



HAL
open science

Que veut dire “ panser ” ? Le soin, la science, l'éthique

Stéphane Tigé

► **To cite this version:**

Stéphane Tigé. Que veut dire “ panser ” ? Le soin, la science, l'éthique. Philosophie. 2021. dumas-03660284

HAL Id: dumas-03660284

<https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-03660284>

Submitted on 5 May 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 Gustave Eiffel

CENTRE DE FORMATION CONTINUE de L'AP-HP : Management et Pratiques
Professionnelles pour le Personnel Hospitalier
(CFC : MPPPH)

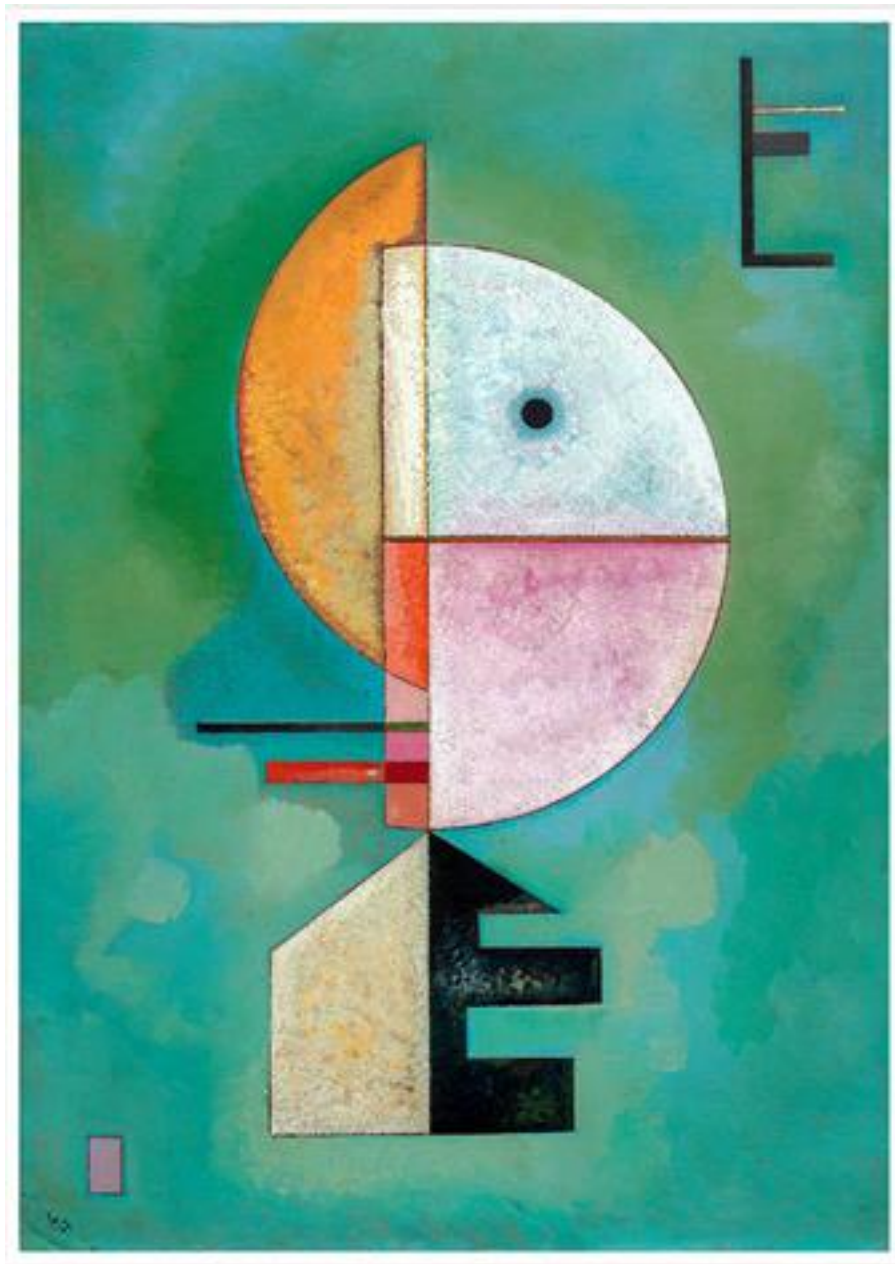
Master 1 de philosophie Éthique médicale et hospitalière appliquée

Que veut dire « panser » ?
Le soin, la science, l'éthique

Stéphane TIGÉ

Responsables de la formation :
Monsieur Éric FIAT
Monsieur Bertrand QUENTIN

Année universitaire 2020 - 2021



Vassily Kandinsky - « Vers le Haut »
Huile sur Carton (70 x 49 cm), Octobre 1929 - Musée Peggy Guggenheim, Venise

PREAMBULE	4
INTRODUCTION	5
CHAPITRE PREMIER. LA SCIENCE COMME MODELE POUR LE SOIN	9
LES SCIENCES INFIRMIERES : CE QU'ELLES VEULENT, CE QU'ELLES DISENT, CE QU'ELLES FONT	10
DES PRINCIPES D'UNE SCIENCE QUI SE CHERCHE... ..	11
...À LA PRODUCTION DE SAVOIRS PROTOCOLAIRES	18
CONSEQUENCES ETHIQUES DU MODELE SCIENTIFIQUE	22
UNE VISION SOTERIOLOGIQUE DU SAVOIR	28
CHAPITRE DEUX. L'ART COMME CONTRE-EXEMPLE	32
LES BEAUX-ARTS COMME EDUCATION A LA SENSIBILITE	32
LA LITTERATURE COMME TRESOR D'EXEMPLES	38
LA VERTU HEURISTIQUE DU JUGEMENT REFLECHISSANT	44
DIGRESSION SUR L'ARTISANAT COMPAGNONNIQUE	47
CONSEQUENCES ETHIQUES DE L'ART COMME EXEMPLE POUR LE SOIN	49
CHAPITRE TROIS. « PAS DE SOIN SANS ETHIQUE, PAS D'ETHIQUE SANS PHILOSOPHIE »	53
LE SOIN MIS A NU PAR SES SOIGNANTS, MEME	54
LE SOIN COMME SOURCE D'ETONNEMENT PHILOSOPHIQUE	57
ÉTHIQUE ET INTERIORITE	68
CONCLUSION	84
BIBLIOGRAPHIE	87
ANNEXE	91
RESUME	92

Préambule

Au premier abord, le titre de ce mémoire ressemble à un clin d'œil potache au fameux texte de Heidegger, Que veut dire « penser » ?¹, clin d'œil voulant établir une connivence culturelle, menacée de tourner court par manque de liaison nécessaire avec le thème de ce travail.*

L'étymologie du mot panser révèle pourtant une surprenante incitation à maintenir ce titre. Le Littré, comme le CNRTL, souligne que « panser » s'écrivait, jusqu'au XVIIème siècle « penser ». Le terme, désignant une technique de soin, tel qu'on l'emploie à l'heure actuelle serait en effet issu du mot « penser » par une spécialisation de son sens, à travers l'expression « penser à », au sens d'« avoir le souci de », « avoir le soin de ».

De leur côté, le « soin », le « besoin » et la « besogne » ont également une même étymologie, germanique semble-t-il. Le soin comme souci répond à un besoin et sous-tend la besogne du soignant.

Ces suggestions fournissent une inspiration suffisante, qui permet d'assumer le caractère incertain et conjectural de l'étymologie, pour nous guider dans l'examen de l'objet de ce mémoire : le soin et ses liens avec la science, dans une perspective éthique.

* NOTA BENE

Le titre initial était : « Qu'appelle-t-on panser ? ». Au cours de mes recherches bibliographiques, voulant trouver une référence sur la notion stieglerienne de « bêtise systémique » qui nous avait été présentée par Jean-Hugues Barthélémy durant sa conférence sur Simondon, je me suis aperçu que ce titre était celui d'un ouvrage de Bernard Stiegler. Ne voulant pas m'exposer au soupçon de plagiat, mais désirant conserver une référence à Heidegger, j'ai opté comme compromis pour le titre, très proche néanmoins, de l'autre conférence. Je précise que les œuvres de Bernard Stiegler me sont, jusqu'à ce jour, inconnues, et que je n'ai pas pu m'en inspirer en quelque façon, aussi étrange que cela puisse paraître. Si l'originalité s'en trouve atteinte, qu'au moins la probité ne le soit pas.

¹ Deux textes de Heidegger portent un nom ressemblant, issus de deux conférences qu'il a faites : l'un a fait l'objet d'une édition en tant que telle, l'autre a été inclus dans le recueil intitulé *Essais et conférences*.

Introduction

Si l'homme est une corde tendue sur un abîme entre la bête et le surhomme, selon Nietzsche², alors le soignant ressemble fort à cette corde qui fait lien entre la souffrance et l'apaisement tendue au-dessus de l'abîme de la perte de sens, aussi bien qu'au funambule qui accompagne le patient et l'aide à passer d'un bord à l'autre. École d'équilibre, qui sait vaincre la *gravité* par l'alliance des contraires, la force et la délicatesse, la vitesse et la lenteur, l'ambition et l'humilité. Et de l'humilité, il en faut, comme de la force d'âme, pour vivre au quotidien, comme une collègue infirmière m'en faisait un jour le mime, le grand écart métaphysique du soignant qui tient, dans la main droite, le bassin à vider, et de la main gauche la main du patient qui la lui serre, plein d'angoisse. Métaphysique, oui, dans le sens que lui donne Michel Tournier, d'être non une activité abstraite, mais de « *toujours de plonger au cœur même du concret, [...] c'est ce qui fait sa difficulté propre* »³.

L'évolution de la médecine depuis le XX^e siècle est marquée par un lien de plus en plus étroit avec les sciences et les techniques. Sans être devenue tout à fait scientifique, la médecine a connu de nombreux succès thérapeutiques, citons entre autres exemples connus : l'aspirine en 1903, le vaccin antitétanique en 1926, la pénicilline en 1928, la dialyse rénale en 1943, la pilule contraceptive en 1960, la greffe cardiaque en 1967, et sur le plan diagnostique : les rayons X en 1895, le scanner en 1972⁴. Ces succès sont venus combler le fossé qui était apparu entre une clinique très développée, ayant un haut degré de précision voire de sophistication⁵ durant le XIX^e siècle, et des résultats thérapeutiques à peu près nuls : on mourrait de la rougeole de la scarlatine, aucun traitement efficace n'existait contre les infections, les maladies cardiovasculaires ou les troubles métaboliques⁶. De tels résultats spectaculaires proviennent des efforts concertés de tous les chercheurs qui ont marché dans les voies tracées aussi bien par Descartes que par Francis Bacon, dont les respectifs *Discours de la méthode* et *Novum organum* ont été publiés dans la première moitié du XVII^e siècle. Pour le premier, « *se rendre comme maître et possesseur de la nature* » en favorisant « *l'invention d'une infinité d'artifices* » doit surtout permettre d'arriver à la fin principale qui réside dans « *la conservation de la santé, laquelle est sans doute le premier bien et le fondement de tous*

² Nietzsche Friedrich, *Ainsi parlait Zarathoustra*, Paris, Gallimard, 1971, folio, Prologue, § 4, p. 24

³ Tournier Michel, *Le vent Paraclét*, Paris, Gallimard, 1977, folio, p. 45

⁴ Ces exemples sont repris d'un article de Baudouin Jurdant : « La médecine scientifique serait-elle la ruine de l'art ? »

⁵ Dachez Roger, *Histoire de la médecine*,

⁶ Idem

les autres biens de cette vie »⁷ : c'est la médecine qui est mandatée pour cette mission. Pour le second, la science doit se réformer pour surmonter la stérilité qui la maintenait jusque-là dans une stagnation « *sans recevoir aucun accroissement digne du genre humain* »⁸. Cette réforme, de méthode autant que de principes, doit ouvrir une nouvelle ère pour le genre humain. La médecine doit donc devenir une science pour atteindre l'objectif pratique d'amélioration de la qualité de vie sur terre, dans le cours d'une existence qui pourrait éventuellement s'allonger, et ne plus connaître la souffrance des maladies.

