elle pas être un moyen, un moteur, pour agir envers le plus pauvre avec sollicitude ?

Face à l'inconnue que représente, souvent, l'authentique misère, le soignant se trouve en position de « non-sachant », désarmé face à la santé d'un malade qu'il ne sait plus comment soigner. Une autre tentation, peut être alors pour lui, de négliger l'identité sociale de son patient. Se réfugiant derrière un bagage sérieux de connaissances sur les maladies (et non sur les malades), le soignant s'attache alors à soigner « tout le monde pareil ». C'est probablement une mauvaise compréhension du *Code de déontologie médicale* quand il énonce le devoir de non-discrimination dans l'article 7 : « soigner avec la même conscience toutes les personnes quelle que soit leur origine⁹ ». Il ne s'agit pas de soigner tout le monde de la même manière mais avec la même conscience. Conscience qui dépasse la science et les sacro-saintes recommandations de la Haute Autorité de Santé, aussi précieuses soient elles. L'égalitarisme en santé peut même aboutir à des absurdités. Les situations de précarité en sont une illustration saisissante. Cela nous révèle souvent la futilité de tel ou tel soin recommandé habituellement. Il serait dérisoire voire indécent de s'intéresser à la maladie seule plutôt que de pallier l'urgence sociale. Parfois le plus vital n'a pas un traitement médical. Il est des situations qui nous font repenser la définition même du soin. Si tant est qu'il existe une « maladie sociale » comment la traiter ? Face à la futilité du soin, le risque n'est-il pas grand aussi de ne plus se préoccuper que de l'aspect social des vies de nos patients les plus pauvres ? Se repose alors la question de la mission du médecin dans son métier ? Nous pouvons aussi légitimement nous demander s'il est éthique de négliger la santé d'un patient sous couvert d'urgence sociale ? De plus, à trop considérer la condition sociale du patient, on tend à l'y réduire, l'y enfermer. Cela peut être palpable pour lui. Sentant la pitié maladroite que le soignant éprouve pour lui, il peut se sentir paradoxalement méprisé. Sans tout ne médicaliser ni tout socialiser, quel soin ajusté proposer à nos patients les plus pauvres ?

8. Ricot J., *Du bon usage de la compassion*, Paris, Presses Universitaires de France, 2013, p. 9.

9. Conseil National de l'Ordre des médecins, *Code de déontologie médicale*, 2021, article 7, disponible en ligne : <https://www.conseil-national.medecin.fr/sites/default/files/codedeont.pdf>

L'autre question que nous posent ces situations est celle de la justice du soin ou plus exactement du soin équitable. Peut-être faut-il se mettre à l'école d'Aristote pour chercher dans une situation donnée, pour tel malade en particulier, le soin ajusté. Déjà dans l'Antiquité, le philosophe enseignait que l'équité « vaut mieux qu'une certaine forme de juste¹⁰ » car elle est, en quelque sorte, « un correctif de la loi dans les limites où elle est en défaut en raison de son universalité¹¹ ». Si la pauvreté est une particularité, elle nécessite donc une « correction », une adaptation de la loi - ou de certaines recommandations - mais, cela ne veut en aucun cas dire qu'elle est hors des « lois » habituelles. Il s'agit donc pour le médecin de soigner équitablement tout homme, le goutteux comme le galeux, le diabétique comme le psychotique, le pauvre comme le riche. Cela nécessite de le connaître mieux, pour le soigner au mieux. C'est là, d'ailleurs, une des grandes ambitions de la médecine générale.

Une première partie, très lexicale, s'attachera à définir les termes utilisés. Qu'entendons-nous ici par pauvreté ? Ne s'agit-il pas plutôt de la misère ? Qu'est-ce que la bonne santé, peut-elle tendre vers une certaine universalité ? Si c'est le cas n'y a-t-il pas un paradoxe à vouloir rendre à la santé les plus pauvres qui en semblent par définition exclus ? Une seconde partie décrira le double enjeu du soin à porter aux patients vivant dans la misère. Il s'agit d'essayer de dispenser un soin ajusté tout en tâchant de distribuer un soin juste, équitable, entre les soignés. Nous verrons alors comment la pauvreté vient questionner le soignant aussi bien dans sa profession que dans son métier d'homme. A-t-il un rôle politique à jouer par le soin ? En le mettant parfois en difficulté, la pauvreté du patient l'intègre nécessairement dans une réflexion plus vaste sur la justice sociale. Ainsi, le soignant confronté à la misère se pose forcément la question du soin juste. Cette recherche peut le mener, s'il n'y prend pas garde, à adopter différentes postures qui peuvent s'avérer risquées voire présenter de réels dangers pour lui-même ou pour son patient. La troisième partie de ce travail décrira donc ces postures et leurs écueils, tant au niveau individuel que collectif, aussi bien pour le soignant que pour le soigné. Forts de ces découvertes, dans la dernière partie de ce travail, nous

10. Aristote, *Ethique à Nicomaque*, 1937 b 23, trad. R. Bodéüs, Paris, Flammarion, 2004, p. 281.

11. *Idem*.

chercherons dans le face à face singulier qui unit le malade et le soignant, des clés pour trouver, en situation, la position la plus juste possible.

CHAPITRE PREMIER : Y-A-T-IL DES PAUVRES EN BONNE SANTE ?

I. De la pauvreté

Qui sont les pauvres ?



Figure 1 : Campagne de sensibilisation du Secours Populaire Français 2019.

Peut-être avez-vous vu fleurir dans les stations de métro des métropoles françaises depuis septembre 2019 ces portraits d'enfants portant un post-it sur le front désignant chacun d'eux comme « pauvre ». Cette affiche interpelle car elle invite chacun à questionner ses idées reçues, ses préjugés. Qui est pauvre ? A qui est-ce que j'attribue cette étiquette ? En quoi consiste la pauvreté ? En en discutant, nous pouvons constater que la définition est très variable d'une personne à l'autre. En effet, la définition semble varier dans le temps et dans l'espace. Un « pauvre ouvrier » parisien peut être considéré comme riche à salaire équivalent à Delhi et un riche paysan du début du siècle dernier ne le serait plus aujourd'hui. De là l'idée qu'on est toujours le pauvre d'un autre. Ce qui nous conduit rapidement à relativiser la notion même de pauvreté. Elle devient un jugement parmi d'autre. Il n'y aurait pas la pauvreté mais des pauvretés. Cette campagne de sensibilisation n'aurait

presque pas lieu d'être. Pourtant, cette affiche suggère que la pauvreté possède quelque chose de terrible, d'irréversible et d'universel. C'est à cela qu'il nous appartient de ne pas condamner l'autre. Cette universalité de la pauvreté décrite par Bobin qui nous dit à son propos : « cette classe n'espère rien, pas même l'endormissement de la douleur. Cette classe est celle des pauvres. Elle est du treizième siècle et elle est du vingtième, elle est de tous les siècles¹² ». Mais encore faudrait-il savoir en quoi consiste cette pauvreté terrible ? Avant de la combattre ou simplement pour ne pas en faire le jeu, cherchons ce que la pauvreté possède d'universel pour ne pas la méconnaître.

En 2019, l'Institut national de la statistique et des études économiques (INSEE) a brossé un portrait « social » de la pauvreté en France¹³. Selon lui, sur la base de données de 2017, quasiment neuf millions de personnes vivaient alors sous le seuil de pauvreté. Si la pauvreté a un seuil, sa définition doit être simple. Celui-ci définit la pauvreté comme une personne vivant avec moins de 60% du revenu médian, soit pour la France en 2017, 1041 euros par mois. Cependant le rapport précise qu'il s'agit de la pauvreté monétaire. Voilà qui nuance l'apparente résolution de notre question. De plus, une autre limite de cette définition est qu'elle corrobore une vision relativiste de la pauvreté alors indexée sur le salaire médian et nous empêche d'imaginer même une société sans pauvres. Pourtant, en 2015 l'Organisation des Nations Unies (ONU) a ratifié un texte établissant des objectifs de développement durable d'ici 2030 dont le premier est d'éliminer la pauvreté¹⁴. Appel repris par de nombreuses associations d'aide au plus démunis dont ATD-Quart Monde qui parle « d'éradiquer la pauvreté » qui résonne avec le préambule de la Déclaration Universelle des droits de l'homme et du citoyen qui se donne pour objectif « l'avènement d'un monde où les êtres humains seront libres de parler et de croire, libérés de la terreur et de la misère¹⁵ ». Il va donc falloir chercher une

12. Bobin C., *Le Très-Bas*, Paris, Gallimard, 1992, p. 19.

13. INSEE, *France, portrait social*, édition 2019, disponible en ligne sur : <https://www.insee.fr/fr/statistiques/4238395?sommaire=4238781>, p. 196.

14. Lors du Sommet sur le développement durable, tenu en septembre 2015 à New York, les 193 États Membres de l'Organisation des Nations Unies ont adopté officiellement un nouveau programme de développement durable intitulé « Transformer notre monde : le Programme de développement durable à l'horizon 2030. Disponible en ligne sur : <https://www.un.org/sustainabledevelopment/fr/>

15. ONU, *Déclaration Universelle des Droits de l'homme*, ratifiée le 10 décembre 1948 par les 58 États Membres qui constituaient alors l'Assemblée générale à Paris au Palais de Chaillot, version disponible en ligne : <https://www.un.org/fr/universal-declaration-human-rights/>

autre définition de la pauvreté que celle monétaire. Une définition qui dépasserait tous les relativismes qui nous empêchent de saisir son essence. Existe-t-il une misère ou une pauvreté universelle ?

Misère et pauvreté

Nous lisons dans la littérature comme dans les traités internationaux précédemment cités les mots « misère » et « pauvreté ». Ils semblent, à première vue, utilisés de façon interchangeable. Est-ce vraiment le cas ? Commençons pour ouvrir le dictionnaire¹⁶.

« Pauvreté : État d'une personne dont les ressources ne couvrent pas les besoins ou fournissent à peine au nécessaire ; absence de biens, de fortune¹⁷. »

« Misère : Sort digne de pitié, condition malheureuse. Extrême pauvreté, dénuement qui prive des choses nécessaires à la vie¹⁸. »

Ces définitions diffèrent sur le plan quantitatif et qualitatif. Si la misère est une forme extrême de la pauvreté, alors leur différence semble purement quantitative. Mais le pauvre ayant « à peine » de quoi vivre n'en est pas privé de manière rédhibitoire quand la misère est une privation totale de ces « choses nécessaires à la vie ». Or quelqu'un qui est privé des choses nécessaires à la vie, est-il encore vivant ? De plus, nous apprend ce dictionnaire, la misère est une condition malheureuse, ce qui n'est pas précisé dans la définition de la pauvreté. Là paraît leur différence qualitative. Le pauvre est un malheureux en puissance quand le miséreux est un malheureux en acte.

Péguy décrit, dans *De Jean Coste*, cette double différence entre misère et pauvreté suspectée dès leurs définitions. Il explique : « On confond presque toujours la misère avec la pauvreté ; cette confusion vient de ce que la misère et la pauvreté sont voisines ; elles sont voisines sans doute mais situées de part et d'autre d'une limite ; et cette limite est justement celle qui départage l'économie au regard de la morale ; cette limite économique est celle au deçà de qui la vie économique n'est pas assurée [...]. La misère est tout le domaine en deçà de cette limite ; la pauvreté commence au-delà et finit tôt ; ainsi la misère et la pauvreté sont voisines

16. Dictionnaire de l'Académie Française, neuvième édition, 2019, disponible en ligne sur : <https://www.academie-francaise.fr/le-dictionnaire/la-9e-edition>

17. Disponible en ligne : <http://www.dictionnaire-academie.fr/article/A9P1071>

18. Disponible en ligne : <http://www.dictionnaire-academie.fr/article/A9M2347>

elles sont plus voisines en quantité, que certaines richesses ne le sont de la pauvreté ; si on évalue selon la quantité seule, un riche et beaucoup plus éloigné d'un pauvre qu'un pauvre n'est éloigné d'un miséreux ; mais entre la misère et la pauvreté intervient une limite ; et le pauvre est séparé du miséreux par un écart de qualité, de nature¹⁹ ». Ainsi, l'écrivain reconnaît la notion de seuil « économique » mais insiste sur la différence de nature des deux mots. Il est un seuil économique sous lequel subvenir à ses besoins est impossible. Or, si un homme ne répond pas à ses besoins, il meurt. Ce qui amène Péguy à écrire de la misère qu'elle est « l'universelle pénétration de la mort dans la vie²⁰ » définition qu'il rapproche justement de celle de l'enfer. Une « mort vivante²¹ » dit-il encore ce qui n'est pas sans rappeler la définition trouvée dans le dictionnaire. La misère est mortifère. Le miséreux est donc littéralement condamné quand le pauvre, siégeant juste au-dessus de cette limite réintègre le champ des possibles. Péguy reconnaît que cette « limite n'existe pas universelle, qu'elle n'est pas fixe, qu'on ne la constate pas dans tous les cas, et que dans les cas où on la constate elle est variable²² ». Ainsi dans *De Jean Coste*, l'écrivain nous montre la double différence entre misère et pauvreté. La misère est définie par un seuil variable qui la rend contextuelle mais son essence mortifère la rend universelle. Si le devoir des économistes est de penser ce seuil économiquement, il est du devoir de chacun comme « antépremier devoir social est d'arracher les miséreux à la misère [...] et de faire passer à tous les miséreux la limite économique fatale²³ ». « Antépremier », parce que, nous explique-t-il, il est la condition nécessaire pour parler de devoir social. En effet, tant qu'ils sont « sous cette limite » les miséreux ne participent pas à la vie de la cité. Les y inclure doit donc, logiquement, être « antérieur à l'institution véritable de la cité²⁴ ». Comment réfléchir la vie en société si on commence par en exclure certains ? Ce premier acte « pré-politique » nous concerne tous, il est d'inclure. Se confronter à la misère nous assigne donc un rôle politique.

Dans la tradition philosophique aristotélicienne, ce qui rend l'homme heureux c'est la pratique des vertus puisque « le bonheur est une certaine activité de l'âme

19. Péguy C., *De Jean Coste*, Gallimard, Paris, 1938, p. 16.

20. *Idem.*, p. 25.

21. *Ibid.*, p. 25.