Dans *Le grand Pan*, Georges Brassens résume bien, dans le refrain d'une chanson populaire pleine d'intelligence et de nostalgie, le processus de transformation rapide dans l'histoire humaine qu'a provoqué la science :

*Mais se touchant le crâne en criant « j'ai trouvé »
La bande au professeur Nimbus est arrivée
Qui s'est mise à frapper les cieux d'alignement,
Chasser les dieux du firmament*

De la dimension collective de la science (« *la bande* ») à l'irruption brusque (« *s'est mise* ») et brutale (« *frapper* ») de l'innovation dans l'histoire (« *j'ai trouvé !* » renvoyant au mythe « eurêka » d'Archimède), de l'effet d'uniformisation quasi administrative (l'« *alignement* ») sur la nature (« *les cieux* »), source de poésie (« *les dieux* »), à l'esseulement (« *chasser* ») provoqué par un personnage ridicule et inquiétant (le « *professeur Nimbus* », beaucoup moins naïf que le savant distrait inventé par André Daix), Brassens donne un jugement personnel à charge qui n'est pas entièrement erroné : l'effet le plus douloureux du *désenchantement du monde* ne serait-il pas la disparition de la poésie ?

En effet, la science contribue de nos jours à transformer massivement l'environnement, l'homme, la société, et rend possible la contestation même de l'idée de nature. Les victoires successives de la médecine sont à peine assombries par les conséquences économiques et sociales en termes de coûts, ou par les enjeux éthiques liés aux situations nouvelles directement ou indirectement provoquées par ces innovations. Si la science ne doit pas être le bouc émissaire de tous les maux du monde moderne, tributaire qu'elle est en partie de l'organisation économique et politique de la société où elle se réalise, elle apparaît néanmoins comme une illustration de l'histoire du roi Midas⁹ : si l'or est remplacé par l'efficacité opératoire, alors tout ce qu'elle touche réussit. Mais plutôt que Midas lui-même, ce serait Bacchus (qui lui a conféré

⁷ Descartes René, *Discours de la méthode*, Paris, 1991, Gallimard, folio, p. 131

⁸ Bacon Francis, *Novum organum*, Paris, PUF, 1986, coll. Épiméthée, p. 66

⁹ Ovide, *Les Métamorphoses*, Paris, Gallimard, 1992, Livre XI, § 100-145, p. 354-355

ce don, pour l'en soulager par la suite à l'écoute de ses plaintes) qui serait la vraie figure de la science. Il resterait à savoir de qui Midas est la figure.

Dans un tel contexte, la question « que veut dire panser ? » se penche sur la manière dont le soin, réalité complexe et délicate qui touche tout homme dans sa vulnérabilité manifeste à un ou des moments de sa vie, existe dans un monde où domine la science. Issu de la médecine pour être confié ensuite à un corps professionnel distinct, le soin est confronté de son côté à des questions tout à fait semblables à celles qui se posent à ma médecine. La question « que veut dire panser ? » entend se placer sur un plan souvent traité comme subsidiaire, celui des soignants et de la manière dont ils vivent les importantes transformations du monde de la santé. Profession en pleine mutation, le métier de soignant, dont les infirmières constituent la portion la plus importante, est sommé de s'adapter doublement, aux facteurs externes d'une part, aux transformations internes d'autre part, les uns et les autres étant bien sûr liées.

L'apparition de sciences et de techniques nouvelles implique bien évidemment que les soignants maîtrisent ces innovations, aussi bien par obligation morale envers la personne soignée que par satisfaction du travail bien fait. Mais jusqu'où l'impact de ces sciences et techniques peut-il aller ? Jusqu'où *doit-il* aller ? La science, qui utilise de manière consciente divers modèles dans ses différentes branches, peut-elle elle-même se poser en modèle d'activités humaines aussi diversifiées, et qui n'ont à l'origine que peu de rapport avec elle ? La volonté d'instituer les « sciences infirmières » présentées comme un moment incontournable pour la promotion de la profession garantit-elle un effet positif sur la qualité des soins dispensés aux patients ?

À travers l'examen de la place du modèle scientifique dans soin, je cherche en partie à répondre à la question « que veut dire panser ? » pour tenter de définir la *spécificité du soin* pratiqué par les soignants, spécificité qui a tendance à être enfouie sous les images évidentes de certaines *formes* du soin : la prise de sang, le pansement, le soin de trachéotomie, la toilette au lit, l'aide au repas, l'aide au lever, à la mobilisation, etc. Cette spécificité vise à dégager, s'il est possible, une « essence » du soin, à partir de laquelle pourrait être pensé la pratique concrète des soins, dans toutes leurs particularités, pratique rendue cohérente par cette opérateur d'unification que jouerait l'essence du soin une fois identifiée. C'est en quoi cette approche se veut d'une certaine manière philosophique.

En conclusion de la préface qu'elle a faite au recueil des conférences de Virginia

Henderson, *La nature des soins infirmiers*¹⁰, Marie-Françoise Collière souhaite que les lectrices infirmières poursuivent l'œuvre de l'auteur en étant fidèle à son ouverture de pensée et écrit : « [puissent-elles] *trouver là l'expression de ce qu'elle [V. Henderson] cherchait : faire se rejoindre l'inspiration et la rigueur, l'art et la science, la théorie et la poésie, pour offrir des soins répondant aux besoins des gens, justifiant de la spécificité de la fonction infirmière, et procurant satisfaction aux soignants.* » La jonction ainsi esquissée reste encore en gestation, et prendre les sciences infirmières comme point de départ problématique semble justifié à la fois comme l'expression d'un besoin très concret d'une profession, besoin qui n'a pas encore accédé à la demande, et comme occasion d'exercer un point de vue philosophique sur une activité humaine, le soin. Je crois qu'il y aurait beaucoup à gagner, en cohérence, dans un examen des poids respectifs des modèles scientifique et artistique dans la façon dont est pensé le soin.

Si la jonction préconisée, constitutive du soin, réside dans un équilibre subtil, alors il faut poursuivre l'image en toute logique et se demander quel est le pivot, l'axe de cette balance qui met en évidence un tel équilibre. Il pourrait être figuré graphiquement comme un point situé à l'interface du soignant et de la personne soignée. Regardons le tableau de Kandinsky comme illustration de cette figuration, dont on pourrait donner le commentaire suivant (à l'exemple du peintre lui-même, lecteur de Goethe et théoricien de la *nécessité intérieure* en art, qui s'exprime par symboles dans ses écrits, désignant par exemple l'évolution spirituelle de l'humanité par un grand Triangle montant lentement¹¹) : le patient est représenté par l'essentiel, son visage, avec sa moitié rose et bleue signe d'une certaine santé persistante, (quoique l'œil rond témoigne d'une inquiétude ou d'une perplexité), et sa moitié orange clivée et déplacée, "feuilletée" pourrait-on dire ; ce visage est soutenue par une forme pyramidale dont les deux côtés du sommet peuvent représenter symboliquement l'art et la science, œuvrant au point de tangente qui est le soin.

¹⁰ Henderson Virginia, *La nature des soins infirmiers*, Paris, InterEditions, 1994, p. 39

¹¹ Kandinsky Wassily, *Du spirituel dans l'art*, Paris, Gallimard, 1989, folio, p. 69

Chapitre premier. La science comme modèle pour le soin

Tenter de questionner le modèle de la science tel que les sciences infirmières veulent le promouvoir risque d'être la source de certains malentendus. Le premier serait d'y voir une incompréhension du sens de l'histoire, du train de l'histoire entraîné par la locomotive science. Le deuxième serait d'y voir une atteinte à la dynamique émancipatrice de la profession infirmière, qui montre dans les faits une volonté de reconnaissance et met en œuvre les étapes progressives de cette émancipation vers une totale autonomie. La critique du modèle scientifique serait le signe d'un conservatisme frileux et dépassé. Un troisième malentendu suspecterait non le conservatisme, mais un désir réactionnaire et idéologique de revenir à une conception antérieure appuyée sur la vocation, la tutelle et l'obéissance, et qui masquerait un manque d'estime pour les soignants en les arrimant éternellement à un statut d'exécutant dévoué, plein de zèle et de diligence.

Pour éviter ces malentendus, il est nécessaire de distinguer deux plans : celui de la promotion d'une profession, de son accès à une reconnaissance sociale, de sa sortie d'une tutelle médicale considérée comme caduque ; et celui de la justification du modèle présenté, du terme de « science » utilisé comme pertinent pour asseoir cette reconnaissance sociale.

Le premier plan relève de l'histoire et de la sociologie des professions, et concerne les rapports de forces dont doivent tenir compte de manière tout à fait légitime ceux qui se battent pour une reconnaissance sociale. Mais c'est hélas souvent sur ce plan que sont ramenés les débats sur l'histoire et la nature des soins infirmiers. « *La pratique infirmière a surtout été étudiée d'un point de vue sociologique* »¹² écrit Patricia Benner, remarquant que nous savons « *beaucoup de choses sur les rôles, les relations, la socialisation et l'acculturation en matière de soins infirmiers* », mais que « *toutefois, nous en savons peu sur les connaissances impliquées dans la véritable pratique infirmière.* »¹³

Ce mémoire s'attache au deuxième plan. Moins militant, il cherche néanmoins sa pertinence dans la cohérence interne des idées. Une précision s'impose ici : les sciences infirmières existent à peine en France¹⁴, seul l'arrêté du 6 décembre 2019 portant nomination des personnels enseignants-chercheurs en sciences infirmières au Conseil national des universités pour les disciplines de santé mentionne officiellement le terme. En revanche, elles

¹² Benner Patricia, *De novice à expert. Excellence en soins infirmiers*, Paris, Masson, 1995, p. 7

¹³ idem

¹⁴ Jeanguiot Nicole, « Des pratiques soignantes aux sciences infirmières », RSI 2006

existent bien au Canada, pays qui joue comme moteur pour leur développement en France. Que ces sciences existent ou soient en construction, ce mémoire s'attache à en étudier l'impact sur la notion de soin.

Dans l'éditorial du numéro 127 de la revue *Recherche en soins infirmiers*, « Les sciences infirmières : une clarification s'impose », les auteurs L. Jovic, D. Lecordier et E. Cartron¹⁵, écrivent ceci : « *si l'on veut bien considérer l'ensemble des savoirs scientifiques infirmiers, on remarquera alors des savoirs qui placent au cœur de la discipline la subjectivité et la cohérence des trajectoires de vie des personnes [...]* ». Une telle affirmation présente, dans la perspective constructive des sciences infirmières, la subjectivité comme leur élément central, mais ne mentionne pas le caractère pour le moins problématique de la compatibilité entre les deux ordres d'existant, la science et la subjectivité, sur lequel nous aurons l'occasion de revenir. Que veut dire « subjectif » ? Serait-ce un synonyme de « psychologique », comme le laisserait croire la présence de cette discipline dans la formation initiale ? N'est-ce pas négliger le long débat qui met aux prises philosophie et psychologie depuis l'autonomie de celle-ci, débat dans lequel les sciences cognitives, l'épistémologie, la neurobiologie sont engagées, non sans éclats, notamment lorsque la philosophie intervient sous son versant herméneutique ? La présentation que fait Pascal Engel¹⁶ d'une tentative de conciliation des approches frégéo-husserlienne, herméneutique et naturaliste de la psychologie et de toutes les questions relatives au mental constitue en soi une tâche telle que l'on peut se demander si le soignant pourrait s'y référer comme à une source scientifique fiable, tant le caractère instable du balancier qui va du naturalisme à l'anti-naturalisme connaît des mouvements au gré des innovations conceptuelles ou des découvertes expérimentales.

Les sciences infirmières : ce qu'elles veulent, ce qu'elles disent, ce qu'elles font

Les sciences infirmières veulent promouvoir le soin en même temps qu'elles veulent le constituer comme science. L'histoire du soin et des soignants, que nous verrons dans la troisième partie, montre que la profession, la discipline n'a pas encore totalement réussi à définir l'objet dont elle souhaite rendre scientifique l'approche et l'enseignement. Il y a de nombreuses recherches, de nombreux écrits, une activité tout à fait réelle de publication à travers le monde. Pourtant, toute cette activité est fragile, et il est douteux qu'elle permette de

¹⁵ Cartron E., Jovic L., Lecordier D., « Les sciences infirmières : une clarification s'impose », RSI, 2016

¹⁶ Engel Pascal, *Philosophie et psychologie*, Paris, 1996, Gallimard, coll. folio

répondre à l'objectif fixé de constituer le soin comme science, ni même de répondre simplement à la question : « qu'est-ce qu'une infirmière ? ». Les réponses les plus fréquentes, du type « celle qui fait des soins infirmiers » ne fait que repousser le problème, car les soins infirmiers, en quoi sont-ils infirmiers ? Je rejoins à ce sujet les réserves qu'émet Michel Nadot¹⁷ dans ses écrits sur l'histoire de la discipline infirmière, tout au moins en France voire en Europe, au sujet de la pertinence du qualificatif « infirmière ». Il y a une sorte d'impensé qui court à travers les différentes productions intellectuelles, et qui tient, comme le souligne l'auteur, à l'oubli de « *ses propres traditions de langage* ».

Des principes d'une science qui se cherche...

Dans l'importante quantité de savoirs que les revues professionnelles mettent à disposition, il apparaît difficile de trouver une vision synthétique claire et accessible de ce que sont les sciences infirmières en tant que telles. La revue de l'association pour la recherche en soins infirmiers (ARSI), par exemple, à côté de très nombreux articles ayant comme thème la santé publique, la philosophie, l'éthique ou l'histoire, aborde les sciences infirmières de façon programmatique. Il faut les construire en France... Il faut s'inspirer des modèles américain et canadien. Si l'on cherche alors une définition plus précise des objectifs de ces modèles, le livre des auteurs Pépin, Kerouac et Ducharme, intitulé *La pensée infirmière* se présente comme une référence.

L'objectif de ce chapitre est double : il s'agit de savoir si les sciences infirmières sont des *sciences*, et si elles sont *infirmières*. Cette question est importante pour clarifier la définition du métier d'infirmière, car il se peut que le métier soit amené à faire usage de sciences qui ont une existence indépendante, et en ce cas il n'est pas nécessairement un métier scientifique. Cela ne veut pas dire que les praticiens n'ont pas une certaine forme de « science » au sens plus courant de connaissance avisée, d'expérience fondée. Il se peut aussi que le métier soit en voie de scientification, si l'on ose le néologisme. La question devient alors délicate, comme est délicate également toute définition trop stricte de la science qui oblige à une certaine approche de surface, comme le reconnaît Stephen Toulmin¹⁸ ; il précise : « *Il n'est aucunement certain, en fait, que l'on puisse jamais rendre compte de façon définitive des buts de la science, surtout si l'on veut à la fois être exhaustif et bref.* » Carl Hempel pour sa part donne cependant une orientation utile au sujet de la recherche scientifique. Divisée en sciences empiriques et non

¹⁷ Nadot Michel, « L'articulation historiquement ancrée d'éléments sur lesquels repose notre discipline », RSI, 2009

¹⁸ Toulmin Stephen, *L'explication scientifique*, Paris, Armand Colin, 1973, coll. u-prisme, p. 16

empiriques, « *les premières tentent d'explorer, de décrire, d'expliquer et de prévoir les événements du monde dans lequel nous vivons* » et « *leurs énoncés doivent être confrontés à l'expérience* »¹⁹ tandis que les sciences non empiriques ne sont pas soumises à cette confrontation et requièrent seulement que leurs propositions soient démontrées. Les sciences infirmières seraient-elles empiriques ou non empiriques ? Elles devraient relever à l'évidence du premier cas. Mais alors, cherchent-elles vraiment à « explorer, décrire, expliquer et prévoir » ? Il faut garder la liste complète de ces verbes, car ils font système entre eux et obligent au choix des méthodes. Mais doivent-elles le faire ? est-ce leur rôle, ou leur but ? On peut explorer sans faire science, c'est ce qu'ont fait les aventuriers, décrire sans faire science, ce que font les artistes, expliquer sans faire science, ce que fait tout un chacun aux prises avec la nécessité de trouver un sens aux événements ; prévoir sans faire science semble plus difficile. Le soin est-il passible d'un tel traitement scientifique ? Il nous faut voir maintenant ce qu'on appelle sciences infirmières in concreto. Nous allons nous arrêter dans un premier temps sur le livre *La pensée infirmière*, car il se veut une synthèse de la discipline. Aussi étrange que cela puisse paraître, il ne se présente pas comme un traité scientifique, et n'utilise pas ce terme. Mais l'assise que les auteures veulent donner à la discipline converge vers la constitution des sciences infirmières, par le rôle attribué à la théorie. Dans un deuxième temps, nous devons examiner quelques exemples significatifs de production des sciences infirmières, à travers l'exemple de thèses universitaires existantes.

Les « paradigmes artificiels »

Dans *La pensée infirmière*, les auteures énoncent que les infirmières qui pensent leur discipline sont appelées « théoriciennes » ou « métathéoriciennes ». Le problème qui se pose est de savoir de quelle science ces théories sont-elles des théories, puisque, si le livre n'utilise pas le terme, il participe du mouvement de promotion du métier dont on dit qu'il est en train de devenir science. En revanche si ce sont des théories qui ne relèvent pas de la science, peuvent-elles se proposer *sponte sua* à l'acceptation immédiate ? Avant de tenter de répondre à ces questions, il faut nous attarder sur deux notions significatives sur lesquelles s'appuient le livre : la notion de paradigme, et celle de théorie. Ces notions sont centrales dans le discours professionnel, et utilisées abondamment.

La notion de paradigme a une fortune étonnante, mais n'est pas toujours utilisées sans ambiguïté ni contresens. Le terme de « paradigme » a été utilisé par T. S. Kuhn dans son livre

¹⁹ Hempel Carl, *Éléments d'épistémologie*, paris, Armand Colin, 1996, coll. cursus, p. 1

La structure des révolutions scientifiques, paru en 1962. Le propos de Kuhn est de tenter une nouvelle approche dans l'histoire des sciences dans la mesure où il était particulièrement insatisfait de celle qui avait cours lorsque lui-même était étudiant en physique. Le reproche majeur qu'il fait à l'encontre de cette histoire lue dans les manuels est qu'elle est en quelque sorte édifiante et pêche par une sorte de téléologie qui fait de la science actuelle le destin nécessaire des époques antérieures, qui se succèdent comme autant d'étapes vers le présent dans une marche triomphale de l'esprit humain. Cette présentation que fait l'histoire des sciences d'un développement en continuelle croissance d'ajout d'éléments fragmentaires en combinaison permanente n'est possible qu'au prix d'un certain éloignement de la manière réelle dont se seraient déroulées les recherches menées au cours de l'histoire. Si le critère de démarcation voulait être opératif non seulement dans le présent mais également dans le passé, alors une monographie quelconque, sur l'histoire des théories sur l'air, sur la lumière ou autres, devrait être en mesure de faire la distinction à coup sûr dans les entreprises du passé comme entre celles du présent. Or, c'est ce que Kuhn conteste, car lorsque ce travail monographique est mené en historien des sciences, alors les catégories du vrai et du faux scientifiquement valables au présent ne le sont plus dans la période étudiée, pour de nombreuses raisons parmi lesquelles il y a l'usage de concepts eux-mêmes très différents. Kuhn, à qui l'on reproche parfois de prôner une sorte de relativisme, se montre au contraire porteur d'une exigence de clarté rationnelle, mais transporté dans la discipline historique. Il justifie cette position de la manière suivante : « *Comment l'histoire des sciences pourrait-elle ne pas être une source de phénomènes auxquels on puisse à juste titre demander que s'appliquent les théories sur la connaissance ?* »²⁰. Kuhn étend donc les exigences de la rationalité scientifique à l'histoire de la rationalité scientifique elle-même, et ouvre ainsi le champ à de nouvelles possibilités d'élaboration théoriques en histoire des sciences, que doivent sanctionner la confrontation permanente à l'empirie, au sein du paradigme qu'il a lui-même proposé. La critique ou l'éventuel renversement de ce paradigme serait à la fois une confirmation du paradigme, et une réfutation du paradigme : une confirmation du paradigme d'un point de vue d'un énoncé de théorie rationnelle de l'histoire, une réfutation du paradigme du point de vue de la réalité de la science qui se poursuit dans l'histoire.

Mais qu'entend au juste Kuhn par la notion de paradigme, et à quelle fin l'élabore-t-il ? La notion de paradigme instaure un cadre qui répond à l'exigence inhérente à la raison de viser la totalité. Toute démarche rationnelle doit avoir fait le tour de la question. Ainsi, le dernier des

²⁰ Kuhn, T. S., *La structure des révolutions scientifiques*, Paris, Champs Flammarion, 1999

quatre préceptes que se donne Descartes dans la seconde partie du *Discours de la méthode* est « de faire partout des dénombrements si entiers et des revues si générales que je fusse assuré de rien omettre. » Dans la logique formelle du premier ordre, les règles de construction d'un énoncé bien formé se concluent sur la dernière qui dit que tout énoncé bien formé doit être construit selon les règles précédentes, et seulement selon ces règles. La notion de paradigme clôturé ainsi un espace de pensée et de production d'énoncés au sein duquel il est possible de soupeser et d'évaluer la rationalité des éléments qui s'y trouvent, que ce soit les théories, les règles, les méthodes, les énoncés empiriques, etc. Il prolonge et répond en quelque sorte à la recommandation baconienne de faire parler la nature « qui se livre davantage dans les tourments de l'art que dans sa liberté propre. » Il y a dans la pensée scientifique une visée de l'exhaustivité qui peut être rapprochée du sens anglais qu'a le terme *exhausted*, « être exténué », ainsi qu'une visée à la totalité. Le fait écologique de voir vidées les ressources naturelles n'est probablement pas un effet regrettable de la science, mais la conséquence logique de sa démarche. Néanmoins, contrairement à la méthode baconienne qui semble fondée exclusivement sur l'induction, Kuhn insiste sur le fait qu'aucune confirmation historique n'est donnée de la méthode inductiviste, consistant à accumuler des observations jusqu'à ce que, par une sorte d'effet de masse critique, se produise l'advenue de la théorie comme clef de voûte de la science. La notion de paradigme va de pair avec celle de science normale. Il donne un bref aperçu par la formule suivante : c'est une « tradition particulière et cohérente de recherche scientifique »²¹. Ce résumé peut prêter à des interprétations divergentes

Lorsqu'un paradigme caractérise une science normale, c'est-à-dire une science qui repose sur la promesse offerte par le paradigme des succès à venir (corrélations entre faits et prédictions, ajustement à la marge du paradigme), celui de la science normale antérieure n'est plus censé avoir cours. Il peut encore alimenter des recherches en dehors de la science, comme c'est le cas pour toutes les croyances qui ont coexisté avec, voire nourri la science moderne : alchimie, radiesthésie, astrologie, etc. Cette description, Kuhn ne dit pas qu'elle vraie de manière anhistorique, mais qu'elle caractérise bien la tranche temporelle qu'il étudie, l'époque moderne. On pourrait presque parler de paradigme à l'état solide, et de paradigme à l'état liquide, voire gazeux. Un paradigme tel que le définit Kuhn comme cadre contraignant de signification des concepts, des méthodes et des théories pourrait être qualifié de solide. Une fois renversé par la révolution, il deviendrait liquide, voire gazeux, perdant ainsi sa capacité de contrainte mais gagnant peut-être celle de source voire d'inspiration. Un paradigme reste contraignant, et en

²¹ Idem, p. 30

bonne stéréométrie, l'espace occupé par un corps solide ne peut pas être occupé par un autre corps solide dans le même temps. Un paradigme chasse l'autre.