22. *Ibid.*, p. 15.

23. *Ibid.*, p. 17.

24. *Ibid.*, p. 18.

exprimant la vertu finale²⁵ ». On peut donc dire que la pratique des vertus accomplit l'homme. Corine Pelluchon nous dit de l'homme vertueux qu'il « se comporte en toute occasion de manière courageuse, prudente ou tempéré, sans qu'il y ait contradiction entre l'être et le devoir-être, la pensée et l'action²⁶ ». Attitude qui semble difficilement compatible avec « une altération ingrate, mentale et morale ; cette altération du caractère, de la volonté, de la lucidité, de l'esprit et de l'âme²⁷ » propre aux miséreux pour Péguy. Voici encore une autre conséquence de la misère, la plus triste sans doute. Elle conduit au vice par empêchement de possibilité de la vertu et rend le bonheur impossible. « La misère ne rend pas seulement les miséreux malheureux, ce qui est grave ; elle les rend mauvais, laids, faibles [...] [elle] est un empêchement sans faute à l'amélioration morale et mentale, parce qu'elle est un instrument de servitude sans défaut²⁸ ».

Ces distinctions nous amènent à tracer une ligne entre espoir et désespoir, manque et dénuement, inclusion et exclusion, humilité et humiliation, vice et vertu, vie et mort, purgatoire et enfer selon Péguy, bonheur et malheur plus généralement. Voilà la distinction qualitative entre pauvreté et misère.

En 2019, l'Université d'Oxford en association avec ATD quart Monde a publié un rapport sur « les dimensions cachées de la pauvreté²⁹ » à l'issue d'une recherche participative internationale. Elle s'attache à décrire la complexité de la pauvreté et décrit neuf grandes caractéristiques de la pauvreté : « dépossession du pouvoir d'agir, combat et résistance, souffrance dans le corps, l'esprit et le cœur, maltraitance institutionnelle, maltraitance sociale, contributions non reconnues manque de travail décent, revenu insuffisant et précaire, privations matérielles et sociales. Nous pourrions rattacher chacune de ces caractéristiques à la définition plus littéraire de Péguy dans *De Jean Coste*.

Il est intéressant de noter que le terme utilisé dans ce rapport est celui de « pauvreté » bien qu'ATD Quart Monde se donne comme mission d'« éradiquer la

25. Aristote, *Ethique à Nicomaque*, 1102 a 5, trad. Bodéüs, Paris, Flammarion, 2004, p. 93.

26. Pelluchon C., *Ethique de la Considération*, Paris, Editions du Seuil, 2018, p. 11.

27. Péguy, *De Jean Coste, op.cit.*, p. 14.

28. *Idem.*, p. 14.

29. ATD Quart Monde et Oxford University, « Les dimensions cachées de la pauvreté » disponible en ligne sur :

https://www.atdquartmonde.fr/wpcontent/uploads/2019/05/DimensionsCacheesDeLaPauvrete_fr.pdf, p. 4.

misère ». La différence que nous avons cherché à montrer échappe au langage. Elle n'en demeure pas moins essentielle. Ce rapport nous parle d'une pauvreté qui est misère et des misères de la pauvreté. De même dans ce travail, nous utiliserons indistinctement les deux mots. Mais nous les utiliserons dans le sens universel du terme, en faisant référence à une pauvreté qui est plus que simplement monétaire, une pauvreté qui est misère. Nous nous autorisons cet usage car il est celui des organisations qui combattent la misère dans son universalité. Nous pensons également que l'usage exclusif du mot misère a une consonnance trop littéraire et le caractère plus sobre du mot « pauvreté » permet d'équilibrer cette tendance dramatique tout en contenant la misère en puissance. Dans la lignée des rapports sus-cités, il nous semble donc adapté de l'utiliser pour misère et nous garderons en mémoire, tout au long de ce travail, que la pauvreté dont il est question se situe du côté « miséreux » de la ligne de démarcation imaginée par Péguy. Les mots « précaire », « démuné », « détresse sociale » seront utilisés pour appuyer l'un ou l'autre aspect de la pauvreté en question. Ils semblaient trop restrictifs et trop sociologiquement marqués pour un travail de mémoire en éthique.

II. Bonne santé !

Il est d'usage, lors de la Saint Sylvestre de se souhaiter une « bonne année » immédiatement suivi d'une « bonne santé ». L'adage populaire nous apprend donc très vite à associer santé et bonheur. L'Organisation Mondiale de la Santé nous en propose, dès le préambule de sa *Constitution*, une définition de la santé : « la santé est un état de complet bien-être physique, mental et social et ne consiste pas seulement en une absence de maladie ou d'infirmité³⁰ ». Dans ces termes, la santé est nécessairement bonne et toute maladie ou infirmité est un manque voire une absence de santé. Curieuse définition qui n'est pas sans en évoquer une autre. La définition de la santé par la plus haute autorité en la matière ressemble, en effet, à celle plus philosophique du bonheur comme « bien ultime » chez Aristote et avec

30. La *Constitution* a été adoptée par la Conférence internationale de la Santé, tenue à New York du 19 juin au 22 juillet 1946, signée par les représentants de 61 Etats le 22 juillet 1946 et est entrée en vigueur le 7 avril 1948 disponible en ligne : https://www.who.int/governance/eb/who_constitution_fr.pdf

lui les philosophies eudémonistes. Le Stagirite, dès le début de l'*Ethique à Nicomaque*, s'interroge sur la fin ultime de l'homme, celle vers laquelle tendent toutes les actions humaines. Pour lui, la fin ultime de l'homme c'est le bonheur car ce bien là se suffit à lui-même, plus que le plaisir, l'honneur, la vertu, la médiation ou encore la richesse. « Donc, le bonheur paraît quelque chose de final et d'autosuffisant, étant la fin de tout ce qu'on peut exécuter³¹ ». Un état de bien-être complet physique, mental et social paraît très proche de cette définition. Cela nous incite à penser l'homme autrement que d'un point de vue purement biologique. Ce n'est pas tâche aisée mais ce peut être un bon garde-fou. Un médecin doit sûrement souhaiter plus que la guérison de son patient, il doit aussi souhaiter son bonheur. En est-il cependant le responsable ? N'est-ce pas plutôt au politique de s'en préoccuper ?

Plus récemment, la *Charte d'Ottawa*, reprend la définition de l'OMS et commence par lister les conditions indispensables à la santé parmi lesquelles on peut lire : « se loger, accéder à l'éducation, se nourrir convenablement, disposer d'un certain revenu, avoir droit à la justice sociale et à un traitement équitable³² ». On peut se demander qui se charge de mettre en application ces prérequis. N'est-ce pas le rôle du politique ? Si la santé exige de telles conditions autant ne plus soigner nos patients les plus pauvres : c'est peine perdue ! Un sans domicile, un enfant mal éduqué, ceux qui ont faim, qui ont un revenu de misère... tous ceux-là ne peuvent même pas espérer accéder à la santé. Y-a-t-il un sens alors à les soigner ?

Ces définitions sont à replacer dans leurs contextes. La *Constitution* est adoptée en 1946. Elle fait suite à de terribles dérives de la médecine pendant la Seconde Guerre mondiale et à ses terribles tentatives de déshumanisation et ses discriminations odieuses. Redonner un objectif universel pour chaque homme semble la seule réponse urgente à apporter à l'époque. Nous pouvons critiquer l'utopisme de telle définition, ne voir que l'impossibilité d'y répondre notamment pour le soignant qui se demande si un de ses malades aura un jour « la santé » pourtant, cette orientation vers la vie bonne replace la personne dans un champ plus

31. Aristote, *Ethique à Nicomaque*, 1097b 20, *op. cit.*, p. 68.

32. La *Charte d'Ottawa* a été adoptée le 21 novembre 1986 lors de la Première Conférence Internationale pour la promotion de la santé (O.M.S.) disponible en ligne sur : https://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0003/129675/Ottawa_Charter_F.pdf

large. Ces définitions s'inscrivent dans la direction universaliste des « droits de l'homme ». L'immensité du champ de ces droits peut faire croire, à tort, à une limite majeure qui dispenserait de les respecter. Levinas nous propose une autre façon de considérer ce problème. Il écrit, à propos « des droits de l'homme et des droits d'autrui » : « Il est, certes, nécessaire de se demander quels sont l'urgence, l'ordre et la hiérarchie de ces droits fondamentaux quand on exige tout inconsidérablement. Mais ce n'est pas là reconnaître une limite à la défense de ses droits ; ce n'est pas contester, c'est poser un problème nouveau à propos d'un droit incontestable et, sans pessimisme, lui consacrer une réflexion nécessaire³³ ». Cela nous permet de mesurer le discernement que demande ces droits fondamentaux en pratique, tout en gardant l'essence, c'est-à-dire, « leur exigence de transcender, en quelque façon, ce que la nature pure peut comporter d'inhumain et le corps social de nécessités aveugles³⁴ ».

III. Un paradoxe initial

Les définitions de la pauvreté notamment par Péguy et les définitions de la santé précédemment décrites semblent donc complètement incompatibles. La misère prive les personnes du nécessaire pour s'accomplir comme homme, quand la santé est un état de complet bien être proche ou au moins nécessaire au bonheur qui est l'accomplissement de l'homme.

Se pose alors la question du bien-être social particulièrement pour nos patients les plus pauvres qui sont l'objet de ce travail. La souffrance sociale dont ils sont, nous l'avons vu, les victimes leur rend la santé même inaccessible. Les pauvres seraient donc condamnés à la maladie par incompatibilité entre pauvreté et santé. Ils seraient donc malades par définition. De plus, si la santé est un prérequis au bonheur ils seraient condamnés aussi au malheur. Cela constitue un paradoxe initial pour le soignant confronté à la pauvreté de ses patients. Que faire face à ces « condamnés », peut-on leur proposer un soin autre que palliatif ? Quand bien même nous avons quelques clés pour nous attaquer au mal être physique et psychique,

33. Levinas E., *Hors Sujet*, Paris, Fata Morgana, 1987, p. 164.

34. *Idem.*, p. 164.

comment traiter le mal être social dont le politique semble parfois se désintéresser ? Peut-être est-ce une des particularités de cette extrême pauvreté que nous, soignants, rencontrons nécessairement dans notre exercice. La pauvreté vient nous obliger dans notre métier de soignant mais aussi dans notre « métier » d'homme. Il s'agit de soigner, c'est-à-dire « sortir l'homme de la maladie » conformément à notre code de déontologie et, il nous faut aussi, retirer de la misère les miséreux car c'est là notre devoir social, notre rôle d'homme. Il nous faut, à la suite, de l'appel de Péguy ou celui de Simone Weil qui liste les « devoirs envers l'être humain³⁵ » et en fait une « obligation éternelle » et « inconditionnée³⁶ » pour tout homme, à la suite de tant d'associations participer, comme citoyen, à « éradiquer la misère ». Le soin, auquel nous sommes formés, peut-il être alors un moyen d'accomplir ce double devoir, d'accomplir notre « métier de soignant » et « notre métier d'homme » ? Conscients de ce paradoxe initial et du double enjeu qui en découle, comment le soignant peut-il prodiguer des soins adaptés à ses patients vivant dans la pauvreté ?

35. Weil S., *L'enracinement*, *op. cit.*, p.1.

36. *Idem*, p. 11.

CHAPITRE II : LE SOIGNANT CONFRONTE A LA PAUVRETE

I. Pauvreté de la médecine

Je suis un jour amenée à examiner un homme directement dans la rue. Son éducateur est inquiet car il présente une plaie « très moche ». Cet homme est terrorisé par l'idée d'une simple consultation mais accepte de me voir dehors. Quelle n'est pas ma surprise en voyant, sous la casquette de cet homme encore jeune, une fracture ouverte et surinfectée des os du crâne. Mon sang ne fait qu'un tour : risque majeur de méningite et d'œdème cérébral, mort quasi certaine dans un délais assez court en l'absence de traitement adapté voire d'une hospitalisation. Il ne veut rien d'autre que des pansements de fortune mais accepte un protocole de désinfection dont il se chargera lui-même. Je le quitte très inquiète abreuvant l'équipe des maraudes de conseils et de signes cliniques devant faire téléphoner illico au « 15 ». Les mois ont passé, rien n'est arrivé, la blessure a cicatrisé miraculeusement et je souris intérieurement quand je le croise sur son lieu de manche habituel, bien vivant.

Nous suivons depuis plus d'un an, Mme D. qui vit dans des conditions effroyables. Elle est d'une maigreur extrême et présente des ulcères bilatéraux des jambes liés, probablement, à des injections de drogues et aggravés par son état de dénutrition et son peu d'accès à une salle de bain. Elle revient, malgré les protocoles et consignes de pansements, régulièrement les jambes soigneusement emballées dans du papier hygiénique. Curieusement, les plaies ne s'aggravent pas malgré tout comme je l'avais imaginé.

La teigne diagnostiquée chez une patiente n'a pas contaminé ses compagnons de rue. Cette maladie justifie pourtant une quarantaine stricte. Impossible à mettre en place dans les structures d'accueil où la promiscuité règne. Sans compter les épidémies de gale qui disparaissent sans que les personnes prennent leur traitement et qui n'inquiètent – à part le soignant que je suis- plus personne.

Ces exemples illustrent une autre réalité de la pauvreté. Le médecin se retrouve obligé de constater que les pathologies qu'il a scrupuleusement apprises

ne se déroulent pas toujours comme dans les livres. Le corps des miséreux est disgracieux, oublié faute de soin ; il semble presque insensible à la douleur et aux maux. Le soignant en perd ses mots ! Lui aurait-on menti ? Certes non, mais c'est là la différence entre connaître des normes et soigner des gens. Nos connaissances sont issues, principalement de statistiques. Ces personnes remettent en cause une bonne partie de la littérature scientifique, pourtant très robuste d'un point de vue statistique. C'est la robustesse de leurs corps abimés qui saute alors aux yeux.

En travaillant auprès de personnes très démunies, le soignant découvre avec stupeur que certaines plaies ne cicatrisent jamais mais que le patient ne meure pas de gangrène pour autant, que tel patient hypertendu n'a jamais fait d'accident vasculaire cérébral, que la gale finit par passer toute seule. Ainsi la découverte d'une population très éloignée du soin nous pousse à questionner nos normes, nos connaissances. Georges Canguilhem écrit pour nous éclairer à ce sujet que « le normal n'a pas la rigidité du fait de contrainte collective mais la souplesse d'une norme qui se transforme dans sa relation à des conditions individuelles³⁷ ». A nous de transformer notre soin, au gré des conditions individuelles du patient qui nous fait face, de prendre en compte, entre autres, la dimension sociale. Il nous alerte immédiatement après sur le fait de ne pas y voir « une relativité de la santé³⁸ ». Relativisme qui en rendant la bonne santé subordonnée, par exemple, à la condition sociale du patient enlèverait toute possibilité de justice « sanitaire ».

En travaillant avec des personnes vivant dans une grande pauvreté, nous découvrons également, qu'ils habitent un espace-temps complètement différent du nôtre. N'ayant parfois pas domicile, quel est leur espace ? L'instabilité de leurs situations les rend souvent incapable de se projeter : ils n'ont pas de futur. Leur histoire de vie est parfois si complexe que le passé est nébuleux. Or, nous avons souvent tendance à considérer notre vision spatio-temporelle comme étant la norme notamment en ce qui concerne les « temps » du soin. D'ailleurs, en consultation, un médecin, n'impose -t-il pas souvent le rythme des consultations : « *je vous revois dans trois mois ?* ». Evaluant en un instant la durée nécessaire à la réalisation des examens, le temps probable pour voir une amélioration *etc.* La temporalité des plus

37. Canguilhem G., *Le Normal et le pathologique*, Paris, Presses Universitaires de France, 1966, p. 156.

38. *Idem*, p. 156.

démunis semble de prime abord incompatible avec le soin. Est-ce adapté par exemple de se préoccuper des maladies chroniques chez des patients à la rue qui vivent dans l'urgence et dans l'insécurité permanente et chez qui, objectivement, l'espérance de vie est si réduite que malheureusement ils n'atteindront jamais l'âge de « faire leur AVC » ? En même temps ce serait leur faire subir une injustice que de les soigner « au rabais » sous prétexte de leur condition sociale.

II. La pitié dangereuse ?

Le soignant confronté à la pauvreté passe par toute une palette d'émotions allant du dégoût à la peur, de la tristesse à la colère. Ces différentes émotions suscitées par la misère d'autrui peuvent donner lieu à un sentiment : la pitié. Jacques Ricot dans un essai consacré au *bon usage de la compassion* choisit le mot compassion pour dire « l'émotion que nous sentons devant la misère des autres³⁹ ». Il précise cependant que « la concurrence lexicale est rude pour exprimer le sentiment éprouvé devant le malheur d'autrui⁴⁰ » et, parmi les synonymes disponibles, il propose le mot pitié. On notera également que pitié et misère semblent se répondre l'une à l'autre. Cela se voit dans le « miserere » latin qui signifie « prends pitié ». Nous utiliserons donc ici la pitié pour dire ce sentiment mais, en prenant garde à ne pas lui attribuer le sens condescendant qu'elle peut avoir dans son utilisation contemporaine pour parler de celui qui « fait pitié ». Le soignant contemporain, vivement encouragé par ses supérieurs, apprend au cours de sa formation, à prendre sur lui et à ne pas se laisser atteindre par ses sentiments. La pitié ne semble donc pas avoir sa place dans le soin mais, l'absence de sentiment face à la misère d'autrui est-elle possible et même souhaitable ? Dans la fameuse Parole du Bon Samaritain, trois hommes rencontrent un homme laissé pour mort par des brigands, un seul est « pris de pitié⁴¹ », c'est le seul aussi à secourir l'homme blessé. La pitié semble être parfois le moteur du soin, pourquoi faudrait-il la repousser à tout prix ?

39. Ricot J., *Du bon usage de la compassion*, Presses Universitaires de France, Paris, 2013, p. 9.

40. *Idem.*, p.9.

41. Évangile selon Saint Luc, 10, 29-37, *La bible de Jérusalem*, Editions du Cerf, 2000, p. 1745.

Le lieutenant Hofmiller, héros misérable de *la Pitié dangereuse* de Stefan Zweig fait la douloureuse expérience de se laisser déborder par ce sentiment. Pourtant, déclare-t-il au début du récit, celle-ci le modifie profondément, a priori en bien, « comme si ce premier regard jeté sur la souffrance humaine m'eût donné des yeux plus vifs, je commençai à voir partout des occasions de m'occuper, de m'intéresser, de m'enthousiasmer⁴² ». L'histoire nous apprendra que ce jeune homme, mû par la pitié qu'il éprouve pour une jeune paraplégique, finira par s'enfermer avec elle dans une spirale infernale entraînant le suicide de l'une et le remord éternel de l'autre. Il devient, au cours du récit, complètement dépendant à ce sentiment et la jeune femme est, en conséquence, toujours plus dépendante de lui en espérant secrètement son amour. Initialement pourtant notre héros est grisé par la pitié, car la « magie créatrice de la pitié⁴³ » lui apporte un sentiment d'utilité et de puissance sur autrui, mais dans un second temps il ne sait plus comment sortir de cette spirale. Voilà qui nous fait nous méfier de ce sentiment.

Un des plus célèbres pourfendeurs de la pitié est sans doute Nietzsche qui y voit en plus d'une supercherie, un danger pour l'humanité. Pour le philosophe, la pitié n'est en aucun cas une souffrance avec autrui (compassion) mais une souffrance personnelle car, la souffrance d'autrui est un rappel certain de notre propre vulnérabilité et y répondre par un acte de pitié n'est qu'une riposte. C'est « une subtile défense ou même une vengeance » car « on peut deviner que nous pensons au fond fortement à nous en considérant la décision que nous prenons dans tous les cas où nous pouvons éviter le spectacle d'un être qui souffre, dépérit et se lamente : nous décidons de ne pas l'éviter chaque fois que nous pouvons venir jouer les hommes forts et les sauveurs [...]»⁴⁴. Il distingue la souffrance de celui qui provoque la pitié, de celle de celui qui la ressent. Pour lui, « nous nous délivrons seulement de cette souffrance personnelle⁴⁵ » ce qui est l'aspect fourbe de la pitié. La pitié est donc un accroissement de souffrance puisqu' à la souffrance de la personne misérable s'ajoute celle de celui qui la regarde. Cet accroissement de souffrance fait dire au philosophe : « supposons qu'elle règne un jour en maîtresse

42. Zweig S., *La Pitié dangereuse*, Grasset, Paris, 2020, p. 81

43. *Idem.* p. 83.

44. Nietzsche, *Aurore*, §133, p 147. Gallimard 1970 Paris, p. 147.

45. *Idem.* p. 147.

elle entraînerait aussitôt l'anéantissement de l'humanité ⁴⁶ ». Il ajoute, de plus, que les louanges obtenues à la suite des actes de compassion peuvent nous pousser à l'action par pitié et que certains s'y adonne « par plaisir ⁴⁷ ». Cela explique le début de la triste histoire de Zweig, dont le sous-titre est d'ailleurs « l'impatience du cœur ». La pitié, provoquée par la misère d'autrui, nous pousserait donc à agir sans réfléchir (impatience) et mus par notre sensibilité (cœur) et non par notre raison. On comprend mieux la méfiance voire le dénigrement dont elle peut faire l'objet dans la formation des médecins. Mais que faire, pour le soignant, du sentiment qui naît quand survient la misère ?

III. Juste et ajusté

Ce travail s'intitule « y a-t-il un juste soin ? » car la pauvreté du patient vient questionner le soignant dans deux grandes directions. D'abord dans son métier, car le soignant cherche à toujours plus s'adapter à son patient. En effet, c'est la prétention de la médecine générale que de vouloir être une médecine soucieuse de l'environnement de ses patients, une médecine dite « de famille » quand les autres spécialités sont « d'organe ». D'emblée, le médecin traitant se pose comme étant le garant d'une médecine globale. En soignant la personne, dans son environnement, en adaptant ses soins aux habitudes du patient, on peut espérer obtenir une efficacité thérapeutique plus grande. La confiance envers le praticien et la compliance aux thérapeutiques est d'autant plus grande que les soins sont adaptés à la vie quotidienne du malade. Que faire pour un malade vivant dans un environnement néfaste et, a priori, incompatible avec la bonne santé. Comment faire de leur environnement un allié vers la santé quand celui-ci est de façon criante la raison de la mauvaise santé. Quel soin ajusté proposer alors ?

Nous l'avons vu, la misère vient questionner également le soignant dans son « métier » d'homme, donnant à sa pratique une dimension plus politique. Soigner les gens participe à la santé publique. De plus santé et bonheur sont liés. Le soin individuel s'inscrit donc dans un cadre plus grand, celui du bien commun. Pour

46. *Ibid.*, p. 149.

47. *Ibid.*, p. 149.

Aristote, « le meilleur objectif, en tout cas le plus achevé paraît de saisir et de préserver le bien de la cité ; car si l'on peut se féliciter quand il est à la portée ne serait-ce que d'un seul homme, malgré tout, il plus beau et plus divin de le voir à la portée de nations et de cité ⁴⁸ ». Il s'agit d'« écouter, examiner, conseiller ou soigner avec la même conscience toutes les personnes quels que soient leur origine, leurs mœurs et leur situation de famille[...] ⁴⁹ ». S'il doit proposer un soin le plus ajusté à la personne possible, le soignant, doit proposer un soin juste, équitable entre les personnes. Bien sûr cette recherche du soin juste et ajusté vaut pour chaque patient. La pauvreté, en rendant cette recherche plus difficile, la révèle aussi au soignant qui, en d'autres circonstances, peut l'oublier.

Prenons un exemple fréquent de pathologie chez les personnes à la rue : les ulcères. Les maladies de peau nécessitent avant tout des soins quotidiens et une hygiène correcte. En temps normal, le médecin diagnostique le type d'ulcère, définit le protocole de pansements à faire effectuer à domicile par des infirmiers libéraux et souvent ajoute quelques examens complémentaires pour dépister les maladies à l'origine de cette plaie. Quelques ordonnances plus tard le patient est de retour chez lui et la cicatrisation n'a plus qu'à suivre son cours. A la rue le patient n'a généralement pas de quoi se laver (l'eau et le savon restent la base de toute cicatrisation) et comment faire venir à lui des infirmiers qui se déplacent à domicile ? Le soin ajusté va prendre en compte son non-logement pour lui faire accéder en premier lieu à une douche. Il faudra trouver la structure où il pourra bénéficier de soins infirmiers réguliers et mettre sa couverture sociale à jour pour espérer qu'il puisse avoir les examens nécessaires. Si cela n'est pas fait, même avec les mêmes ordonnances que le premier malade, on comprend bien que la cicatrisation ne sera pas possible. Voilà un ajustement complexe et long qui nécessite bien plus de moyens humains et de temps que ceux accordés au premier. Or, consacrer plus de soins et de moyens à un malade est-ce juste ? Délivrer plus de temps et plus de moyens pour des malades souffrant de pathologies graves ou urgentes, cela ne choque généralement personne mais à pathologie égale ? Ce qui nous amène à une deuxième dimension du « juste soin » qui celle de la justice « dans le soin ». Quelle place pour la justice dans la médecine en tant

48. Aristote, *Ethique à Nicomaque*, 1094 b 5-9, *op. cit.*, p. 50.

49. Conseil National de l'Ordre des médecins, *Code de déontologie médicale*, 2021.

qu'institution ? Si la pauvreté nécessite un ajustement pour les patients qui la subissent, elle ne doit pas les faire ni être moins bien soignés, ni être réduits à leur catégorie sociale.

CHAPITRE III : LA RECHERCHE DU JUSTE SOIN

Confronté à la pauvreté, voilà le soignant bien décontenancé. Lui qui savait ne sait plus. Lui qu'on avait formé à ne pas montrer ses émotions, peine à ne pas laisser voir sa pitié. Lui qui voulait soigner équitablement ses patients ne sait plus comment faire tenir ensemble soin ajusté et juste soin. Pourtant, l'enjeu du soin à apporter au plus pauvre dépasse celui d'une simple guérison. En effet, peut-être ce soin peut-il participer à une sortie de la misère malade et aliénante ? Le soin deviendrait alors vecteur de justice sociale. Cela serait l'occasion, pour le soignant de s'accomplir dans son métier de soignant comme dans « son métier d'homme ».

Face à l'inconnue que représente ces situations sociales désespérantes, le soignant cherche la bonne position à adopter. Le propre d'une position c'est qu'elle permet d'en changer. Le philosophe Éric Fiat nous apprend d'ailleurs à prendre garde confondre position et posture. Cette dernière (du latin « pondere » : pondre) est par définition statique et rigide. « Il vaut mieux avoir des positions qu'une posture⁵⁰ » nous rappelle-t-il. La posture est incompatible avec la souplesse nécessaire à la vigilance or, l'éthique est une vigilance et celle-ci est l'apanage du veilleur. Le propre du veilleur s'est de changer de position, de réajuster sa garde pour ne pas s'endormir. Il nous semble, néanmoins, être un bon moyen, dans la recherche de cette position ajustée, de connaître les postures à éviter. Cela nous permettra d'en voir les forces mais surtout d'en éviter les écueils et de leur proposer des alternatives. Pour chaque posture soignante décrite ci-après nous nous demanderons si le soin est ajusté c'est à dire adapté au patient et s'il est juste c'est-à-dire équitable dans un système de soin.

50. Maurot E., « Bioéthique : pour Éric Fiat, « ceux qui tonnent veulent faire taire la voix du doute » » in *La Croix*, 30 mars 2018.
disponible en ligne sur : <https://www.la-croix.com/Sciences-et-ethique/Ethique/Bioethique-Ceux-tonnent-veulent-faire-taire-voix-doute-2018-03-30-1200927947>

I. Faut-il traiter la pauvreté par le mépris ?

Soigner les malades et non les maladies

M. M. patient alcoolo-tabagique de 55 ans, n'ayant pas vu de médecin depuis 20 ans, très isolé, ne possédant même pas de portable, consulte un jour pour une douleur de la bouche. Le diagnostic n'est pas difficile à poser tant la tumeur est évoluée : comment vivre et manger avec une telle lésion, comment avait-il fait pour ne pas s'en plaindre plus tôt ? Cancer de la langue. Hospitalisation immédiate. On lui retire donc la langue et le voilà sorti quelques mois plus tard. Il ne pourra se réalimenter sans sonde gastrique que s'il réapprend à déglutir. Ce patient mettre plus de six mois à voir l'orthophoniste « c'est au patient d'appeler pour prendre le premier rendez-vous ». Avouez que sans téléphone et sans langue la prise de rendez-vous est complexe. Toute la chaîne de soignants que nous étions, avait, je pense, très bien soigné son cancer, la reconstruction des O.R.L était superbe mais tous nous avons omis ce « détail » lui faisant perdre du temps et de l'autonomie.