Or, selon les auteures Pépin/Kerouac/Ducharme, « *au fil du temps, les paradigmes se chevauchent, coexistent même et s'influencent.* »²² Dans cette perspective les paradigmes peuvent se côtoyer, s'influencer, mais surtout exister en même temps. Les trois paradigmes identifiés par les auteurs, « catégorisation »-« intégration »-« transformation » se succèdent et s'influencent. Ils semblent construits pour donner une interprétation *ad hoc* de l'évolution de la profession infirmière à partir d'une date assez récente, 1850. Ce n'est pas tant sur la périodisation opérée que je souhaite me pencher, et qui présente des aperçus intéressants, que sur la pertinence du terme utilisé pour rendre compte de cette périodisation. Si ces paradigmes s'influencent mutuellement, cela semble incompatible avec le concept de paradigme tel que Kuhn l'a construit et en vue de quoi il l'a construit. De fait il semble qu'il s'agisse là d'une réfutation de l'affirmation selon laquelle les paradigmes évoqués dans la *Pensée infirmière* sont des paradigmes au sens de Kuhn, car ils n'en ont pas la caractéristique principale, l'allergie d'un paradigme à un paradigme concurrent. En revanche, ils ont tout à fait les caractéristiques de périodisation que toute discipline tend à faire plus ou moins de son histoire, comme le dit Kuhn lui-même dans sa postface : « *la division en périodes séparées par des ruptures révolutionnaires dans le style, le goût, et les structures institutionnelles, comptent depuis longtemps parmi leurs outils principaux [aux historiens de la littérature, de l'art, du développement politique].* »²³ Le succès de la notion de paradigme, au-delà du champ pour lequel elle a été élaborée, pourrait être dû en partie à ce qu'en dit Kuhn lui-même : « *L'acquisition d'un paradigme et des types plus ésotériques de recherche qu'il permet est un signe de maturité dans le développement de n'importe quel domaine scientifique.* »²⁴. L'utilisation du mot « paradigme » semble d'une certaine manière relever d'un volontarisme constructif qui peut manquer de discernement, ou d'une forme de pensée magique qui voit dans l'importation d'un terme issu de la sociologie des sciences l'acquisition réelle de ce que le terme désigne, la maturité. Mais si toute science mature implique qu'il y ait paradigme constitué, en bonne logique la réciproque n'est pas valide : tout paradigme constitué n'implique pas qu'il y ait science mature. La terme de paradigme dans l'histoire des soins ne garantit donc pas que l'on puisse parler de sciences infirmières compte tenu du contresens fait dans l'usage de ce

²² Pépin Jacinthe, Kérouac Suzanne, Ducharme Francine, *La pensée infirmière*, Montréal, Chenelière Édition, 2010, p. 27

²³ Kuhn, T. S., *La structure des révolutions scientifique*, Paris, Champs Flammarion, 1999, p. 282

²⁴ Kuhn, T. S., *La structure des révolutions scientifique*, Paris, Champs Flammarion, 1999, p. 31

terme de paradigme.

Le « Démon de la Théorie »

Le deuxième aspect qui doit être examiné est le statut de la notion de théorie dans les sciences infirmières. Nous utilisons la formule « Démon de la Théorie », par analogie avec le titre du livre d'Antoine Compagnon *Le démon de la théorie* (et j'espère ne pas être ainsi victime du démon de l'analogie des divagations mallarméennes, peut-être circonvenu par le démon de la perversité de Poe). L'auteur examine les raisons du désamour dont la théorie littéraire fait l'objet de la part des critiques et des universitaires en France, après l'heure de gloire qu'elle a connue au cours des années soixante-dix et quatre-vingt, et tente de rouvrir le chantier, de redonner un élan à cette pratique. Mais, reconnaît-il, la théorie de la littérature comme activité réflexive n'aide pas à écrire des romans. La théorie infirmière aiderait-elle à faire de bons soins ?

La prolifération de l'activité théorique, dans les sciences infirmières, oblige à poser les questions suivantes : de quelle nature sont ces théories ? Il existe de nombreuses théories de soins, dont le statut n'est pas clair. La longue histoire du terme « théorie » implique que ce sens soit précisé. De la « theoria » comme activité spéculative et contemplative dans la Grèce antique à la « théorie » électromagnétique de Maxwell unifiant, par les équations portant son nom, les théories antérieures distinctes de l'électricité et du magnétisme, ou encore la « théorie » des cordes en cosmologie, la notion s'est progressivement chargée d'un degré croissant de mathématisation à mesure qu'elle désignait plus exclusivement l'activité du savant. La physique a joué dans cette évolution un rôle de modèle et de moteur. La notion de théorie est donc déterminée par cet usage, et oblige celui qui l'emploie à se définir par rapport à lui. Une théorie en est-elle au stade de la spéculation ? C'est que la science est encore loin. Est-elle une construction scientifique ? Elle doit être dans un lien étroit et nécessaire avec les données empiriques. Doit-elle unifier un ensemble de formalisations particulières en vue d'une plus grande généralité, comme la théorie unifiée de la relativité et de la physique quantique ? Elle doit être alors constamment guidée par le souci d'articulation de chacun de ces éléments constituant une science, et que cette articulation soit efficiente.

Pour les sciences infirmières, il semble très difficile de constater au moins tel ou tel aspect. Les théories infirmières spéculent, mais elles souhaitent faire science. Elles sont une construction scientifique, mais n'ont qu'un rapport très relâché avec les données empiriques (elles servent surtout de méthode d'action, de cadre de pensée). Elles prétendent à l'unification

d'éléments particuliers mais produisent dès ce moment un jargon incompréhensible. Je prendrai comme exemple du dernier point la conception de Rosemarie Rizzo Parse, présentée dans *La pensée infirmière*. La terminologie n'étant pas fixée, le terme utilisé est conception, mais il signifie bien théorie a minima, au sens de « construction spéculative de l'esprit, rattachant des conséquences à des principes »²⁵. La théorie de M. Rizzo Parse est appelée « théorie de l'homme-vivant-la-santé », puis « théorie de l'humain en devenir », puis « théorie de l'humaindevenir (Humanbecoming) ». Les postulats « découlent de la pensée phénoménologique existentielle »²⁶, ce qui orientent davantage vers la philosophie que vers la science. Le caractère très spéculatif et référencé de cette approche pose néanmoins la question du type de lien qu'elle pourrait établir avec la pratique la plus quotidienne, si elle se veut science et non pas seulement ressource culturelle et source d'inspiration. Or, selon Parse, « la science infirmière est une science humaine et le soin infirmier est l'art de la science, c'est-à-dire l'incarnation par l'infirmière des savoirs sur le processus « humain-univers-santé » »²⁷. Autant l'ambition d'avoir une vision large et disons « cosmique », du sens du soin qui garantit une ouverture de la pensée du soignant, peut être tout à fait juste en tant que principe éthique, comme nous le verrons en troisième chapitre, autant l'affirmation que cela constitue une science laisse sceptique. De même, l'alliance de mots visant à unifier art et science n'est pas dénuée d'intérêt, mais peut désigner davantage une visée qu'une réalité. Il s'agit donc bien d'affirmer l'existence d'une science infirmière, mais les arguments présentés laissent dubitatifs sur la validité de la prétention. Les propositions sont affirmées sans qu'une réelle construction logique soit saisissable à travers des énoncés qui sont parfois suggestifs, parfois, il faut bien le dire, amphigouriques.

Le choix, dans le présent paragraphe, de cette théoricienne repose sur le fait qu'elle est présentée, dans *La pensée infirmière*, aux côtés de toutes les autres théoriciennes du soin infirmier, sans distinction. Il semble donc que cette absence de distinction dans les approches (entre celle de Virginia Henderson, marquée par un vocabulaire simple et une rationalité en acte tout à fait accessible, et celle R. Rizzo Parse beaucoup plus New-age) jette le doute sur l'ensemble de la pensée infirmière telle qu'elle est présentée dans le livre. La tentative de vision synoptique tourne à la doxographie, et la répétition de formules relativement triviales sur le fait que « la pratique infirmière est centrée sur l'expérience de la santé »²⁸, « la personne ou la

²⁵ Lalande André, *Vocabulaire technique et critique de la philosophie*, Paris, 1993, PUF, art. *théorie*

²⁶ Pépin J., Kérouac S., Ducharme F., *La pensée infirmière*, Montréal, Chenelière Édition, 2010, p. 67

²⁷ Idem, p. 68

²⁸ Idem, p. 43,

famille cherche une qualité de vie qu'elle définit selon son potentiel et ses priorités »²⁹ donne un sentiment de présence d'énoncés hétéroclites, qui construisent difficilement un discours unifié avec sens clair. Il y a une organisation des énoncés, mais soit cette organisation est claire et rationnelle, et les énoncés pourraient être beaucoup plus simples, soit les énoncés ne peuvent être rendus plus simple, et c'est leur articulation conceptuelle qui pose problème. Le caractère abscons et hétéroclite non seulement du livre des trois auteures Pépin, Kerouac et Ducharme, mais des énoncés de nombre d'« écoles de pensée infirmières » font pencher le sens du mot théorie vers celui qu'il avait dans l'antiquité, une *theoria* contemplative signant un savoir impeccable parce qu'ayant pour objet des cieux intellectuels inaccessibles au commun des praticiens. Mais les temps ont changé et la science ne contemple plus les cieux, elle les aligne ! Les théories infirmières restent des agencements conceptuels en vue de l'action, des organisations de pensée pour agir avec efficacité, mais cela ne leur confère aucune scientificité.

...À la production de savoirs protocolaires

L'orientation des thèses : la santé publique

Une autre catégorie d'exemples est celui des thèses en sciences infirmières, que l'on peut trouver en libre accès sur les sites des universités canadiennes. L'université de Laval³⁰, au Québec, permet de télécharger pour lecture et archivage. Ces thèses sont éditées dans le cadre de la Faculté des sciences infirmières, à côté de mémoires et d'essais. Elles sont réparties en deux catégories, les « sciences infirmières » et les « santé communautaire ».

Ces thèses font forte impression au premier abord, et sembleraient réfuter de facto, par leur présence, tout doute sur la réalité des sciences infirmières. Pour autant, la lecture que j'ai pu mener de certaines d'entre elles, certes cursive, peut donner lieu à quelques remarques. La construction qu'elles suivent est celle des articles de recherche, et rend aisée leur lecture par la clarté du plan annoncé, par la direction clairement énoncée de l'objet de recherche et par la substance argumentative globale donnée par le résumé.

En premier lieu, il faut souligner que la moitié des thèses relèvent de la santé communautaire. Cette approche de la santé publique insiste davantage sur les actions auprès de communautés ciblées, pour lesquelles elle développe des méthodes d'interventions favorisant la participation des membres de cette communauté. Mais précisément, la santé communautaire n'est pas une science infirmière, et si les infirmières participent à l'élaboration de ces

²⁹ Idem, p. 48

³⁰ <https://www.fsi.ulaval.ca/recherche/theses-et-memoires>

programmes d'intervention, et peuvent en définir parfois les modalités de façon rigoureuse et la plus scientifique possible, et peuvent même être à l'origine d'un programme, cela reste une discipline connexe, élaborée dans l'histoire indépendamment des sciences infirmières.

En ce qui concerne les thèses en sciences infirmières proprement dites, je me suis attaché à prendre connaissance de leur agencement à partir la lecture de trois d'entre elles. Cette lecture ne vise pas à la représentativité fidèle, elle les prend comme un échantillonnage soumis la question suivante doublement formulée : sont-ce des sciences *infirmières* ? sont-ce des *sciences infirmières* ?

- La première est intitulée « Implantation d'une innovation au sein d'une région rurale éloignée au Québec : le rôle d'infirmière praticienne spécialisée en soins de première ligne Une étude de cas multiples » ;
- la deuxième : « Optimisation de la santé des familles de mères atteintes de maladie mentale sévère : recherche d'intervention » ;
- la troisième : « La nature, les conditions et les limites de la relation infirmière/soigné selon la notion d'intersubjectivité chez Gabriel Marcel » ;

La première thèse étudie le processus d'implantation, au Québec, des infirmières praticiennes spécialisées en soins de première ligne (qui est une spécialité canadienne). La méthodologie employée, les outils utilisés, les cadres théoriques, législatifs décrits, ont pour but d'étudier minutieusement les conditions d'une intervention sur des territoires ruraux. En revanche, la référence théorique utilisée est celle d'un sociologue de l'organisation et de l'innovation, Everett Rogers. Il est étonnant que dans la thèse d'une discipline, aucun spécialiste de ladite discipline ne serve d'appui fondamental pour faire progresser le savoir ! La lecture de cette thèse, qui répond à une commande publique, s'apparente plutôt à une démarche managériale d'envergure reposant sur la sociologie, méthodiquement menée, mais nullement à de la science infirmière.

La deuxième thèse a pour but de conceptualiser un « prototype d'intervention infirmière » centrée sur la famille quand la mère est atteinte de maladie mentale sévère (MMS), et d'en effectuer une première mise à l'essai. La littérature théorique utilisée est la littérature scientifique sur les mères atteintes de MMS, leur famille et le travail infirmier mené. Le modèle conceptuel infirmier utilisé est celui de McGill et Allen. Ce modèle conceptuel est présenté dans le livre de Pépin/Kérouac/Ducharme comme appartenant à « l'école de l'apprentissage de la santé », et comme les autres modèles conceptuels se caractérise par une volonté démontrée de positivité des énoncés « *La santé optimale est la présence de beaucoup de d'éléments de*

santé et l'absence d'éléments de maladie »³¹. Il y est question de changements apportés par la maladie, de dynamique d'atteinte des buts désirés, de l'importance de la famille, etc. Le statut de tels énoncés, même s'ils ne sont que rapportés par les trois auteures, pose problème, car on a du mal à distinguer entre le descriptif et le normatif, tant l'évidence de la positivité semble gommer les aspects négatifs des situations réellement existantes. Est-ce un effet lointain du pragmatisme américain, dans son sens philosophique autant que sociologique ? Toujours est-il que la présence de ce modèle conceptuel dans la thèse ne répond pas au critère de scientificité, et ne peut garantir le caractère scientifique de la thèse. Cette garantie est dévolue à la littérature scientifique tirée de la médecine (psychiatrie, pédopsychiatrie) ou de la psychologie. Là aussi, la science utilisée n'est pas une science *infirmière*, et les énoncés infirmiers ne sont pas stricto sensu *scientifiques*, puisque qu'ils sont des modèles conceptuels comme nous l'avons vu précédemment.

La troisième thèse est plutôt originale par rapport aux deux autres puisqu'elle fait référence explicitement à la philosophie de Gabriel Marcel. La question de l'intersubjectivité que l'auteure tire du philosophe est mise au centre de la relation soignant/soigné, et une problématisation de cette situation est clairement établie et abordée d'un point de vue *dialectique*. La démarche critique y est également présente dans un chapitre où l'auteure aborde « *la confusion conceptuelle observée dans la littérature autour de la relation* »³². La discursivité classique exploite les ressorts de la langue pour penser au plus près le problème étudié. Néanmoins, l'auteure présente à son tour, en fin de thèse, un modèle : le Modèle Intersubjectif d'une Rencontre Infirmière/Soigné, sous le nom très scientifique de « MIRIS »³³. Ce modèle consiste en un schéma extrêmement synthétique qui semble une manière de sacrifier à la scientificité attendue ou l'opérationnalité exigée comme gage de vérité. Notons que selon la progression qu'offre le schéma, les éléments favorisant et limitant la rencontre sont bordés, de part et d'autre, par les savoirs pratiques qualifiés d'artistique et d'éthique. Là aussi, si elle est bien une production intellectuelle conséquente, cette thèse n'est pas du ressort de la science mais de la philosophie, et ne peut être conçue comme telle.

L'angle de vue que j'ai adopté pourrait laisser croire que je ne rends pas justice à l'ampleur du travail accompli par ces thèses, qui plus est par des doctorantes auprès de qui ma parole doit rester humble et mesurée. Il m'est difficile de maintenir mon cap sans donner l'impression que je succombe à l'ultracrépidarianisme, selon le néologisme plaisant inventé par

³¹ Pépin J., Kérouac S., Ducharme F., *La pensée infirmière*, Montréal, Chenelière Édition, 2010, p. 64

³² Verdon Chantal, p. 30

³³ Ce schéma est disponible en annexe.

Etienne Klein en référence à la phrase latine, *sutor nec ultra crepidam*, utilisée pour ramener quiconque émet un jugement au-delà de ses compétences à une saine conscience des limites objectives de son jugement. Il est même probable que je succombe au désir de trop embrasser au risque de mal êtreindre. Mais je considère que la problématique que je tente de suivre mérite bien d'être exposé à ces reproches...

A partir des thèses évoquées, il est possible de retirer les conclusions générales suivantes : les sciences infirmières sont censée fournir des modèles d'intervention éprouvés par des études menées antérieurement sur tel ou tel sujet de santé publique, ou bien élaborer des modèles d'intervention de soin à partir de champs disciplinaires connexes, mais néanmoins distincts, comme la médecine, la psychiatrie, la sociologie, la psychologie, la philosophie. Leur rôle serait donc de fournir ces élaborations scientifiquement validées pour être ensuite déclinées de manière descendante, selon le modèle dichotomique science fondamentale/science appliquée, au praticien de base, à l'ouvrier du soin, au tâcheron du nursing. Il s'agit donc d'une forme de division du travail reproduite à l'intérieur du monde du soin, où les praticiens doivent se tenir prêts à recevoir le modèle actualisé pour telle ou telle intervention qu'ils rencontreront au quotidien.

Ce modèle fordiste concerne la production de biens de consommation. Il peut à la rigueur cadrer adéquatement le rôle de l'ingénieur, quel qu'il soit, qui a affaire aux choses de ce monde : pont, train, immeuble, cafetière, gant en caoutchouc, appareil d'endoscopie, etc. Mais est-il tenable pour le soin ? Les sciences infirmières qui sont tournées vers la santé publique ou la production de prototypes ou de protocoles ou de modèles divers et variés, répondent certes à l'une des missions du soignant qui est de participer « *à des actions de prévention, de dépistage, de formation et d'éducation à la santé* », selon le code de la santé publique. Mais n'est-ce pas confondre la partie pour le tout, l'accident pour l'essence, le contingent pour le nécessaire ? Elles se heurtent surtout au point d'incompatibilité entre la science et le soin déjà évoqué. Ce point d'incompatibilité est bien formulé par Aristote, dans l'*Ethique à Nicomaque*, nous y reviendrons dans le paragraphe suivant.

L'evidence based nursing

L'evidence based nursing est en quelque sorte le prolongement institutionnel de la perspective scientifique qui fait l'objet de la réflexion jusqu'ici. L'evidence based nursing, ou de manière plus générale, l'evidence based practice, trouve sa raison d'être dans la complexité croissante des situations de soin et dans la nécessité d'une méthodologie favorisant

l'accessibilité aux données validées, pour l'amélioration du processus de décision clinique³⁴. A la manière de la « qualité », qu'il semble malvenu de critiquer ou de mettre en question (comment peut-on ne pas vouloir la qualité ?), l'evidence based practice ne peut que remporter l'adhésion des praticiens, et a de fait reçu un accueil favorable au sein de la communauté infirmière³⁵. Offrir des soins de qualité en utilisant une méthode et des savoirs actualisés, prouvés par les dernières études parues dans la littérature, à partir des bases de données qui s'étoffent chaque jour toujours plus, ce projet ne peut pas être remis en question pour deux raisons : la première est qu'il est axiologiquement bon, il tend vers le bien ; la deuxième est qu'il ne fait que décrire ce que les praticiens font déjà (souvent elle est introduite par des formules comme « c'est une chose ancienne », « ce n'est pas si nouveau », etc.), mais leur offre la possibilité de rendre leur pratique plus performante. Ce double lien descriptif et prescriptif réduit *a priori* le champ des objections possibles, et risque de délégitimer non seulement la parole individuelle du soignant, non passée dans la filière de validation, alors qu'il est bien celui qui agit en dernière instance, mais aussi la qualification individuelle, sur laquelle elle fait peser le soupçon permanent d'obsolescence. Dire d'une chose qu'elle est à la fois ce qu'on croit, et qu'en même temps, n'est pas du tout ce qu'on croit car elle a un sens technique accessible aux seules experts, cela produit un occultisme rationnellement induit, pourrait-on dire. Tel le début de *Dialogues d'exil* de Brecht, où ce cigare n'est pas un cigare, et cela finalement n'est pas si grave car cette bière n'est pas de la bière ; il n'y a plus qu'à aller fumer une pipe qui n'est pas une pipe...

Conséquences éthiques du modèle scientifique

« Il ne faudrait pas dire « je suis », mais « j'ai à être ». »³⁶

Devant la prolifération théorique des infirmières, on peut ressentir l'envie d'utiliser le rasoir d'Ockham, cette règle intellectuelle selon laquelle « il ne faut pas multiplier les être au-delà du nécessaire », *entia non multiplicanda sunt praeter necessitatem*. La multiplication des modèles conceptuels infirmiers peut d'un certain point de vue être considérée comme un symptôme d'un certain manque d'attention portée au langage. Qu'est-ce que chaque théoricienne veut dire lorsqu'elle juge indispensable de proposer son modèle ? A quelle

³⁴ Debout Christophe, « La pratique infirmière fondée sur les preuves », Revue *Soins*, n° 771, décembre 2012

³⁵ Idem, p. 16

³⁶ Ouaknin Marc-Alain, *Les Dix Commandements*, Paris, 1999, Seuil, coll. points, p. 131

nécessité obéit-elle, ou croit-elle obéir ? Organiser sa pensée pour mieux agir est une exigence professionnelle, mais n'est pas la marque d'une activité scientifique. N'y a-t-il pas influence de la loi libérale qui favorise les offres sur le marché intellectuel, jugeant saine en soi la situation de multiplicité des offres ?

Si elles veulent être une « science de la subjectivité », comme l'ont proposé L. Jovic, E. Cartron et D. Lecordier, les sciences infirmières devraient réfléchir bien plus qu'elles ne le font actuellement à l'obstacle majeur qui empêche la constitution d'une « science de la subjectivité ». Il est intéressant de rappeler ici une difficulté qu'Aristote a soulevée dans l'Éthique à Nicomaque : « *Car manifestement ce n'est même pas « la » santé sous une telle forme [idéale] que considère le médecin, mais celle de l'homme ; peut-être même faudrait-il dire plutôt celle de cet homme-ci, car c'est le particulier (hékaston) qu'il soigne.* »³⁷ Le terme hékastos veut dire « chacun », non pas « tout » (tout homme) au sens général d'un « quel que soit » indifférent, mais chacun, au sens d'une prise en compte, dans une totalité, de l'ensemble de toutes les unités irréductibles, sans en oublier aucun, dans ce qui ressemble à un processus itératif : celui-ci, puis celui-ci, puis celui-ci, etc. La science a affaire à tout phénomène général et reproductible, le soin à ce qui est singulier et irréductible. Ce point d'incompatibilité ne peut être surmonté que de manière dialectique au sein de la pratique du soin : l'huile et le vinaigre, condiments non miscibles, ne peuvent former une vinaigrette que par la pratique du cuisinier. L'incompatibilité persiste malgré tout, entre la standardisation des prises en charge que préconisent les méthodes d'organisation scientifique du travail issues de l'industrie, et le devoir des professionnels de santé d'être attentifs à la singularité de chaque personne soignée que formalisent les textes de lois sur les droits des patients. Si l'infarctus est de mieux en mieux soigné, permettant une augmentation souhaitable du nombre de vies sauvées par une plus grande rapidité dans l'intervention curative, en revanche le malaise indéfini, la douleur non spécifique, le symptôme non répertorié dans le protocole condamne son porteur à une expérience labyrinthique de l'errance entre spécialistes.