La pauvreté dérange quand elle ne dégoûte pas. La misère a une odeur qui est parfois insoutenable. Un de réflexes humains face à celle-ci est de détourner les yeux. Dans la rue cela revient à détourner le regard face à la demande d'aumône d'un pauvre assis à terre. Ce triste spectacle se donne particulièrement à voir dans le métro. L'évitement est rendu difficile car le lieu est étroit et clos. Il est fréquent que des mendiants y passent pour y faire la manche. La gêne de la rame entière est alors palpable, les uns plongent dans leur téléphone, les autres inspectent leurs souliers. Le soulagement vient quand la personne quitte la rame à l'arrêt suivant. Le soignant n'échappe pas à cette réaction. Cependant il ne peut toujours éviter d'examiner une bouche édentée ou de déchausser ses patients les plus pauvres. Il peut néanmoins « détourner le regard » en feignant, comme les passagers du métro, l'indifférence. Il peut ne pas sourciller et faire « comme si » il n'y avait pas de problème. Cela lui permet d'ignorer factivement la pauvreté du patient. Or, ignorer un problème équivaut à le traiter par le mépris. Nous pouvons donc légitimement nous demander si cette posture qui « méprise » la condition sociale du malade est vraiment ajustée ?

Le corps du miséreux, aussi repoussant soit-il, se donne à voir. Il devient un objet d'étude permettant au soignant de ne pas regarder la personne qui lui fait face. Ricoeur, dans un article consacré aux « trois niveaux du jugement médical » place pourtant l'indivisibilité de la personne parmi les trois préceptes fondateurs du niveau déontologique. Un médecin qui ne la respecterait manquerait donc à son devoir. Ce précepte consiste à traiter un malade dans sa totalité et s'oppose à « la fragmentation qu'imposent aussi bien la diversité des maladies [...] que la spécialisation correspondante des savoirs, [...] également à un autre genre de clivage entre le biologique, le psychologique et le social ⁵¹ ». Ce qui ne veut pas dire que la réification du patient, qui naît de cette fragmentation, est toujours irrecevable. En chirurgie l'objectivation du corps est, le temps de l'opération, gage de réussite. Face à la misère sociale, l'indifférence aux aspects sociaux est parfois nécessaire pour masquer un geste de recul méprisant. Mais celle-ci ne doit jamais être une posture unique au risque de passer pour du mépris. Double peine encore pour le patient !

La précarité est associée à la survenue de nombreuses maladies, conséquence de l'exposition plus grande aux facteurs de risque : mauvaise alimentation, consommation de tabac, d'alcool ou autres drogues, mauvais sommeil, stress, violence... Cette liste, non exhaustive, entraîne une seconde, toute aussi longue : diabète, hypertension, syndrome post traumatiques, dépression, alcoolisme, cancer... Ainsi nos patients les plus pauvres seront riches en maladies. Si le soignant se retrouve en terrain inconnu face au patient vivant dans la misère, il connaît en revanche toutes ces maladies. Une des premières tentations, pour lui, lorsque paraît la misère dérangeante est de se réfugier derrière celles-ci connues donc rassurantes. Identifier les signes cliniques, établir un diagnostic puis proposer un protocole de soins conformes aux recommandations en vigueur. Rien de difficile finalement. On en oublierait presque la misère et on se persuaderait que le patient, majeur et autonome, est libre ensuite de se soigner ou non. Il n'a plus qu'à changer complètement son mode de vie, c'est la sienne et sa responsabilité. Qui oserait prétendre pourtant à la facilité voire à la faisabilité d'un tel changement ? Les assigner à responsabilité, sous couvert d'autonomie, peut même faire pire que mieux. Simone Weil nous dit à ce propos « pour un homme qui est dans une

51. Ricoeur P., « Les trois niveaux du jugement médical », in *Esprit*, n°227, p. 24.

situation inférieure et qui en souffre, savoir que sa situation est causée par son incapacité, et savoir que tout le monde le sait, n'est pas une consolation, mais un dédoublement d'amertume⁵² ». Cette fausse indifférence à la condition sociale du patient aboutit, nous le voyons bien en pratique, à des situations absurdes car la « prise en charge » proposée alors est totalement inadaptée aux conditions de vie précaires et donc impossible à mettre en application. N'est-ce pas leur faire subir une humiliation de plus ? Or, Bernanos nous rappelle que « c'est l'injuste humiliation des pauvres qui fait les misérables⁵³ ».

La tentation du soin égalitaire

Le soignant peut cependant revendiquer un certain « mépris » de la condition sociale de son patient, en arguant de sa volonté de soigner « tout le monde pareil ». Cet égalitarisme est tentant mais ne permet pas de prendre en compte la précarité. Bien sûr, nous reconnaissons une égale considération pour chacun de nos patients qui naissent « libres et égaux en droits⁵⁴ ». Mais, comment concilier, en pratique, l'égalité de droit et les inégalités de fait, que nous ne pouvons pas ne pas voir ? Une des façons de refuser de voir cette différence est de se réfugier derrière la liberté du patient. Égalité et liberté voilà un bel idéal, très français, nous en conviendrons. En ce qui concerne la santé, les patients, égaux en droits, restent libres d'y adhérer ou non ensuite. La fameuse autonomie du patient est alors respectée. L'autonomie, est la capacité pour chacun de se gouverner soi-même mais, a-t-elle encore un sens pour les patients subissant la misère ? Comment, en effet, décider pour soi-même quand sa « capacité d'agir » est rendue quasiment nulle par ses conditions de vie ?

Prenons l'exemple simple des urgences. Le plus important à la sortie du patient est de l'informer des motifs devant l'amener à reconsulter. Pour aller plus vite ou pour garantir que l'information est correctement effectuée, nous distribuons de plus en plus de fiches de consignes. Le soignant a sa conscience tranquille, les patients sont informés de façon exhaustive et sortent même avec une fiche « remise en mains propres ». Quid des patients analphabètes ou étrangers ?

52. Weil S., *L'enracinement*, op. cit., p. 27.

53. Bernanos G., *Journal d'un curé de campagne*, 1936, Librairie Plon, Paris, p. 104.

54. Article 1^{er} de la *Déclaration des Droits de l'Homme et du Citoyen* de 1789 disponible en ligne sur : <https://www.legifrance.gouv.fr/contenu/menu/droit-national-en-vigueur/constitution/declaration-des-droits-de-l-homme-et-du-citoyen-de-1789>

Ainsi, le soignant face à la misère, est forcé de constater que l'égalité universelle de droit ne va pas de pair avec une égalité de fait. En effet, la santé n'est pas la chose au monde la mieux partagée, son propre métier ne servirait à rien sinon. Les soins médicaux grâce à la science et au savoir-faire acquis au cours de l'histoire permettent de rendre la santé certains malades. Cela revient à rétablir une certaine égalité entre les personnes. Outre les inégalités face à la maladie, il ne peut que constater, de fait, l'injustice sociale entre les personnes qu'il soigne. Mais le soin peut-il être, aussi, un vecteur de justice sociale ? Participer à la justice sociale, c'est participer à la vie de la cité et donc accomplir son rôle politique. Pour Rawls, la justice est « la première vertu des institutions sociales ⁵⁵ ». La rechercher, pour un soignant, commence par s'intéresser à la dimension politique de son métier. Nous l'avons dit, l'idéal de santé proposé par l'OMS semble en décalage par rapport à notre expérience quotidienne. Comment essayer d'y participer néanmoins ? Comment faire, en pratique, pour rester fidèle à l'intention de soigner tout le monde pareil et à celle d'accompagner à la vie bonne via la santé ?

Cela commence par essayer de garantir à tous un égal accès aux soins. C'est le sens de mesures comme la couverture maladie universelle⁵⁶. Voilà un magnifique exemple de justice sociale. Cependant, il est uniquement monétaire. Or nous avons insisté, en introduction, sur les multiples dimensions de la pauvreté. Comment le soignant peut-il garantir cet égal accès aux soins en considérant la pauvreté comme une problématique plus large que pécuniaire ? Voilà donc une question politique, que le soignant confronté à la pauvreté doit nécessairement regarder en face. Or, et nous pouvons le regretter, la plupart des soignants ne bénéficient jamais au cours de leur formation d'introduction à la pensée politique. Pourtant nous dit Rawls : « l'existence des institutions implique certains modèles de conduite individuelle s'accordant avec des règles reconnues publiquement. Les principes s'appliquant aux institutions ont donc des conséquences sur les actions de ceux qui occupent des postes dans ce système⁵⁷ ». Notre système promet, dès sa devise, l'égalité. Mais, comment soigner également chacun ?

55. Rawls J., *Théorie de la justice*, Editions Points, Paris, 2009, p. 29.

56. Loi n° 99-641 du 27 juillet 1999 portant sur la création d'une couverture maladie universelle disponible en ligne sur : <https://www.legifrance.gouv.fr/loda/id/JORFTEXT000000198392/>.

57. Rawls J., *Théorie de la justice*, *op. cit.*, p. 376.

Une vision traditionnelle de la géographie politique de notre pays nous fait placer plutôt à gauche l'égalité comme « valeur » dominante pour aller vers une liberté grandissante pour aboutir à un libéralisme capitaliste à droite de l'échiquier politique. Beaucoup s'accordent à dire que cette vision est dépassée et là n'est pas le but de ce travail. Cependant sortir du combat souvent stérile entre liberté et égalité peut nous permettre de mieux juger les différentes théories de la justice existantes et de nous en saisir, à notre échelle, au sein du système de soin. Pour Will Kymlicka, dans son ouvrage *Les théories de la justice une introduction*, les différents courants politiques ne se distinguent pas sur le primat de l'égalité sur la liberté ou l'inverse mais ont en commun une conception de l'égalité que l'on trouve « tout autant chez un libertarien comme Nozick que chez un communiste comme Marx⁵⁸ ». Ce qui les différencie, nous explique-t-il, c'est le type spécifique d'égalité requis pour aboutir à la conception fondamentale, commune mais abstraite d'égalité. Droit à l'égalité des revenus pour les uns contre droit égal à jouir de sa propriété pour les autres. Pour lui toutes les sensibilités politiques partagent un égalitarisme au sens large. La question n'est pas alors de « savoir si nous acceptons l'égalité, mais comment nous l'interprétons⁵⁹ » et nous permet de sortir du débat liberté / égalité. Cela nous empêche donc de nous réfugier derrière la liberté pour justifier des inégalités. Dans le domaine du soin, cela rend inacceptable le fait de justifier des traitements inégaux par le libre choix du patient. Cette égalité commune vient de la notion d'égalité des hommes, héritage kantien qui nous fait leur accorder à tous une égale considération. Cela, nous en conviendrons, est unanimement reconnu par les soignants et plus généralement par les différents courants politiques. Quelle justice dès lors permettrait de respecter voire de restaurer cette égalité des personnes ?

Dans son ouvrage consacré aux théories de la justice, Kymlicka fait la part belle à John Rawls. Sa théorie de la justice est intéressante pour notre travail car elle propose clairement une conduite à tenir face à l'inégalité sociale.

Au centre de la théorie de Rawls nous trouvons deux principes de justice :

58. Kymlicka W., *Les théories de la justice une introduction*, Editions de la découverte ; Paris, 2003, p. 11.

59. *Idem.*, p. 12.

« Premier principe :

Chaque personne doit avoir un droit égal au système total le plus étendu des libertés de base égales pour tous, compatible avec un même système pour tous.

Second principe :

Les inégalités économiques et sociales doivent être telles qu'elles soient :

- a) au plus grand bénéfice des plus désavantagés, dans la limite d'un juste principe d'épargne, et
- b) attachées à des fonctions et à des positions ouvertes à tous, conformément au principe de la juste égalité des chances⁶⁰ ».

Ces principes, respectivement appelés principe de liberté et principe de différence fondent la théorie de la justice du philosophe. Ce qui nous intéresse ici, c'est de constater que l'inégalité (principe de différence) figure au sein même de la théorie de la justice. Voilà qui semble corroborer davantage avec les faits. L'égalitarisme n'est donc pas requis pour viser une société juste. Or, en termes de santé nous sommes sans cesse confronté à cette inégalité de départ. L'objectif de Rawls n'est, en aucun cas d'arriver à une situation d'égalité arithmétique parfaite, qui semble irréalisable et dont les échecs de certains courants de pensées ont prouvé l'incapacité en pratique. Kymlicka résume la théorie de Rawls ainsi : « une inégalité n'est acceptable que si elle bénéficie aux plus défavorisés ⁶¹ ». Ce qui peut se traduire dans notre cas par : le soignant juste peut et doit soigner différemment ses patients les plus pauvres si cela leur profite. Cela revient à accepter de dispenser plus de temps et de moyens à ces patients. Moyens qui ne devront pas être uniquement financiers. Cette théorie est intéressante car elle s'oppose aux théories utilitaristes si populaires en santé publique : il ne s'agit pas de regarder l'intérêt du plus grand nombre mais l'intérêt du plus vulnérable. Bien sûr, plus les institutions sont justes plus ces deux intérêts tendent à se rencontrer.