Le concept de subjectivité reste pour le moins problématique, et ne peut faire l'économie de ce que la phénoménologie husserlienne a dit à ce sujet. Husserl voulait fonder la phénoménologie à partir de la critique du psychologisme, qui est inapte selon lui à rendre raison du phénomène de la conscience en tant que tel, et qu'il ne peut expliquer qu'empiriquement. La subjectivité, comme le monde qui est son corrélat, est d'abord une énigme, qu'il convient de décrire en suspendant l'attitude naturelle de la *thèse* du monde. La lecture des œuvres

³⁷ Aristote, *Éthique à Nicomaque*, Paris, Garnier-Flammarion, 1097 a, 14, traduction Richard Bodéüs

phénoménologiques est difficile. Elle montre bien que la constitution d'une science de la subjectivité ne peut être *naïve*. Le paradoxe de la phénoménologie est celui-ci : comme c'est à partir de la conscience naïve engagée dans le monde donné, conscience qui accomplit ses fonctions intentionnelles de façon impersonnelle et ignorante d'elle-même³⁸ que se construisent les sciences orientées vers le monde (y compris une science de la conscience comme la psychologie), et que ces sciences se condamnent à heurter crises, paradoxes, intelligible³⁹, la phénoménologie en prend acte et vise, à travers une langue difficile et une armature conceptuelle apparemment réservée aux initiés, à la seule prise de conscience de soi-même qui soit radicale, universelle, exempte de doute et ouverte sur l'intersubjectivité transcendante⁴⁰. La phénoménologie enlève les paradoxes de la science en étant elle-même paradoxe, et réinterprète l'oracle orphique dans un sens également paradoxal : « *il faut d'abord perdre le monde par l'ἐποχή, pour le retrouver ensuite dans une prise de conscience universelle de soi-même.* »⁴¹

La place de la subjectivité et son rapport avec la science moderne ne cesse de renvoyer au langage et au rôle qu'il a dans la possibilité de dire l'expérience subjective. Dans cette question, Leibniz est peut-être plus décisif que Descartes, qui conduisait *Le discours de la méthode* en disant *je*. Denis Vernant écrit que « *contre l'oubli cartésien du langage se réalisait l'idéal leibnizien d'une fécondité cognitive de la combinatoire des signes.* »⁴² Il ajoute que « *l'intuition, comme contrôle réflexif des idées, s'effaçait devant le maniement réglé, algorithmique, des signes logiques.* »⁴³ L'automatisation de la pensée a donc commencé bien avant l'avènement des ordinateurs, et le désaveu de l'intuition, de la capacité naturelle de l'homme à user de son entendement personnel a été, comme un ver dans le fruit, une sorte de caillou, de *calculus*, glissé dans la chaussure de l'homme qui sera appelé, au siècle suivant, à sortir de sa minorité pour marcher vers la lumière de son autonomie. Au moment même de l'affirmation politique de la liberté de l'homme, aux XVIII^{ème} siècle, la forme dont ce dernier pense son esprit est déjà soumise à un pacte redoutable passé avec l'extériorité, avec l'écrit, avec la puissance de la formule et de la formalisation en rupture complète avec « l'intuition comme contrôle réflexif ». Au moment où la science se présente comme le moyen de briser les chaînes de l'illusion, elle passe en contrebande une nouvelle conception, qui est à la fois levier

³⁸ Husserl Edmund, *Méditations cartésiennes*, Paris, 1992, Vrin, p. 244

³⁹ Idem, p. 246

⁴⁰ Idem, p. 247

⁴¹ Idem, p. 251

⁴² Vernant Denis, *Introduction à la philosophie du langage contemporaine*, Paris, 2010, Armand Colin, coll. U p.

12

⁴³ Idem

efficace sur la nature et dépossession de son esprit chez le sujet. Le prestige de la science occulte l'incompatibilité principielle de celle-ci avec le soin qui, lui, a affaire à la personne et à sa subjectivité vécue. Le tropisme scientifique est si fort qu'il en est presque hors de portée de toute critique rationnelle. D'une certaine manière seule la phénoménologie conserve l'idée du sujet, d'une intuition et d'un vécu évidents, « apodictiques » ; mais au prix d'un déniement de l'esprit, qui doit passer par l'épreuve de la perte du monde (naïf) opérée par la « mise entre parenthèses », la mise « hors valeur », la mise « hors-jeu »⁴⁴ (tous termes équivalents de l'ἐποχή phénoménologique), pour retrouver cette intuition et ce vécu.

Au début de *L'Œil et l'Esprit*, Merleau-Ponty écrit : « *La science manipule les choses et renonce à les habiter* »⁴⁵. La manipulation des choses, lorsque les choses sont des hommes, a pour nom *réification*. Elle est dénoncée à juste titre par Adorno et Horkheimer, et les sociologues de l'École de Francfort. Pourtant, des faits sociaux *traités comme des choses* selon la méthodologie durkheimienne, à l'individu traité comme une *boite noire* dans la psychologie behaviouriste, le processus de réduction de la richesse qualitative du monde semble en marche comme un destin. Si c'est en poète que l'homme habite sur terre, c'est vraisemblablement en scientifique qu'il hante l'espace quantifié, découvrant avec horreur sous sa boîte crânienne un *ghost in the machine*.

Un diagnostic infirmier très étrange

En exemple des méfaits d'un modèle scientifique mal interprété, il faut citer maintenant le cas du diagnostic infirmier « champ énergétique perturbé ». Inclus dans la taxonomie officielle des diagnostics infirmiers, ce dernier ne va pas sans poser quelques problèmes. Je souhaiterais maintenant montrer en quoi cette difficulté n'est pas un problème de simple classification qui n'aurait pas de portée réelle. Il me semble qu'au contraire, par toute une chaîne de relais institutionnels et surtout culturels, les propositions de ce diagnostic infirmier favorisent une forme de relativisme intellectuel nourrie de holisme, et de recyclage des élucubrations parmi les plus farfelues des modes new-âge.

La définition du diagnostic est la suivante : « Modification du flux énergétique (aura) entourant la personne, se traduisant par une dysharmonie du corps, de la pensée et de l'esprit. » Nulle part ce « flux énergétique » n'est défini, comme peuvent l'être les composants des autres diagnostics ayant trait soit aux dysfonctionnement corporels (les perturbations quantitatives en

⁴⁴ Husserl Edmund, *Méditations cartésiennes*, Paris, 1992, Vrin, p. 46

⁴⁵ Merleau-Ponty, Maurice, *L'Œil et l'Esprit*, Paris, Gallimard, 1985, coll. folio essais, p. 9

hyper ou en hypo), soit aux troubles psychiques (qui renvoient aux catégories de la santé mentale). Un concept, « aura », est utilisé sans qu'on sache exactement à quel type de réalité il renvoie, car si ce qui est nommé « aura » existe, il faut qu'elle puisse être rendue perceptible par une indication qui règle la perception, ou rendue concevable par une règle de construction intellectuelle. Or rien de tel ne permet de déterminer le phénomène. Il est renvoyé à ce qui caractérise en propre les phénomènes paranormaux : il faut être en quelque sorte doué d'une certaine sensibilité pour les percevoir. Dans les caractéristiques du problème on lit : « *perturbation du champ énergétique (insuffisance, absence, pic, obstruction, renflement, engorgement, diminution).* » Autant il est possible de déterminer qualitativement ou quantitativement un problème comme la dénutrition, la constipation, la douleur, la tristesse, l'angoisse, car des signes le permettent ; autant le « renflement » d'un champ énergétique peut tout au plus être une métaphore, au pire une croyance. Mais ni les métaphores, sauf celles qui ont été lexicalisées et font partie du langage commun, ni les croyances, ne peuvent constituer une approche professionnelle. Il faut citer également parmi les interventions préconisées, celle-ci : pour appliquer les mesures thérapeutiques, « *rééquilibrer le champ énergétique du patient en gardant les mains à environ 5 cm de son corps, afin d'éliminer les obstacles à la circulation de l'énergie (dans son corps et entre lui et l'infirmière).* » Le geste s'apparente à celui du radiesthésiste, du magnétiseur. Quel que soit le degré de réalité de ces pratiques, il s'avère qu'il s'agit toujours plus ou moins d'un don, si un tel don existe. Il ne se transmet pas selon les modalités de l'exercice professionnel. Aucun IFSI n'enseigne non plus le toucher pour rééquilibrer le champ énergétique.

Alors, que penser et que faire d'un tel diagnostic officiellement validé ? La discrétion à son sujet (bon nombre de collègues qui utilisent chaque jour le manuel de diagnostics n'ont même pas remarqué son existence) peut être le symptôme inquiétant d'un manque de cohérence au sein de la théorie. Ne serait-ce pas un indice que « *Something is rotten in the State of Nursing* » ? C'est en tous les cas la présence probable de scientisme. « *Le scientisme veut promouvoir l'idée que l'esprit et les méthodes scientifiques doivent être étendues à tous les domaines de la vie intellectuelle et morale sans exception. Mais il ne l'impose qu'au prix d'un évitement de la question de la scientificité.* »⁴⁶ Le scientisme est tout à fait compatible avec une porosité à l'irrationnel, car l'évitement de la question de la scientificité entrave toute approche critique. L'exemple du diagnostic infirmier le montre. L'extension du modèle scientifique à tous les domaines de la vie intellectuelle concerne donc également le monde soignant.

⁴⁶ Boituzat François, *Dictionnaire d'histoire et de philosophie des sciences*, Paris, PUF, 2006, quadriges, art. scientisme

L'irrationnel apparaît comme un corollaire du scientisme, et prend des formes diversifiées, parmi lesquelles les pseudosciences. Leur existence se situe au croisement des croyances parfois les moins rationnelles et des sciences.

Sur ce point, le philosophe américain Alan Sokal est un des rares universitaires qui se soient intéressés à l'influence des pseudosciences dans le domaine des soins. Dans son livre *Pseudosciences et postmodernisme*, il s'attache à faire un exposé précis des difficultés posées par le « toucher thérapeutique », lié au diagnostic cité. Alan Sokal donne quelques éléments de ce toucher tel que le définit son auteure, Dolorès Krieger. Il rapporte une expérience effectuée au sujet de ce toucher qui s'est avérée non probante, dans la mesure où le taux de réussite des praticiens du toucher mis au défi de définir à l'aveugle quelle était la main, droite ou gauche, de leur main qui était en situation de toucher thérapeutique à 8 – 10 centimètres au-dessus de la main à sentir (et bien sûr sans la voir), n'était pas plus significatif que le taux de réponses positives données au hasard. Alan Sokal s'attache par la suite au cas de Martha Rogers, qui est la fondatrice de la « Science des Êtres Humains Unitaires », figurant en bonne place dans le Panthéon des Théories infirmières. Il donne des aperçus de cette théorie, sans trop entrer dans les détails, mais il insiste sur l'usage pour le moins étonnant de concepts tirés des théories scientifiques les plus difficiles à comprendre pour le profane, comme le sont les deux plus fameuses du vingtième siècle, la relativité et la physique quantique. Parmi les exemples donnés, deux sont particulièrement significatifs : l'un s'appelle le principe d'hélicie ramassé en une sorte d'équation formalisée (ressemblant visuellement à une équation scientifique de la plus haute complexité), dont l'interprétation en langue naturelle est : « *L'hélicie est une fonction. Du changement innovateur perpétuel issu de l'interaction mutuelle de l'homme et de l'environnement le long d'un axe longitudinal en spirale se déployant au sein de l'espace-temps.* »⁴⁷ Sokal note tout de même que l'équation en question n'a aucun sens mathématique. Il poursuit avec une autre citation qu'il faut donner in extenso : « *La voyance, par exemple, est rationnelle au sein d'un champ humain à quatre dimensions en interaction constante, mutuelle et simultanée avec un champ environnemental à quatre dimensions. Il en va de même de la psychométrie, du toucher thérapeutique, de la télépathie, et d'un grand nombre d'autres phénomènes. Au sein de ce système conceptuel, de tels comportements deviennent « normaux » plutôt que « paranormaux ».* »⁴⁸ La vision holistique dont se revendique de tels propos provient d'une idée bonne en soi, mais mal utilisée. Pour contrebalancer les effets dévitalisants de l'approche analytique de la science, il faut avoir recours à une approche synthétique, au sens

⁴⁷ Sokal Alan, *Pseudosciences et postmodernisme. Adversaires ou compagnons de route ?* Paris, 2005, Odile Jacob

⁴⁸ Idem

où le retour au concret doit aller de pair avec un tri dans tous les énoncés dont l'importance n'est pas égale. Mais si cette approche synthétique et centrée sur la pratique, qui selon la classique morale de métier « ne veut pas se payer de mots », est prise au pied de la lettre, subit un traitement formalisé et produit un nouveau discours, alors elle est déviée de son but et favorise un savoir artificiel et illusoire.

Une vision sotériologique du savoir

Un disciple vint voir son maître et lui demanda :
 - *Qu'as-tu appris ?*
Le disciple répondit :
 - *J'ai traversé trois fois le Talmud !*
Et le maître dit :
 - *Mais est-ce que le Talmud t'a traversé ?⁴⁹*

La façon de concevoir la science par les sciences infirmières laisse à penser qu'elles lui attribuent un pouvoir émancipateur qui n'est pas suffisamment mis en question. Cherchant à être reconnue, la profession soignante est peut-être portée à lui conférer le double effet de rendre plus efficace le soin, et d'obtenir la considération sociale à laquelle ses principes anciens de dévouement, trop liés à la religion, ne lui permettent plus de prétendre. Hypothétique et peu charitable, cette lecture veut surtout insister sur la profondeur du problème, qui se traduit par des effets de confusion dans la conception que la profession a d'elle-même. Cette confusion est peut-être une des causes qui favorise la percée des pseudosciences dans le soin, phénomène social qui a, lui, des conséquences éthiques très nettes et très concrètes. C'est pour cette raison que la MIVILUDES, la Mission de Vigilance et de LUTte contre les DÉrives Sectaires, a jugé nécessaire d'établir des correspondants « dérives sectaires » au sein des ARS depuis le 1^{er} juillet 2011⁵⁰. Le monde des sectes représente un danger réel pour la santé des patients, mais il semble que les soignants ne soient pas eux-mêmes hors des dangers de ces dérives, que ce soit en tant que victime ou en tant que membre d'une secte. Ce phénomène d'infiltration des sectes dans la santé est bien évidemment complexe, mais il montre aussi que si les soignants y sont si sensibles, ce ne peut être seulement à cause de la force de persuasion des sectes, mais aussi du fait des contradictions non toujours perçues au sein de la profession, parmi lesquelles ce mémoire inscrit la question de la scientificité problématique des sciences infirmières.

⁴⁹ Ouaknin Marc-Alain, *Les Dix Commandements*, Paris, 1999, Seuil, coll. points, p. 20

⁵⁰ <https://www.derives-sectes.gouv.fr/publications-de-la-miviludes/guides/sant%C3%A9-et-d%C3%A9rives-sectaires>

A leur manière, les sciences infirmières illustrent le propos connu de Heidegger, propos provocateur et qui donne pour cette raison même, à penser : « *la science ne pense pas* »⁵¹. Et certes les sciences infirmières ne pensent pas au sens où pense un penseur ; elles veulent plutôt *raisonner*, pour fournir à la pratique du soin des outils élaborés selon des procédures dûment éprouvées et validées, éprouvées selon les critères de l'approche *evidence based*, et validées par les institutions qui incarnent cette manière de promouvoir l'organisation du soin et de la santé. Heidegger complète, ce que l'on oublie souvent de citer, en disant que « *que la science ne puisse pas penser, il ne faut voir là aucun défaut, mais bien un avantage.* »⁵² Le fait de « produire des savoirs » devrait amener à voir dans la proposition de Heidegger, finalement, une description, quasi factuelle et objective de ce qu'il en est dans le soin actuellement ! La polémique est refroidie, le constat est presque devenu trivial, et c'est pourtant bien, comme dirait Heidegger, cet état de fait qui étonne et donne encore à penser...

Il y a une éthique de la science, qui repose en grande partie sur les vertus intellectuelles qui doivent former l'habitus du chercheur. Mais que les chercheurs en sciences soient animés de telles vertus ne signifient pas que ces vertus soient généralisables, ni qu'elles concernent ceux qui travaillent en utilisant les résultats de la science, aux côtés de la science, sans être eux-mêmes des scientifiques. La propagation de l'habitus de la science d'un domaine dans un autre, voire dans les domaines autres, par une sorte de "percolation mimétique", fait l'objet de cette remarque de Merleau-Ponty : « *Jamais comme aujourd'hui la science n'a été sensible aux modes intellectuelles. Quand un modèle a réussi dans un ordre de problèmes, elle l'essaie partout.* »⁵³ C'est de plus en plus souvent en direction des disciplines qui ne sont pas scientifiques que s'exportent des méthodes, principes, théories. Aristote conseillait pourtant d'adapter le degré de rigueur au genre d'affaire dont on s'occupe, et de ne pas réclamer la démonstration dans les choses vraisemblables ni, à l'inverse, l'argumentation dans les mathématiques⁵⁴ ; d'user en somme de l'acribie avec discernement. Vouloir importer des méthodes, des principes, des visées de la science, sans avoir auparavant établi une approche critique de ce projet et des limites qui lui sont inhérentes, c'est considérer la science selon une perspective de salut intellectuel, dans une ambition d'être sauvé par un maître qui a pouvoir de vie et de mort sur la légitimité des énoncés quels qu'ils soient, que le métier pourrait être conduit à produire, à ses risques et périls. C'est se mettre dans une attente sotériologique, en traitant la

⁵¹ Heidegger Martin, « Que veut dire « penser » ? », in *Essais et conférence*, Paris, Gallimard, 1958, p. 157

⁵² Idem

⁵³ Merleau-Ponty, Maurice, *L'Œil et l'Esprit*, Paris, Gallimard, 1985, coll. folio essais, p. 10

⁵⁴ Aristote, *Éthique à Nicomaque*, Paris, Garnier-Flammarion, p.

question du sens et de la finalité sur le mode des causes efficientes.

Outre les méthodes, les théories et les principes, l'extension du domaine de la science se fait sentir aussi par celui de l'épistémologie. Mais il n'est pas sûr que lorsqu'elles parlent d'« approche épistémologique » lesdites sciences infirmières fassent un usage rigoureux du terme. « Epistémologie » renvoie avant tout « *proprement à l'étude des sciences, considérées comme des réalités qu'on observe, qu'on décrit et qu'on analyse* », et il vaut mieux « *s'en servir pour désigner l'étude a posteriori des concepts, méthodes, principes, hypothèses des sciences* » : a posteriori, c'est-à-dire une fois constituée la science étudiée. Il semble aventureux de postuler l'existence de l'épistémologie d'une science en train de se constituer. Pour désigner la réflexion méthodique sur le savoir d'une pratique, Lalande propose un terme beaucoup plus large dans son application : la « *gnoséologie* », définie comme « *l'analyse réflexive de l'acte ou de la faculté de connaître, étudiée en général et a priori par une méthode logique analogue à celle de Kant.* »

Que les soins, comme d'ailleurs la médecine, puissent être définis comme un art au carrefour de plusieurs sciences (et techniques), selon la formule de Georges Canguilhem dans *Le normal et le pathologique*, devrait être considéré comme un élément de base pour la construction d'une identité professionnelle. Il n'y a pas à rougir de ne pas relever de la science, qui n'a pas le monopole du sérieux et de la rigueur. Ce n'est pas non plus faire une profession de foi irrationaliste que d'affirmer que le métier que l'on pratique n'est pas un métier scientifique, ni qu'il ne peut se réclamer d'aucune science propre. Canguilhem mériterait d'être lu davantage par les soignants : il termine en effet son étude en notant : « *Voilà pourquoi, sans être elle-même une science, la médecine utilise les résultats de toutes les sciences au service des normes de la vie.* »⁵⁵ Le soin demande aussi une utilisation des savoirs extérieurs et en même temps tout à fait contigus et connexes en vue de ce soutien des normes de la vie, sans qu'une confusion entre user d'une science et être une science soit légitime. Toutes les sciences utiles, comme la physiologie, la biologie, la physiopathologie, la pharmacologie, les sciences humaines, le droit, exigent un travail de maîtrise conséquente de la part du soignant. Toute confusion risque de diluer ses efforts, d'effacer les frontières, et d'être nuisible à la compréhension même de ce qu'est une science. Il serait beaucoup plus raisonnable de reconnaître que les sciences infirmières ne sont pas des *sciences* si elles sont infirmières, et ne sont pas *infirmières* si elles sont des sciences. Dominique Folscheid nous ouvre une piste lorsqu'il réfléchit sur la médecine, dans le texte court et dense de 1996 intitulé *La médecine*

⁵⁵ Canguilhem Georges, *Le normal et le pathologique*, Paris, PUF, , quadrige,

comme praxis. Il conclut par ces mots : « *Considérée dans son essence, la médecine n'est donc ni une science ni une technique, mais une pratique soignante accompagnée de science et instrumentée par des moyens techniques* »⁵⁶ Je me sens proche de cette position, mais il y a deux différences notables : Dominique Folscheid parle de la médecine, et il la définit comme *praxis*. La première différence peut être assez aisément gommée par le fait que le soin constitue un continuum, même s'il est d'usage de dire, chez les soignants, que le médecin s'occupe de la maladie, et le soignant de la personne malade (l'existence d'un rôle sur prescription chez les soignants indique que cette distinction est d'ordre technique, mais ne renvoie pas à une différence essentielle). La deuxième différence en revanche demande à être prise en compte, du simple fait que le soin des soignants se concrétise dans un ensemble d'*actes de soins produits* qui renvoient plus à la dimension de *poïesis* qu'à celle de *praxis*. Il faut donc comparer le soin avec le modèle de l'art, d'une part comme contre-exemple de la science, d'autre part pour mieux identifier la place de cette poïesis. Nous verrons ainsi si ce que dit Dominique Folscheid de la médecine concerne également le soin, ou bien si la dimension de l'acte résiste comme un noyau dur et crée par là une différence dans la possibilité de « penser » le soin en son « essence ».

⁵⁶ Folscheid Dominique, « La médecine comme praxis : un impératif éthique fondamental », Actes du colloque international *Sens et Savoir* à l'occasion du cinquantenaire de la revue, volume 52, n°2, juin 1996

Chapitre deux. L'art comme contre-exemple

Ziffel

Vous voulez toujours que les idées aient une fonction bien définie, et qu'on les ait sous la main toujours prêtes à servir.

Kalle

C'est vrai. Selon moi, c'est ce qu'on peut faire de mieux pour elles, s'en servir...

Ziffel

Vous oubliez que la productivité des idées, comme d'ailleurs celle des individus, supposent justement qu'elles ne soient pas attachées à une fonction, qu'on leur laisse ce qu'elles ont d'indéterminé, de vacant, pour ainsi dire.⁵⁷

Victor Hugo fait dire à Monseigneur Myriel, l'évêque qui a sauvé Jean Valjean : « *Le beau est aussi utile que l'utile. – Et il ajouta après un silence : plus peut-être.* »⁵⁸

La question de l'utile et de l'inutile concerne aussi le soin, étant intrinsèquement liée à la notion de fin. La science moderne ayant évacué toute proposition de type finaliste, en ne s'intéressant qu'aux causes efficientes, la pensée a en quelque sorte confié cette question de la réflexion sur les fins à d'autres activités humaines, comme l'art. C'est à ce titre que l'art intéresse le soin, mais également pour ce qu'il contient d'éléments commun avec lui. Parmi ces éléments, ceux qui feront l'objet de ce chapitre concernent tout d'abord la sensibilité, *aisthesis* et les sens dérivés qui découlent de la capacité à ressentir, non seulement les sensations, mais également les émotions et les sentiments. De même sont concernées les qualités propres à l'artiste comme l'inventivité ou la créativité, l'attachement à l'œuvre, la place donnée à l'imagination et à l'analogie et, bien évidemment la question lancinante du sens, du sens d'une activité humaine.

Les beaux-arts comme éducation à la sensibilité

En quoi la comparaison entre les « beaux-arts » et le soin est-elle non seulement intéressante mais même justifiée ? Pour répondre à cette question, il faut revenir à la constitution de la discipline « esthétique » entendue dans le sens moderne, émergeant au XVIII^{ème} siècle. La parution de l'*Esthétique* de Baumgarten en 1750 marque cette conception nouvelle de l'esthétique, plus précisément du rôle nouveau qu'elle va être amené à jouer au sein des théories de la connaissance. Jusqu'à Baumgarten, la sensation était dépréciée et définie comme étant par elle-même incapable de fournir la moindre connaissance, étant attachée au

⁵⁷ Semprun Jaime, *Dialogues sur l'achèvement des temps modernes*, Paris, Éditions de l'Encyclopédie des nuisances, 1993

⁵⁸ Hugo Victor, *Les Misérables*, Paris, Gallimard, 1995, folio, p. 62

particulier (kath'hekaston⁵⁹), alors que selon la formule bien connue d'Aristote « *la science c'est le fait de connaître l'universel* »⁶⁰.