60. Rawls J., *Théorie de la justice*, op. cit., p. 341.

61. Kymlicka W., *Les théories de la justice une introduction*, op. cit., p. 65.

II. La pauvreté est-elle une maladie ?

Une maladie sociale

Nous avons vu que la posture qui consiste à ne pas regarder la misère semble être, par bien des aspects, un piège. Le soignant, heureusement, ne réagit pas toujours de la sorte. Il peut, au contraire, pour connaître son malade, chercher à savoir dans quel environnement il évolue. Cela ne peut se faire sans constater et donc regarder sa pauvreté. Le corpus hippocratique, déjà, nous enseignait l'importance de connaître, avant même les symptômes, le mode de vie du patient. « Il reconnaîtra le genre de vie des habitants, qui sont ou amis du vin, de la bonne chère et du repos, ou laborieux, abonnés aux exercices du corps, mangeant et buvant peu. [...] ainsi préparé, il [le médecin] prédira [...] tant les maladies générales [...] que celles dont chacun en particulier est menacé⁶² ». Aujourd'hui encore, l'onglet « mode de vie » apparaît toujours avant celui « histoire de la maladie » ou encore « signes cliniques » dans l'examen clinique type qu'on nous enseigne à la faculté. Chez les personnes les plus démunies, le « mode de vie » est souvent très rude et à l'origine de maladies. Le soignant peut alors, démunie qu'il est face à ces patients, confondre mode de vie et symptômes et devenir le médecin d'une pathologie, non enseignée : la « maladie sociale ». Cela lui permet de récupérer une position de sachant, quand nous avons dit qu'une des caractéristiques de la misère est qu'elle le destitue de cette place. Comme la santé est, selon la désormais connue formule de l'OMS : « un état de complet bien-être physique, mental et social », cela laisse présupposer que les maladies peuvent être physiques, psychiques et sociales. Mais qu'est-ce que cette maladie sociale ?

L'Assemblée nationale a adopté le 9 juin 2021 le projet de loi relatif à la bioéthique. En discussion depuis deux ans, la proposition de retenir le motif psychosocial comme motif d'interruption médicale de grossesse, n'a finalement pas été retenue.

Le médecin généraliste est souvent sollicité par ses patients pour remplir des dossiers de demande d'aides. Force est de constater que le motif social est souvent accepté comme « étiologie ».

62. Hippocrate, *Connaitre, soigner, aimer*, Paris, Editions du Seuil, 1999, p. 65.

Plus personne ne sourcille non plus quand on hospitalise une personne âgée pour motif « social ».

Ces exemples nous font nous rendre compte qu'il est des situations où la misère est déjà considérée comme une maladie. Comme toutes les maladies, elle aura ses spécialistes. Le médecin, peut alors devenir, malgré lui, un « misérologue ». Quel serait alors son rôle ? Celui de soigner les miséreux ou d'éradiquer la misère ? On conviendra que l'existence d'une telle spécialité serait stigmatisante et ne ferait qu'accroître l'exclusion dont souffre déjà certains patients. De plus, de quel arsenal thérapeutique disposerait-il ? Ne serait-il pas contraint de condamner ses patients à la perpétuité ? Double peine pour le patient ! Bernanos, visionnaire, avait prédit cet amalgame entre pauvreté et maladie et prévoyait déjà le mépris qui y serait attaché. « Rien de plus facile, en somme, que leur laisser entendre que la pauvreté est une sorte de maladie honteuse, indigne des nations civilisées, que nous allons les débarrasser en un clin d'œil de cette saleté-là⁶³ ».

Cette question, vient nous rappeler le paradoxe initial évoqué dans ce mémoire. Si vivre dans la misère semble difficilement compatible avec l'état de santé, est-ce en soi pathologique ? Ne risque-t-on pas, en cherchant à éradiquer la misère, comme le suggérait la proposition de loi, d'éradiquer les pauvres ? La responsabilité du soignant qui poserait le diagnostic de « maladie sociale » serait énorme tout comme les dérives que pourrait avoir la reconnaissance d'une telle pathologie.

Nous l'avons vu, la *Charte d'Ottawa* liste les conditions indispensables à la santé parmi lesquelles on peut lire : « se loger, accéder à l'éducation, se nourrir convenablement, disposer d'un certain revenu, avoir droit à la justice sociale et à un traitement équitable⁶⁴ ». Ce document stipule d'emblée que « la promotion de la santé ne relève donc pas seulement du secteur de la santé⁶⁵ ». Il y a une dimension éminemment politique de la santé. Toutefois si l'injustice sociale, la faim, l'absence de logement, de revenus ou d'éducation deviennent, deviennent non plus des facteurs de maladie, mais les symptômes d'une maladie sociale, le politique devient

63. Bernanos G., *Journal d'un curé de campagne*, op. cit., p. 71.

64. La *Charte d'Ottawa* a été adoptée le 21 novembre 1986 lors de la Première Conférence Internationale pour la promotion de la santé (OMS) disponible en ligne sur : https://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0003/129675/Ottawa_Charter_F.pdf

65. *Idem*.

médical. Démission potentielle du politique qui augmente encore la responsabilité du soignant qui s'en trouve, soit épuisé, soit dans une position d'ultra domination malsaine. Amalgame entre médical et politique qui fait dire, peut-être à juste titre, à Illich que « les médecins contemporains [...] se conduisent en agent du pouvoir politique⁶⁶ ». La question pour nous, soignants, est de savoir si nous voulons vraiment avoir cette fonction et si cela rendrait vraiment service à la vie de la Cité ?

La question peut être posée autrement : la misère est-elle pathologique ? « Il faut donc commencer par comprendre le phénomène pathologique. Celui-ci, pour Canguilhem, « révélant une structure individuelle modifiée. Il faut toujours avoir présente à l'esprit la transformation de la personnalité du malade⁶⁷ ». Le danger dans notre médecine normative c'est qu'à force de chercher à nous rapprocher des normes, nous confondons l'anormal avec le pathologique. Dans la conclusion de son œuvre consacrée au normal et au pathologique, Canguilhem nous rappelle que c'est « d'abord parce que les hommes se sentent malades qu'il y a une médecine. Ce n'est que secondairement que les hommes parce qu'il y a une médecine savent en quoi ils sont malades⁶⁸ ». Ce bon sens nous manque parfois. Ne serait-ce pas abuser de notre pouvoir que d'assigner quelqu'un à la maladie quand sa « personnalité » ne s'en trouverait pas dérangée ? En effet, pour ce philosophe et médecin, « la maladie apparaît lorsque l'organisme est modifié de telle façon qu'il en vient à des réactions catastrophiques dans le milieu qui lui est propre⁶⁹ ». A contrario, si les réactions de la personne ne sont pas modifiées, dans le milieu dans lequel elle vit, rien ne nous permet de l'assigner à la maladie. Les situations cliniques déjà décrites nous montrent, combien, les modifications cliniques sont perturbantes chez les personnes vivant dans une grande précarité. Perturbantes pour qui ? Car, si elles n'expriment pas de plainte, autrement dit que leur fonctionnement habituel n'est pas altéré, ne serait-ce pas tyrannique de les « rendre » malades ?

66. Illich I., *Némésis Médicale*, Paris, Editions du Seuil, 1975, p. 75.

67. Canguilhem G., *Le normal et le pathologique*, op. cit., p. 158.

68. *Idem.*, p. 205.

69. *Ibid.*, p. 160.

Une société malade

Le fait de faire de la pauvreté une maladie ne semble donc guère ajusté, ni pour le patient stigmatisé et condamné à une pathologie incurable, ni pour le soignant qui se retrouve dans une posture ultra dominatrice. « Le pouvoir donné aux médecins de dire où sont et quels sont les besoins ne fait qu'élargir la base sur laquelle ils peuvent s'appuyer pour rendre leurs services⁷⁰ » nous dit encore Illich dans son essai *Némésis médicale*. En pointant du doigt les abus de pouvoir contenus en puissance dans l'actuelle médecine, il cherche plus généralement à nous alerter des dangers d'une « pan-médicalisation » de la société. Cela nous ferait courir le risque d'une société particulièrement injuste. Pour illustrer ce risque, il prend l'exemple de la vieillesse et du vieillissement dont la société et les médecins d'aujourd'hui ont fait un « problème gériatrique⁷¹ ». Quelles sont les conséquences pour nous aînés ? Cela, conduit, outre à les cloîtrer, à accroître les inégalités puisque, « le vieillard riche est en mesure d'éviter le service médical totalitaire auquel le pauvre échappe avec d'autant plus de difficulté que la société est riche⁷² ». Par analogie, médicaliser l'origine sociale des patients, ne serait, en aucun cas, un remède aux injustices subies par nos patients précaires. Illich critique ainsi, dès les années 70, le « contrôle social par le diagnostic⁷³ ». En effet, à tout médicaliser, on crée des « catégories de patients⁷⁴ » à l'intérieur desquelles « naît et se renforce la stratification hiérarchique établie par l'école, le salaire et le statut⁷⁵ ». Ces derniers critères, nous nous en doutons, ne seront jamais à l'avantage de nos patients vivant dans la misère.

De plus, les rendre « malades » les condamne à une dépendance de plus : celle au système de soin. Nous conviendrons que, participer à la sortie de la misère de quelqu'un c'est chercher à le rendre plus indépendant, que ce soit en terme financier, éducatif, d'accès au logement ou de santé. Cette dépendance supplémentaire semble donc particulièrement injuste. Comment, en ajoutant encore de la dépendance, participerions-nous à l'émancipation de quelqu'un ? C'est ce

70. Illich I., *Némésis médicale*, op. cit., p. 54.

71. *Idem.*, p. 64.

72. *Ibid.*, p. 64.

73. *Ibid.*, p. 61.

74. *Ibid.*, p. 64.

75. *Ibid.*, p. 66.

qu'Illich dénonce vivement en critiquant l'évolution de la médecine actuelle. Ainsi, écrit-il que « la prolifération des professionnels de la santé n'est pas seulement malsaine parce que les médecins produisent des lésions organiques ou des troubles fonctionnels : elle l'est surtout parce qu'ils produisent de la dépendance. Cette dépendance vis-à-vis de l'intervention professionnelle tend à appauvrir l'environnement social et physique de ses aspects salubres et curatifs, bien que non médicaux, tout en diminuant les possibilités organiques et psychologiques que les gens ordinaires ont de faire face et de s'adapter⁷⁶ ». Double peine une fois de plus pour nos patients les plus pauvres !

III. Refuser la misère : au mépris de la santé

La confusion des rôles

Le pendant inverse de la posture précédente nous semble, lui aussi, périlleux. Cela consiste à ne considérer la santé de son malade qu'à travers un prisme social, le soignant ayant, à juste titre, identifié que l'urgence pour certains n'est pas médicale. Cela revient, caricaturalement, à opposer à la médicalisation du social, la socialisation de la médecine.

Face à la misère, le soignant ne voit plus que les besoins humains dont elle est la vitrine criante. Constatant « la liste de ceux des besoins humains qui sont vitaux⁷⁷ », pour l'âme comme pour le corps, et conscient qu'à chacun d'eux correspond une « obligation⁷⁸ » au sens que lui donne Simone Weil ; le soignant peut ne plus voir en son patient pauvre que l'injustice sociale dont il est victime. Mais est-ce vraiment là une façon adaptée de répondre à l'injonction morale à laquelle nous invite Péguy, c'est-à-dire de « retirer de la misère les miséreux » ? De plus, ne voir que la misère du miséreux n'est-ce pas prendre le risque de se laisser guider par la seule pitié ? Nous avons vu, pourtant, comme elle pouvait être dangereuse. Nietzsche, nous dit en effet que « celui qui veut d'une manière ou d'une autre servir l'humanité en médecin devra user de beaucoup de prudence avec ce

76. Illich I., *Némésis médicale*, op. cit., p. 55.

77. Weil S., *L'enracinement*, op. cit., p. 14.

78. *Idem.*, p. 9.

sentiment. Il le paralyse régulièrement au moment décisif et annihile son savoir et sa main habile et secourable⁷⁹. » Si le médecin ne saisit pas le bon moment pour soigner, qu'il ne sait plus et qu'il ne peut plus porter secours à son patient, est-il encore soignant ?

Les soignants en s'intéressant exclusivement à l'injustice sociale peuvent se targuer d'agir par compassion. Nous sommes loin ici d'une indifférence méprisante mais prudence car, nous prévient Ricot : « la société de l'homme compassionnel dans laquelle nous paraissions irrémédiablement entrer est redoutable. Si la seule suppression (et non soulagement) de la souffrance devient la nouvelle norme universelle (car on n'échappe pas à la norme), alors, pour ne prendre que l'exemple paradigmatique du soin médical, le nouvel impératif catégorique sera de donner une réponse non seulement à toute souffrance physique, mais à toute détresse, dès lors qu'elle sera perçue comme une injustice devant un désir qui ne trouve plus à se réaliser⁸⁰ ». Reconnaître une injustice est une chose bonne. Elle rend déjà, en quelque sorte, justice à celui qui la subit mais, lorsque le soignant veut s'en faire le réparateur a-t-il bien conscience de l'ampleur de sa tâche ? Si oui, ne retrouve-t-on pas, enfouie derrière les meilleurs sentiments, une volonté de puissance et avec elle un risque d'abus ? A-t-il conscience que la souffrance médicale n'est qu'une partie de la détresse sociale et que le combat dans lequel il s'engage est bien plus vaste que le champ de la médecine, seul champ dont il peut légitimement se porter garant. Simone Weil, à propos des obligations qui nous lie à tout être humain précise : « c'est donc une obligation éternelle envers l'être humain que ne pas le laisser souffrir de la faim (cette obligation étant la plus évidente) quand on en a l'occasion de le secourir⁸¹ ». Face à la misère et à ses multiples besoins, peut-être, faut-il alors se demander de quoi « on a l'occasion ».

Une des tentations pour le soignant confronté à la précarité est de faire à la place du patient pour mieux l'aider. Voilà qui est mépris de l'autonomie de la personne. L'éducation thérapeutique, cheval de bataille du généraliste, est particulièrement exigeante dans le cas des patients les plus pauvres. Prenons l'exemple des patients non francophones – c'est une grande pauvreté – :

79. Nietzsche, *Aurore*, *op.cit.*, p. 150.

80. Ricot J., *Du bon usage de la compassion*, *op. cit.*, p. 52.

81. *Idem.*, p. 13.

l'apprentissage du vocabulaire pour dire les maux du corps est un travail de longue haleine, et la tentation, en consultation, c'est de se dispenser d'interrogatoire quitte à multiplier les examens pour obtenir les « bonnes » informations. Bien qu'il ne faille pas sublimer l'autonomie réelle des personnes, passer outre est toujours condamnable. Ainsi derrière un activisme social débordant peut parfois se cacher un paternalisme qui ne doit pas devenir autoritaire.

Nous l'avons vu, soigner des personnes vivant dans la misère relève parfois de l'absurde et nous met, bien souvent, face à notre impuissance. A quoi bon équilibrer un diabète chez un patient qui ne mange pas à sa faim, à quoi bon essayer de soigner une plaie si l'accès à une salle de bain n'est pas envisageable ? Si cette réaction contient un certain pragmatisme, ne fait-elle pas courir le risque d'une médecine au rabais ? Injustice de plus pour nos patients les plus précaires. Nous nous éloignons alors de la vision de la justice dans laquelle les inégalités peuvent être tolérées uniquement si elles sont aux bénéfices du plus vulnérable. Nous devrions, au contraire, accroître les soins médicaux que nous leur portons. Néanmoins, pour ces patients-là particulièrement, il semble qu'il faille faire tenir ensemble le travail social et le travail médical. Ce sont là deux corps professionnels différents qui ne doivent pas s'éclipser l'un l'autre. Comment rester à notre place ou la trouver quand l'urgence médicale et sociale se doublent ?

Illich nous dit que : « le rôle du médecin est devenu quelque chose de très mal défini. Les professions de santé produisent maintenant un amalgame de services cliniques, de médecine scientifique et de gestion technique de la santé publique⁸² ». Peut-être nous faut-il avoir un regard critique sur cette pluralité des tâches qu'on attend de nous, afin de les accepter ou non. Il nous alerte encore en écrivant : « que les médecins contemporains le veuillent ou non, ils se conduisent en prêtres, en magiciens, et en agents du pouvoir politique⁸³ ». Effectivement, aujourd'hui, la frontière entre le médical, le social et le politique est très poreuse. En témoigne le nombre croissant de structures médico-sociales quasi exclusivement portées par les collectivités, c'est-à-dire le politique. Cela laisse la porte ouverte à la confusion des rôles et à l'inertie qui l'accompagne. Pourtant, « l'accès à des soins en cas de

82. Illich I., *Némésis médicale, op. cit.*, p. 79.

83. *Idem.*, p. 75.

maladie⁸⁴ » et « le logement, les vêtements ⁸⁵[...] » sont des besoins humains vitaux. Y répondent donc différentes obligations et il s'agit de ne pas abandonner l'une au profit de l'autre. Weil conclue d'ailleurs que « l'imperfection d'un ordre social se mesure à la quantité de situations de ce genre qu'il enferme⁸⁶ ». Pour que cette collaboration médico-socio-politique fonctionne il s'agit d'abord de rester à sa place pour faire tenir ensemble les différents besoins et pouvoir essayer d'y répondre. Si les places ne sont pas clairement définies, il s'agit, en situation, de les définir ou redéfinir collectivement. Au risque de ne pas avancer ou de s'épuiser. L'épuisement du personnel dans le secteur médico-social suggère que cela ne soit pas toujours fait.

Une belle étude publiée récemment par la fameuse revue *Prescrire* décrit les bons résultats du dispositif « Un chez soi d'abord ⁸⁷ » qui propose un logement aux personnes à la rue avant toute tentative de soins médicaux. Elle montre que la santé des personnes comme leur qualité de vie est nettement améliorée par rapport à un groupe « classique » de personnes malades vivant à la rue bénéficiant de soins médicaux standards. On note que la réussite de ce dispositif vient notamment du fait que les personnes y sont accompagnées par une équipe pluri professionnelle et qu'elles sont soutenues correctement par des institutions publiques. Voilà peut-être une réponse à la volonté de trop socialiser la médecine : plutôt qu'une confusion des rôles entraînant inertie et épuisement, il faut mettre en place une bonne coopération où chacun trouve sa juste place.

Injustice de l'habitus

D'autre part, à force de ne voir que les « critères sociaux », selon l'expression consacrée, le soignant ne risque-t-il pas de réduire le patient à sa pauvreté ? La condition sociale porte, dans le langage sociologique, le nom d'habitus. L'habitus est un des concepts centraux de la pensée de Bourdieu. Pour lui, « les conditionnements associés à une classe particulière de conditions d'existence produisent des habitus [...] principes générateurs et organisateurs de pratiques et de représentations [...] objectivement réglées et régulières sans être en rien le produit

84. Weil S., *L'enracinement*, op. cit., p. 17.

85. *Idem.*, p. 17.

86. *Ibid.*, p. 11.

87. *Prescrire*, « Disposer d'un logement : un pas essentiel vers la santé » in *La revue Prescrire*, mars 2021, n° 449, p. 207.

de l'obéissance à des règles, et, étant cela, collectivement orchestrées sans être le produit de l'action organisatrice d'un chef d'orchestre⁸⁸». Ce concept nous permet comprendre les différences fondamentales qui existent dans les attitudes des uns et des autres. Médecins, comme patients, ont leur propre habitus. Celui-ci produit des actions en même temps qu'il les explique. Prendre conscience de l'habitus de quelqu'un c'est mesurer la part d'hétéronomie qui existe dans sa vie. Cela déresponsabilise, par exemple, les plus pauvres de leurs attitudes parfois sanitaires déraisonnables : alcoolisme, tabagisme, *etc.* Cela empêche le soignant de se réfugier derrière l'autonomie du patient. Le risque, en revanche, c'est de réduire celui-ci à une complète hétéronomie. Bourdieu nous apprend que l'habitus « engendre, de façon non mécanique, des conduites objectivement adaptées à la logique du champ social concerné, et autorisées, donc limitées, par elle⁸⁹ ». Ces habitus sont, de fait, incorporés, c'est à dire qu'ils s'inscrivent dans le corps même des personnes. « Agissant comme une seconde nature⁹⁰ » ils nous expliquent pourquoi certaines habitudes corporelles ou comportementales sont considérées comme allant de soi par les personnes appartenant au même « champ » social. Ainsi, de façon non consciente, l'incurie peut-être une incorporation d'une infériorité sociale et ce patient qui sent si mauvais « n'abuse pas » de ne pas se laver. Le corps, pour Bourdieu est un « pense-bête » du social. Il n'est que le dépositaire des « schèmes de perception et d'appréciation dans lesquels un groupe dépose ses structures fondamentales⁹¹ » ce qui lui fait dire que « ce qui est appris par corps n'est pas quelque chose que l'on a, comme un savoir que l'on peut tenir devant soi, mais quelque chose que l'on est⁹² ». Voilà qui nous fait relativiser le dégoût, et avec lui la condamnation, provoqués par certains patients. Précieux apport de la sociologie qui semble mieux coller au réel mais qui condamne à une certaine immuabilité. Immuabilité qui nous éloigne du regard soignant dont la visée est de modifier pour guérir. Cette vision sociologique nous fait aussi courir le risque d'enfermer nos patients dans leur habitus et dans les maladies qui vont avec. Il

88. Bourdieu P., *Le sens pratique*, Edition de Minuit, 1980, pp. 88-89.

89. Chauvaine C. et Fontaine O., *Le vocabulaire de Bourdieu*, Paris, Ellipses, 2003, p. 49.

90. *Idem.*, p. 50.

91. Bourdieu P., *Le sens pratique*, *op. cit.*, p. 122.

92. *Idem.*, p. 123.

faudrait alors soigner chacun selon son habitus, risquant de niveler par le bas le soin porté au plus pauvre, dans un « à quoi bon ? » réaliste, certes, mais désespérant.

L'autre risque d'une vision réduite à l'habitus de nos patients est de perdre l'exigence universaliste du soin et de la justice. Kant nous dit : « agis uniquement d'après la maxime qui fait que tu peux vouloir en même temps qu'elle devienne une loi universelle⁹³ ». Un soin subordonné à la condition sociale ne peut être « la loi » d'un soin qui se veut universel. Si la maxime kantienne est difficilement atteignable en condition, elle n'en demeure pas moins un horizon essentiel pour ne pas basculer dans un relativisme injuste. C'est d'ailleurs un des reproches fait à la sociologie dite dispositionnelle de Bourdieu. Reproche d'être trop déterministe et uniquement limitante pour l'individu. A cela le sociologue répond que « ce que le monde social a fait, le monde social peut, armé de ce savoir, le défaire⁹⁴ ». La connaissance comme prémices à l'autonomie. Le constat sociologique peut être un point de départ mais il ne faut pas en rester là.

93. Kant E., *Fondements de la métaphysique des mœurs*, trad. Delbos V., Paris, Librairie Générale Française, Edition 24, 2020, p. 94.

94. Chauviré C. et Fontaine O., *Le vocabulaire de Bourdieu*, op. cit., p. 28.

CHAPITRE IV : LA JUSTE POSITION EN SITUATION

Les postures décrites précédemment décrites avaient le rôle, artificiel, de nous guider, soignants, vers une position juste face à nos patients subissant la misère. Elles ont toutes des avantages mais présentent des écueils importants. Pour trouver une position plus ajustée, plusieurs points de vigilance nous semblent pouvoir nous éviter de basculer vers une posture inadaptée.

I. Réhabilitation de la pitié

La pitié, nous l'avons vu, peut précipiter le soignant, vers une certaine sensiblerie irrationnelle lui faisant oublier son rôle. En être totalement dénué mène à une indifférence méprisante et un égalitarisme absurde. Cette pitié si raisonnablement décriable en théorie et si difficilement repoussable en situation ne peut-elle pas trouver sa juste place dans le soin ? Ricot prétend, dès le titre de l'essai qu'il lui consacre, que l'on peut en faire « bon usage ». N'y aurait-il pas, dès lors, une place pour elle dans le soin à porter au plus pauvre ? En effet, le philosophe nous explique dans sa conclusion que « malgré la pertinence de ces fortes objections contre l'entrée dans la vie morale, on ne saurait renoncer à ce sentiment sans courir un risque grave, celui de ne connaître que la rigueur de la loi et ses principes mécaniquement appliqués⁹⁵ ». Dans le cadre du soin, cela revient à respecter les « recommandations » stricto sensu, sans adaptation au patient auxquelles elles s'appliquent. Ce sentiment, qui trouve son origine dans la misère d'autrui ne peut-il pas mettre le soignant en mouvement ? Peut-être faut-il, pour le soignant, l'accepter quand elle survient et écouter l'attention particulière qu'elle requiert pour le patient qui la suscite. Se laisser toucher par le malade et, sans réagir uniquement, à « l'impatience du cœur » quand survient la misère, répondre raisonnablement à l'injonction de la pitié. Dans le roman déjà cité de Zweig, il est un personnage qui

95. Ricot J., *Du bon usage de la compassion*, op. cit., p. 47.

nous donne à voir cette de seconde voie, c'est le docteur Condor. Ainsi explique-t-il au lieutenant Hofmiller dévoré par la pitié : « il y a deux sortes de pitié. L'une molle et sentimentale, qui n'est en réalité que l'impatience du cœur de se débarrasser au plus vite de la pénible émotion qui vous étreint devant la souffrance d'autrui, cette pitié qui n'est pas du tout la compassion mais un mouvement instinctif de défense de l'âme contre la souffrance étrangère. Et l'autre, la seule qui compte, la pitié non sentimentale mais créatrice, qui sait ce qu'elle veut et est décidée à persévérer avec patience et tolérance jusqu'à l'extrême limite de ses forces, et même au-delà. C'est seulement, quand on a la patience d'y aller qu'on peut venir en aide aux autres. C'est seulement quand on se sacrifie et seulement alors !⁹⁶ ». Patience et tolérance sont donc les conditions d'une pitié acceptée voire réhabilitée. Il est bon pour le soignant de l'avoir à l'esprit pour, le cas échéant, avoir l'humilité de passer la main ou de s'entourer d'autres personnes (professionnels ou non) qui permettront l'exercice de ces deux garde-fous. Que fait d'ailleurs, dans la parabole, le Bon Samaritain⁹⁷ ? Après avoir été pris de pitié pour l'homme battu, il le confie, nous dit l'évangéliste, à un aubergiste en capacité de le soigner.

Le docteur Condor nous apprend également que la pitié n'attend pas de reconnaissance. En effet, il déclare s'être occupé sa vie durant de sa femme aveugle et incurable « et celle-ci, loin de lui en être reconnaissante le tourmentait encore⁹⁸ ». Ainsi, accompagnée par certaines vertus —patience, tolérance, humilité, désintéressement— et éclairée par la raison, la pitié peut tout à fait se concevoir dans le soin. Elle est alors « le moteur, l'émotion, l'ébranlement, qui, éclairée par l'intelligence, nous maintient dans l'humanité, au double sens de ce mot : membre de la communauté humaine et capable de compassion⁹⁹ ». La mise en mouvement, la « force créatrice » générée par la pitié, la patience et les vertus qui l'accompagnent semblent être un excellent moyen pour s'ajuster au patient et mieux lui venir en aide. Ainsi la pitié, quand on en fait bon usage, a toute sa place dans le soin.

96. Zweig S., *La pitié dangereuse*, op.cit., p. 257.

97. Lc 10, 29-37, *La bible de Jérusalem*, Editions du Cerf, 2000, p. 1745.

98. Zweig S., *La pitié dangereuse*, op.cit., p. 257.

99. Ricot J., *Du bon usage de la compassion*, p. 53.

II. Exercer son métier de soignant

La pitié, même bien utilisée, n'est qu'un moteur. Quels autres moyens avons-nous pour tâcher de soigner de manière juste et ajustée, sans tomber dans l'un ou l'autre des pièges exposés ?

Être enseigné par le malade

Nous avons vu combien l'approche sociologique est tentante et combien elle nous permet de mieux appréhender certaines habitudes et donc le mode de vie de nos patients. Mais, un des reproches que nous pouvons faire la sociologie est que l'objet même de cette science vient du présupposé de l'inégalité. C'est ce que tâche de démontrer le néomarxiste Jacques Rancière en partant de la dialectique du maître et de l'élève. Il montre combien l'inégalité demeure paradoxalement dans la logique même de l'émancipation. D'après lui, le rôle du maître, dans la relation pédagogique, est « de supprimer la distance entre son savoir et l'ignorance de l'ignorant. Ses leçons et les exercices qu'il donne ont pour fin de réduire progressivement le gouffre qui les sépare. Malheureusement, il ne peut réduire l'écart qu'à condition de le recréer sans cesse¹⁰⁰ ». Il écrit aussi : « on sait que la science sociale s'est fondamentalement occupée d'une chose : vérifier l'inégalité. Et de fait elle l'a toujours prouvée¹⁰¹ ». L'idée originale de Rancière c'est de mettre l'égalité au départ et non à l'arrivée d'une situation donnée. Pour lui, c'est la seule condition de possibilité de l'émancipation. Ainsi seul un maître ignorant se trouve en position d'égalité avec ses élèves et peut donc participer à les émanciper. Par analogie, la misère nous met en position d'être des « non-sachants » elle nous permet donc, malgré nous, de nous trouver en situation d'égalité relative avec le patient. Peut-être est-ce là une voie vers la juste position recherchée : avoir l'humilité d'apprendre de ceux qui subissent la misère. En effet en la subissant, ils y résistent. Cette résistance peut être une connaissance. Peut-être ont-ils à nous apprendre les solutions qui s'imposent ? Leur offrir, dans la relation thérapeutique, le rôle du résistant, du combattant, les restitue dans leur capacité d'agir. La misère porterait en elle sa propre capacité d'émancipation. C'est là la ligne directrice d'ATD Quart Monde, dont l'objet est justement d'éradiquer la misère. C'est faire

100. Rancière J., *Le spectateur émancipé*, Paris, La Fabrique éditions, 2008, p. 14.

101. Rancière J., *Aux bords du politique*, Paris, La Fabrique éditions, 1998, p. 84.

sienne la formule qu'aimait à redire son fondateur, Joseph Wresinski : « les pauvres sont nos maîtres ¹⁰² » !

La justice comme équité

Pour Simone Weil, « l'égalité est un besoin vital de l'âme humaine. Elle consiste dans la reconnaissance publique, effective, exprimée réellement par les institutions et les mœurs, que la même quantité de respect et d'égards est due à tout être humain, parce que le respect est dû à l'être humain comme tel et n'a pas de degrés ¹⁰³ ». Curieuse phrase où la philosophe appelle à allouer la même quantité de respect, comme si le respect était quelque chose de quantifiable, avant de préciser aussitôt que ce respect n'a pas de « degrés ». Finalement, cela revient à dire que chaque homme, pour s'accomplir, doit recevoir un respect, plein et entier de sorte que la quantité soit égale et en même temps qu'il n'ait pas de degré. Elle qui s'est faite un temps ouvrière pour mieux découvrir les conditions de vie de cette classe, n'est cependant pas dupe de la vie réelle et des inégalités qui s'y vivent. Pour elle, le sentiment d'injustice, et donc d'inégalité, vient du fait que les différences nécessaires qui existent entre les hommes sont vécues comme des différences de respect. Pour cela ne soit pas senti comme une différence de respect il faut un équilibre entre égalité et inégalité. Cet équilibre peut être, en partie, garanti par une « égalité des possibilités ¹⁰⁴ ». Ainsi les possibilités devront être plus importantes pour les plus démunis, ce qui n'est pas sans rappeler les préceptes de Rawls. Parmi les moyens à notre portée pour établir cet équilibre, la philosophe nous suggère aussi la proportion car « elle imposerait des charges correspondantes à la puissance ¹⁰⁵ ». Ce qui revient à dire qu'à moyens inégaux doivent être demandées des actions inégales. Cela permet, par exemple de légitimer qu'on n'attende pas la même chose en termes de gestion de traitement chez un patient plus démunie que chez un autre. Cette proportion vaut aussi pour le soignant. Etant en situation de puissance supérieure par son savoir mais aussi par sa situation sociale, lui incombe une charge plus grande vis-à-vis de ce patient-là. Loin de nous l'idée

102. Il emprunte la formule à Camille de Lellis (1550-1614) qui fonda en 1582 en Italie un ordre religieux pour le soin des malades (Camilliens)

¹⁰³103. Weil S., *L'enracinement*, op. cit., p. 26.

¹⁰⁴104. *Idem.*, p. 26.

¹⁰⁵105. *Ibid.*, p. 28.

de justifier un paternalisme autoritaire, mais notre responsabilité devrait être engagée d'autant plus que grandit la misère du patient. Ce serait lui rendre justice.

Cela n'est pas sans rappeler la vision aristotélicienne de la justice : « voilà ce qui est juste : le proportionnel. Ce qui est injuste, en revanche, c'est ce qui est disproportionnel¹⁰⁶ » nous dit le Stagirite. La proportionnalité a donc pour fonction d'équilibrer les déséquilibres, les inégalités. Il utilise pour cela le mot « *epieikia* » que Bodéüs traduira par « honnêteté » et d'autres par « équité ». Elle est, écrit-il, « un correctif de ce qui est légalement juste [...] un correctif de la loi dans les limites où elle est en défaut en raison de son universalité¹⁰⁷ ». Cela nous permet d'accepter une différence dans la façon de soigner nos patients les plus pauvres notamment en y consacrant plus de temps et de moyens. Cela permet en effet de rétablir, en partie, l'inégalité de fait qui existe pour eux en termes de santé. La loi demeure le soin égal pour tous, elle ne s'en trouve pas amoindrie ni remise en cause dans son universalité. Ricoeur, dans *Soi-même comme un autre*, insiste sur l'importance de la supériorité de l'équité sur la justice car elle a « la fonction singularisante de la phronesis¹⁰⁸ ». Or, que cherche le soignant si ce n'est une certaine sagesse pratique lui permettant de délivrer un soin juste, équitable ? La rencontre du médecin avec son malade est qualifiée de face-à-face singulier. La singularité est donc le lieu où le médecin exerce son métier. L'équité est donc sa façon d'être juste. Cela lui permet d'éviter les écueils précédemment décrits où égalitarisme et indifférence sont mépris de la singularité du patient sous couvert d'universalité.

Le face-à-face singulier

C'est dans le face-à-face singulier avec le patient, qu'en premier lieu, le soignant va pouvoir s'exercer au soin juste. La singularité implique pour Ricoeur, indivisibilité, non substituabilité et estime de soi¹⁰⁹. Reconnaître, pour le pauvre que nous rencontrons, qu'il est indivisible, c'est refuser de voir sa pauvreté et sa santé de manière dichotomique tout en empêchant de ne voir que l'une ou l'autre. Son caractère non substituable permet de ne pas le soigner comme n'importe quel autre et oblige donc à un ajustement. L'estime de soi permet la « reconnaissance de la

106. Aristote, *Ethique à Nicomaque*, *op. cit.*, 1131 b 17-19, p. 240.

107. *Idem.*, 1137 b 10-29, pp. 280-281.

108. Ricoeur P., *Soi-même comme un autre*, Paris, Editions du Seuil, 1990, p.304.

109. Ricoeur P., « Les trois niveaux du jugement médical », *op. cit.*, p. 24.

valeur propre par le sujet lui-même ¹¹⁰». Le soin restaure donc le soigné dans sa santé mais aussi dans son identité. Le face-à-face singulier est inclusif quand la misère exclut. Il espère le changement quand la misère désespère de tout. Il est, en soi, une participation à l'éradication de celle-ci.

Dans ce face-à-face singulier entre médecin et malade on sait pourtant qu'il existe une asymétrie importante. Asymétrie accrue à première vue par la pauvreté du patient. La sollicitude permet de compenser, en partie, cette dysmétrie initiale. En effet, « cette spontanéité bienveillante¹¹¹ » permet d'égaliser « le donner et le recevoir » grâce à la reconnaissance et l'assignation à responsabilité. La recherche du juste soin, requiert donc du soignant une sollicitude d'autant plus grande que son patient est pauvre. Elle permet d'apporter à la situation une certaine réciprocité. On imagine combien cette réciprocité est importante pour les plus pauvres si souvent mis en situation d'attendre tout de l'autre. Cette réciprocité est l'enjeu de l'ouvrage de Martin Buber *Je et tu*. Pour lui « toute relation est réciprocité¹¹² » ce qui implique que la relation médecin-malade soit concernée. Or, qu'est-ce que la réciprocité sinon l'instauration d'une certaine égalité ? La relation devient alors l'occasion de la justice. Dans le langage buberien dire à l'autre « *Tu* » s'oppose au « cela » d'un patient réifié, réduit à sa maladie ou sa pauvreté. « Celui qui dit *Tu* n'a aucune chose, il n'a rien. Mais il s'offre à une relation¹¹³ ». La pauvreté est renversée dans une telle relation, belle façon de rendre justice au miséreux. La réciprocité s'écrit encore par le mot fondamental « *Je-Tu* » et Buber nous dit que ce mot « ne peut être dit que par la totalité de l'être¹¹⁴ ». Ainsi les tentatives de séparer le malade de sa pauvreté, de séparer la vie du soignant dans le cadre professionnel de sa vie de citoyen sont vaines. La réciprocité porte, de plus, en elle la promesse d'un accomplissement. « Je m'accomplis au contact du *Tu*, je deviens *Je* en disant *Tu*. » La relation médecin-malade porterait en elle la promesse d'un accomplissement car « mon *Tu* agit en moi comme j'agis en lui. Nos élèves nous forment.¹¹⁵ » Parallèlement nos patients nous font. Pour Buber, la réciprocité la plus grande se vit dans l'amour. « Dans l'amour un *Je* prend la responsabilité d'un *Tu* ; en cela

110. *Idem*.

111. Ricoeur P., *Soi-même comme un autre*, op. cit., p. 222.

112. Buber M., *Je et tu*, Paris, Aubier, 2012, p. 40.

113. *Idem*, p. 37.

114. *Ibid.*, p. 44.

115. *Ibid.*, p. 48.

consiste l'égalité [...] égalité qui va du plus petit au plus grand¹¹⁶ ». Bien sûr la relation médecin- malade n'est pas une relation d'amour mais, voici là un horizon qui, en rétablissant l'égalité, rend justice. On peut, d'ailleurs, se demander si l'on peut soigner sans aimer ? Enfin, le philosophe nous apprend que « toute relation véritable dans le monde est exclusive¹¹⁷ » et qu'elle repose sur « l'individuation qui en fait le délice¹¹⁸ ». N'est-ce pas rendre justice aux pauvres et autres exclus que de leur proposer une relation exclusive et non excluante et que cette relation soit l'occasion de leur individuation plutôt que de les renvoyer à la masse de pauvres dont on a si vite repéré la marque mais qui masque les visages ?

Ainsi, le soignant peut participer à la justice dès la relation médecin-malade. Il n'a pas nécessairement besoin de prendre la place du travailleur social ni de s'improviser politicien. La justice habite le cœur même de son métier par la relation soignant-soigné. A lui cependant de préserver ce face-à-face, de lui dédier le temps nécessaire, de l'habiter avec une position humble « du plus petit vers le plus grand », pleine de sollicitude. Peut-être est-ce pour cela, que le docteur Delbende, dans le *Journal d'un curé de campagne*, connu pour soigner les miséreux, nous dit : « Je ne suis pas de ces types qui n'ont que le mot de justice à la bouche¹¹⁹ » et nous apprend dans la même conversation que la devise qu'il s'est choisie est : « Faire face¹²⁰. »

III. Du métier de soignant au métier d'homme : le rôle politique du médecin ?

Ainsi, le soignant peut, dès le face à face avec le patient lui rendre justice. Il répond alors à son obligation professionnelle. Mais, ne peut-il, en plus, répondre à « l'obligation » de tout homme face à la pauvreté ? Car, nous l'avons vu, c'est aussi son « métier d'homme » qui est questionné par la misère d'autrui. Eradiquer la misère est le premier devoir social pour Péguy et après lui de nombreuses institutions ou associations. Levinas, écrit à que « la justice chez Buber commence

116. *Ibid.*, p. 48.

117. *Ibid.*, p. 134.

118. *Ibid.*, p. 134.

119. Bernanos G., *Journal d'un curé de campagne*, *op. cit.*, p. 101.

120. *Idem.*, p. 101.

dans le *Je-Tu*¹²¹». L'enjeu de cette réciprocité initiale serait donc majeur : la clé de la vie politique ! Levinas poursuit pour nous faire comprendre Buber : « le passage de l'inégalité éthique [...] à l'égalité entre les personnes, viendrait de l'ordre politique des citoyens dans un Etat. [...] C'est la responsabilité pour autrui qui mesure la légitimité de l'Etat, c'est-à-dire sa justice¹²² ». Dans cette logique, l'Etat n'impose pas un ordre politique plus ou moins juste ; l'Etat devient juste dans la mesure où ses citoyens, c'est-à-dire, chacun de ses membres, prend sa responsabilité pour autrui. Bachelard, dans la préface de *Je-Tu* reprend les mots de Buber pour dire cette corrélation entre la chose publique et la situation singulière : « La chose publique, la chose résistante entre toutes, c'est là l'épreuve essentielle de l'homme au singulier¹²³». Cette épreuve du singulier n'est donc jamais peine perdue, elle est notre participation à l'ordre social. Bachelard nous invite donc, à la suite de Buber, à ne pas « manquer au devoir de substituer à ce qui est ce qui devrait être¹²⁴». Ce conseil est encore une invitation à l'espérance qui permet de ne pas condamner à la misère, comme un médecin ne désespère pas non plus de la maladie de son patient, y compris quand elle est incurable. Soigner est donc un vecteur de justice.

Le face-à-face avec le plus pauvre est une occasion, pour le soignant, de participer à la vie de la cité. Son métier lui donne de rencontrer et regarder souvent la misère. Son rôle politique, s'en trouve irrémédiablement questionné et probablement augmenté. En plus de la responsabilité obtenue dans ce colloque singulier, sa responsabilité est-elle de dénoncer, de témoigner ? Comment peut-il s'engager pour prendre part au bien commun, à la chose publique ? Loin de nous l'idée d'appeler les soignants à s'encarter, délaissant hôpitaux et patients ! Demeure que le soin, par sa participation à la santé comme « vie bonne », est politique. Terme à ne pas entendre au sens tacticien ou technicien. Hannah Arendt dans la préface de la *Crise de la Culture* nous introduit à ce noble sens du politique. Tout d'abord, elle s'appuie sur l'expérience de résistant du poète René Char. Que nous apprend-il ? Que l'inattendu de l'histoire les a, lui et ses compagnons de la Résistance, poussés dans cette voie du politique au sens des Anciens. Cet « évènement, pour eux

121. Levinas E., *Hors Sujet, op. cit.*, p. 62.

122. *Idem.*

123. Buber M., *Je Tu, op. cit.*, p. 31.

124. *Idem.*

totalemment inattendu ¹²⁵ » les a précipités dans un rôle politique, ô combien, important. De cette expérience, Char raconte qu'ils y ont découvert un « trésor » à savoir la chose publique et qu'elle leur a révélé leur identité profonde, leur « nudité ». Loin de nous l'envie de comparer ce qui n'est pas comparable, mais que nous apprend Char, via Arendt, du rôle politique potentiel du soignant ? Il nous enseigne que de « l'inattendu » peut naître le politique comme bien commun. Il nous appelle à considérer la chose publique comme un trésor qui nous révèle notre identité et nous permet d'accomplir notre métier d'homme. La pauvreté peut jouer le rôle de cet inattendu. Quand surgit la misère sociale, nous y sommes rarement préparés. Le surgissement de cet « extraordinaire » permet une conversion du regard. La misère oblige, par exemple, de ne plus regarder uniquement les symptômes physiques mais à regarder le patient de manière plus globale. Conversion du regard qui nous permet d'arrêter de nous réfugier derrière la technicité du soin, et nous offre l'opportunité d'une participation à la vie de la Cité. En effet, le soin aux plus pauvres nous permet de ne plus méconnaître certaines injustices voire, dans un second temps, de les dénoncer ? Cela nous permet aussi, espérons, de participer à leur réparation dès la rencontre singulière avec le patient.

125. Arendt H., *La crise de la culture*, Paris, Gallimard, 1972, p. 11.

CONCLUSION

Les soignants ont souvent l'occasion de rencontrer des patients particulièrement pauvres. Qu'ils le veuillent ou non, la misère se donne à voir, parfois, lors du soin. La pauvreté est synonyme de misère quand elle ne permet plus à l'homme de subvenir à ses besoins vitaux, ceux de l'âme comme ceux du corps. Ces besoins ne sont pas seulement financiers, et « s'ils ne sont pas satisfaits, l'homme tombe dans un état plus ou moins analogue à la mort¹²⁶ ». La misère est une urgence vitale. Le soignant est donc concerné, mais plus généralement tout homme, car sortir de la misère autrui est le premier des devoirs sociaux.

La misère comme souffrance sociale exclut, par définition, les personnes de la bonne santé car cette dernière a pour horizon le bien-être physique, psychique et social de la personne. En même temps, on sait combien elle augmente les maux physiques et psychiques chez les patients qui la subissent. Elle est donc une problématique importante pour le soignant. Il lui faut alors trouver un soin juste, c'est-à-dire ajusté, à ces personnes si loin de la santé. Sans ajustement le soignant risque de prendre en charge en vain ses patients les plus pauvres. En effet, la misère déforme les corps autant qu'elle modifie les symptômes classiques des maladies. Les conditions de vie des miséreux sont si peu propices au soin que ne pas en tenir compte conduit toujours à un échec. Voilà le soignant, d'habitude en position de sachant, ignorant. Il doit alors commencer par se mettre à l'école de son patient. Cette inversion des rôles est un premier moyen pour rendre justice au plus démuné. Il faut apprendre à le connaître pour le restaurer dans sa capacité d'action. Cela peut être alors un pas vers la guérison, mais surtout un moyen de lutter contre la misère qui habituellement inhibe l'action.

Le soignant a appris à ne pas se laisser guider par ses sentiments. Or la misère provoque souvent la pitié. Il s'agit d'un sentiment difficile à faire taire. La pauvreté est peut-être l'occasion pour le soignant de se réapproprier ce sentiment à l'heure de la neutralité bienveillante. Certes, la pitié est parfois dangereuse mais elle est un puissant moteur pour être créatif en situation nouvelle. Or la misère est souvent une

126. Weil S., *L'enracinement*, op. cit., p. 14.

inconnue pour le soignant. Il s'agit de considérer la pitié comme un moteur et non comme une solution. Elle met en mouvement mais ne doit pas guider le soignant dans sa pratique. En acceptant parfois d'avoir pitié, il évite de passer pour en être dénué tout en évitant de se laisser gouverner par elle.

Il ne faut pas, pour autant, focaliser uniquement sur la misère des miséreux. Cela nous ferait courir le risque de les enfermer dans leur habitus. S'il nous permet de mieux comprendre autrui, l'habitus enferme celui qui s'y trouve. A tout socialiser on installe nos patients dans un schéma immuable voire aliénant. Voilà qui serait injuste pour les plus pauvres condamnés à le demeurer éternellement. Cette posture dénuée d'espérance est indigne d'un soignant qui cherche habituellement, par le soin, à modifier des états de fait. Attention également, en s'attachant à connaître les conditions de vie de nos patients les plus pauvres, à ne pas faire de la misère une « maladie sociale ». Cela conduirait à les rendre malades, ce qui est paradoxal pour un soignant ! Cela ne servirait à rien hormis satisfaire notre besoin contemporain de normes. Nous participerions, de plus, à leur catégorisation et à leur exclusion toujours plus grande. Nous devrions au contraire réfléchir à comment les inclure mieux dans notre système de santé. Illich voit dans cette médicalisation de tous les problèmes sociaux un accroissement tyrannique du pouvoir médical. En effet, il est important de connaître sa juste place. Le soignant n'est pas travailleur social ni politicien. A prendre ces rôles le soignant risque de s'épuiser et de se retrouver en position de domination malsaine. Il est peu probable que d'établir un rapport dominant-dominé serve la cause du plus pauvre. De plus, faire de la misère une « maladie sociale » serait une incitation à la démission du politique à qui, pourtant, incombent les questions de justice sociale ! Il d'agit donc de ne pas tomber dans les écueils d'une trop grande socialisation de la médecine ni d'une médicalisation complète du social. La grande pauvreté demande avant tout au soignant d'apprendre à collaborer avec d'autres métiers et de toujours s'interroger sur les missions propres à son métier dans chaque situation.

La pauvreté nous oblige à constater l'injustice sociale. Le soin peut-il participer à lutter contre les inégalités subies par nos patients les plus pauvres, sans que le soignant sorte de son rôle ? Existe-t-il un soin juste ? Une réponse facile est de prétendre que le juste soin est égalitaire. En plus d'être absurde en situation, l'égalitarisme est un habile moyen de détourner les yeux de la misère d'autrui et

cela revient, en quelque sorte, à traiter la pauvreté par le mépris ! Le juste soin est équitable. L'équité, au sens que lui donne Aristote, participe à la correction des inégalités en situation. C'est dans cette lignée que Rawls pense la justice au niveau politique. Appliquée au soin cela permet de dire qu'il est juste de soigner différemment les patients si la différence est au bénéfice des plus vulnérables. La pauvreté appelle donc à davantage de soins et de moyens.

Le soin, en participant à une diminution des inégalités qu'elles soient strictement sanitaires ou parfois sociales, a une dimension politique. Ce rôle politique peut faire peur au soignant pourtant, il commence à l'exercer dès le colloque singulier qu'il entretient avec son patient. En effet, la singularité est le lieu de l'exercice de l'équité. Le face-à-face appelle la réciprocité au sens que lui donne Buber. Cette réciprocité permet de rendre justice au plus pauvre qui en est souvent exclu. De plus, elle est assignation à responsabilité pour autrui et cela est le fondement de la vie politique, au sens noble du terme.

Le juste soin est donc celui qui, ajusté à la personne, participe à sa santé dans le cadre plus large de la vie bonne. Chez les patients les plus pauvres c'est celui qui participe à leur sortie progressive de la misère, participant à la justice sociale et par là à la vie de la Cité. Pour le soignant ce juste soin l'accomplit comme soignant et dans son humanité. Cela nous plonge au cœur de la formule canonique de Ricoeur qui nous invite au « souhait de vivre bien, avec et pour les autres, dans des institutions justes ¹²⁷ ». La misère vient révéler ce noyau éthique à tout soignant. Reste à essayer, dans un second temps, de mieux connaître ces institutions pour pouvoir suivre le conseil de Rawls : « le devoir naturel le plus important est celui de soutenir et de renforcer des institutions justes. Ce devoir comporte deux aspects d'une part, nous devons obéir aux institutions justes et y apporter notre contribution quand elles existent et qu'elle s'appliquent à nous ; d'autre part nous devons aider à l'établissement d'institutions justes lorsqu'elles n'existent pas, du moins si cela est possible pour nous à un coût peu élevé ¹²⁸ ». Reste donc à mieux connaître les institutions mais aussi à nous connaître pour savoir quel coût cela implique.

127. Ricoeur P., « Les trois niveaux du jugement médical », *op. cit.*, p. 32.

128. Rawls J., *Théorie de la justice*, *op. cit.*, p. 376.

BIBLIOGRAPHIE

Ouvrages et articles

- Arendt H., *La crise de la culture*, Paris, Gallimard, 1972.
- Aristote, *Ethique à Nicomaque*, trad. R. Bodéüs, Paris, Flammarion, 2004.
- Saint Augustin, *Il n'y a qu'un amour*, Editions du Cerf, Paris, 1975.
- Bernanos G., *Journal d'un curé de Campagne*, Paris, Librairie Plon, 1936.
- Bobin C., *Le Très-Bas*, Paris, Gallimard, 1992.
- Bourdieu P., *Le sens pratique*, Edition de Minuit, 1980.
- Buber M., *Je et tu*, Paris, Aubier, 2012, p. 40.
- Canguilhem G., *Le Normal et le pathologique*, Paris, Presses Universitaires de France, 1966.
- Chauvaine C. et Fontaine O., *Le vocabulaire de Bourdieu*, Paris, Ellipses, 2003.
- Hippocrate, *Connaitre, soigner, aimer*, Paris, Editions du Seuil, 1999.
- Illich I., *Némésis Médicale*, Paris, Editions du Seuil, 1975.
- Kant E., *Fondements de la métaphysique des mœurs*, trad. Delbos, Paris, Librairie Générale Française, Edition 24, 2020.
- Kymlicka W., *Les théories de la justice une introduction*, Editions de la découverte, Paris, 2003.
- Levinas E., *Hors Sujet*, Paris, Fata Morgana, 1987.
- Nietzsche, *Aurore*, Paris, Gallimard, 1970.
- Rawls J., *Théorie de la justice*, Editions Points, Paris, 2009.
- Rancière J., *Le spectateur émancipé*, Paris, La Fabrique éditions, 2008.
- Rancière J., *Aux bords du politique*, Paris, La Fabrique éditions, 1998.

Ricoeur P., « Les trois jugements du niveaux médical », in *Esprit*, n°227, pp. 21-33.

Ricoeur P., *Soi-même comme un autre*, Paris, Editions du Seuil, 1990.

Ricot J., *Du bon usage de la compassion*, Presses Universitaires de France, Paris, 2013.

Prescrire, « Disposer d'un logement : un pas essentiel vers la santé » in *La revue Prescrire*, mars 2021, n° 449, p. 207.

Péguy C., *De Jean Coste*, Paris, Gallimard, 1938.

Pelluchon C., *Ethique de la Considération*, Paris, Editions du Seuil, 2018.

Weil S., *L'Enracinement*, Paris Gallimard, 1990.

Zweig S., *La Pitié dangereuse*, Grasset, Paris, 2020.

Outils de travail :

ATD quart monde : <https://www.atd-quartmonde.fr/publications/>

Conseil National de l'Ordre des médecins, *Code de déontologie médicale*, 2021, disponible en ligne sur :

<https://www.conseil-national.medecin.fr/sites/default/files/codedeont.pdf>

Déclaration des Droits de l'Homme et du Citoyen de 1789 disponible en ligne sur : <https://www.legifrance.gouv.fr/contenu/menu/droit-national-en-vigueur/constitution/declaration-des-droits-de-l-homme-et-du-citoyen-de-1789>

Dictionnaire de l'Académie Française, neuvième édition, 2019, disponible en ligne sur : <https://www.academie-francaise.fr/le-dictionnaire/la-9e-edition>.

INSEE, *France, portrait social*, édition 2019, disponible en ligne sur : <https://www.insee.fr/fr/statistiques/4238395?sommaire=4238781>.

La bible de Jérusalem, Editions du Cerf, 2000.

Observatoire national de la pauvreté et de l'exclusion sociale (ONPES) : <https://onpes.gouv.fr/>.

ONU, *Déclaration Universelle des Droits de l'homme*, version disponible en ligne :
<https://www.un.org/fr/universal-declaration-human-rights/>

Rapports du SAMU Social : <https://www.samusocial.paris/observatoire>.

Les soignants sont, dans leur exercice professionnel, bien souvent confrontés à la pauvreté. Quand elle est synonyme de misère elle leur pose de nombreuses questions.

En effet, si la santé est un état de bien-être physique, psychique et social comment y ramener une population qui est, par définition, condamnée au mal-être social ? Doit-on alors considérer la misère comme une « maladie sociale » ? Si oui, est-elle de la responsabilité du soignant ou du politique ? Comment, en pratique, considérer l'urgence sociale sans délaisser la part médicale dont le soignant est le garant ? Il lui faut chercher un équilibre entre « tout médicaliser » et « tout socialiser » qui sont deux grandes tentations face aux patients les plus pauvres. Comment, finalement, s'ajuster au patient subissant la misère pour le soigner mieux ?

La misère d'un patient oblige le soignant à constater les inégalités et plus généralement l'injustice sociale. Comme citoyen, le soignant doit se demander comment participer à diminuer ces inégalités car l'éradication de la misère est un devoir social. Peut-il, par le soin qu'il porte à son patient pauvre, participer à restaurer en partie l'inégalité initiale ? Le soin semble avoir une dimension politique que la pauvreté nous révèle. Nous pouvons alors nous demander ce qu'est un soin juste ? Plus qu'égalitaire, il doit être équitable.

La caractéristique de l'équité c'est d'être singularisante. C'est probablement dans la relation singulière qui existe entre un médecin et un malade que la justice peut être rendue. Quels sont, lors du face-à-face qui les unit, les écueils à éviter et les vertus à développer pour que chacun y ait une juste place ? Les enjeux sont alors pour le malade, aussi pauvre soit-il, de voir sa santé, dans toutes ses dimensions, améliorée et pour le soignant de s'accomplir dans son métier de soin comme dans son « métier d'homme ».