Chez Leibniz, la sensation, sans être tout à fait remise à l'honneur en tant que connaissance valable, n'était cependant plus coupée de la faculté de connaître dans la mesure où, du fait du logicisme intégral qui était au centre de sa philosophie, Leibniz concevait la sensation comme une connaissance confuse, ou plus exactement, « *la sensation est l'expression confuse d'un réel en lui-même intelligible.* »⁶¹ Il y a dans la perspective de Leibniz une sorte de continuum entre le logique et l'esthétique.

Baumgarten, s'inscrivant dans l'héritage de Leibniz, reprend l'idée que la sensation porte bien en elle une forme de connaissance ; mais il introduit de nouveau une rupture entre le logique et l'esthétique. Si pour Leibniz, comme le lui reproche Baumgarten, le réel est concevable selon une continuité sans rupture, la connaissance d'un tel réel, au fond entièrement réductible au logique et à la clarté conceptuelle, n'est réellement accessible qu'à un entendement omniscient, celui de Dieu. L'homme, du fait de sa corporéité, est un être limité, et s'il a bien accès par son entendement à l'universel logique, il est cependant confronté à une absence de recoupement entre les deux domaines du logique et de la sensation. Baumgarten conserve donc pour le registre de la sensation le propre de ce qui caractérise une connaissance, la notion de vérité, mais il assigne à celle-ci une autre modalité d'appréhension. Ce sera l'*esthétique*, entendue comme science constitutive d'un objet spécifique, la sensation. L'esthétique est dès lors l'occasion de se tourner vers l'ensemble des productions humaines qualifiées d'artistiques, qu'elle sort du simple statut d'agrément pour leur conférer la dignité d'une connaissance en vue du vrai. Dans la perspective leibnizienne des mondes compossibles, l'art devient également cette faculté d'explorer un autre monde⁶². Cette idée sera reprise par Nelson Goodman, dans la perspective d'ailleurs de réduire la dichotomie entre science et art, pour montrer dans les manières de procéder quelles sont les pratiques apparentées.

C'est avec Kant que la notion d'esthétique entre définitivement dans le questionnement philosophique et s'y fraie un parcours qui la conduit jusqu'à nos jours. Elle apparaît d'abord, dans la *Critique de la raison pure*, comme l'étude de la sensibilité, « *capacité à recevoir des représentations grâce à la manière dont nous sommes affectés par des objets* »⁶³, mais plus spécifiquement, en tant qu'elle est l'étude de la condition de possibilité de la sensibilité,

⁵⁹ Aristote, *Seconds analytiques*, Paris, 2005, GF-Flammarion, trad. Pierre Pellegrin, livre I, 31, 87b35, p. 221

⁶⁰ Idem

⁶¹ Pranchère Jean-Yves, préface à l'*Esthétique* de Baumgarten, p. 15

⁶² Baumgarten A. G., *Esthétique*, Paris, L'Herne, 1988, § 599, p. 223

⁶³ Kant Emmanuel, *Critique de la raison pure*, Paris, Gallimard, 1980, folio, p. 87

nommée dès lors « esthétique transcendantale », « *science de tous les principes de la sensibilité a priori* »⁶⁴, indépendamment de l'empirique. La notion est reprise dans la *Critique de la faculté de juger*, du fait qu'un jugement de goût n'est pas un jugement de connaissance, mais « *un jugement dont le principe déterminant ne peut être rien autre que subjectif* »⁶⁵, liée au sentiment de plaisir et de déplaisir.

Il semble que, par cette extension du concept d'esthétique, on s'éloigne du soin, qui n'a rien à voir avec l'agrément, ni avec le jugement de goût. Pourtant, ce qui nous intéresse dans la conception que donne Kant de l'esthétique, c'est le rôle qu'il assigne à la faculté de juger dans l'ensemble des trois critiques ; la faculté de juger est, elle, directement en prise avec le jugement esthétique, car « *entre la faculté de connaître* », qui fait l'objet de la critique de la raison pure, « *et celle de désirer* », qui fait l'objet de la critique de la raison pratique, « *est compris le sentiment de plaisir et de peine, tout comme entre l'entendement et la raison il y a la faculté de juger.* »⁶⁶. Quel est le sens, quelle est l'importance de cette faculté de juger, qui s'attache au sentiment de plaisir et de peine ? Sans trop entrer dans les détails de la si difficile philosophie kantienne, il est possible d'en donner la grande orientation dans le résumé qui commence le paragraphe IX de l'Introduction à la *Critique de la faculté de juger* : la connaissance théorique de la nature implique l'entendement qui exerce à cet égard une fonction légiférante a priori pour toute expérience possible ; la raison quant à elle légifère a priori dans son domaine propre qui est celui de la liberté où elle exerce une causalité suprasensible propre au sujet, et est l'objet d'une connaissance pratique inconditionnée. Mais ces deux domaines sont séparés par un *gouffre infranchissable*, à la fois pour l'entendement vers la liberté, qui n'existe pas en tant que phénomène, et pour la raison qui ne peut se satisfaire de la causalité phénoménale pour instaurer le régime de la liberté qu'elle réclame⁶⁷. À cet égard, la faculté de juger, sous son double aspect de faculté de juger esthétique et téléologique, opère une médiation entre les deux domaines de la nature et de la liberté, et rend possible le passage du domaine du concept de la nature à celui de la liberté⁶⁸. Elle entend créer un pont nécessaire, parce qu'exigé par le système entier des trois critiques, pour passer au-dessus de ce gouffre et rendre possible ce qui est nécessaire, le règne des fins. Comme dit Jean-Michel Muglioni, Kant « *cherche comment la téléologie*

⁶⁴ Idem, p. 89

⁶⁵ Kant Emmanuel, *Critique de la faculté de juger*, Paris, Gallimard, 1985, folio, p. 130

⁶⁶ Idem, p. 104

⁶⁷ Idem, p. 124

⁶⁸ Idem p. 126

empirique et naturelle s'accorde avec la téléologie pratique, c'est-à-dire comment l'idée du bien et la nature s'accordent »⁶⁹.

Ce détour par un trop bref aperçu de la philosophie kantienne a pour visée de mieux cerner le lien entre l'*aisthesis*, le sensible, la sensibilité, et le soin. Dans la pratique de tous les jours, les soignants ont affaire avec les patients chez qui cette sensibilité est atteinte au plus profond, par la douleur, la souffrance, l'angoisse. L'utilisation des analgésiques, pour le corps, comme les antidouleurs, ou pour l'esprit, comme les anxiolytiques, sans même parler de l'anesthésie sans laquelle aucune intervention chirurgicale n'est envisageable, est une pratique si courante et si efficace qu'elle tend à laisser penser que la souffrance est toujours justiciable d'un traitement médicamenteux. Pour autant, la douleur est de plus en plus comprise comme un phénomène complexe, qu'il convient tout d'abord d'évaluer rigoureusement pour chaque individu, en tenant compte du vécu de cette douleur afin d'en donner la meilleure réponse appropriée. L'émergence de la douleur comme problème spécifique a d'ailleurs entraîné son inscription comme objet identifié de la pratique soignante et médicale par le vote de nombreuses lois depuis les années quatre-vingt-dix, notamment la loi du 4 février 1995 portant obligation aux établissements de santé d'inscrire la lutte contre la douleur dans leur projet d'établissement et d'organiser les moyens nécessaires à cette fin. Cette loi, sans compter les autres dispositions légales, circulaires, chartes, a été complétée par la loi du 4 mars 2002 relative aux droits du patient posant le principe selon lequel : « [...] Toute personne a le droit de recevoir des soins visant à soulager sa douleur. »⁷⁰ Mais la loi seule, pas plus que la déontologie, ne peut guider la pratique soignante au quotidien si celle-ci n'est pas orientée par une visée éthique. Le phénomène douleur montre que l'homme n'est pas réductible à un assemblage d'organes dont la compréhension toujours plus fine du fonctionnement garantit sans reste le soulagement d'affects indésirables... La douleur fait peur par le défi qu'elle lance au sens. Un exemple de la délicate voire impossible réductibilité de la douleur à la physiologie pure est porté par les femmes qui refusent la péridurale lors de l'accouchement, péridurale qui abolit toute douleur comme toute sensation. Ne pas sentir l'événement, c'est pour elles s'amputer d'un aspect vital de la relation naissante au cours de l'événement. Cet aspect vital vient contrebalancer la douleur, pourtant décrite comme des plus particulièrement fortes, en l'inscrivant dans un processus unique porteur de sens : l'arrivée de l'enfant (je ne peux que m'appuyer sur des témoignages...) Il est possible d'étendre cette variabilité à d'autres situations de douleur sans

⁶⁹ Muglioni Jean-Michel, « Le principe téléologique de la philosophie kantienne de l'histoire », *Revue germanique internationale* [En ligne], 6 | 1996

⁷⁰ Article L 1110-5 du code de santé publique (CSP)

pouvoir préjuger a priori qu'elle se réduise à une variation physiologique. Le dialogue et la parole du patient sont indispensables : que peut-il supporter ? Que peut-il « souffrir » ? Jusqu'où ? A partir de quel degré est-ce le sens même de la vie qui est corrompu, corrodé par la douleur ? Est-ce lorsque celle-ci n'est plus une expérience dont il est possible de sortir, mais qu'elle plonge le sujet dans un chaos pire que la mort, qui prend à ce moment-là des airs d'allié ?

Cela dit combien le métaphysique et le quotidien sont si proches dans ces gestes qui ont lieu chaque jour dans les établissements sanitaires ou médico-sociaux. L'homme peut s'extasier devant la beauté du monde ou le sublime, il souffre dans et par ce même monde qu'il peut parfois souhaiter quitter du fait de la douleur et du désespoir. L'apport de Kant est de nous permettre de penser, non seulement la morale sous son aspect déontologique, comme il est coutumier de l'enseigner dans les IFSI, mais également par un rétablissement au sein même du soin, de la pleine et entière espérance, de rendre celle-ci tangible, opératoire, palpable⁷¹ au cœur même de la pratique soignante. Ce que Kant appelle le *jugement réfléchissant* opère par un libre jeu des facultés, une sorte d'audace de penser. Outre sa fonction heuristique dans le registre de la connaissance, le jugement réfléchissant a une portée régulatrice, qui permet de conserver dans une même visée l'objectif esthétique de saisie de la sensibilité et l'objectif éthique d'une conjonction de la finalité des lois de la nature et de celles de la morale, afin de rendre celles-là douées de sens, et celles-ci accessibles à l'agir humain. En effet, vu la plupart du temps sous le seul angle de sa conception formelle et rigoureuse de la morale, qui fait douter qu'il y ait même eu jusqu'à ce jour un seul acte qui soit réellement moral, et pas seulement conforme à elle, Kant a pour effet réel dans l'enseignement de l'éthique au niveau des IFSI de passer au mieux pour un idéaliste inefficace, au pire pour un rabat-joie dont l'austère conception fait fuir.

À l'issue de ce développement, il apparaît possible de dire que l'éthique et l'esthétique sont étroitement mêlées, non pas parce que les préoccupations des artistes relèveraient en soi de la morale, mais parce que, du point de vue que nous avons essayé de dégager, la recherche de l'unité de la pensée et de l'action est la condition d'une attitude éthique, et ne peut exclure la dimension apparemment la plus extérieure et la plus futile de toute pratique, le questionnement sur le beau, et plus précisément, le beau ressenti par untel ou par tel autre, et aussi par soi-même.

Dans certaines circonstances, le beau est aussi parfois la seule raison qui reste à un individu pour désirer persévérer dans l'existence, non parce que c'est une raison catégorique, mais au contraire, parce que c'est une raison qui laisse apercevoir sa pure subjectivité. En

⁷¹ La faculté de juger met à notre portée le concept d'une finalité de la nature, *CFJ*, p. 126

dévoilant la fragilité de l'existence, la sensibilité fait de celle-ci une nouvelle occasion donnée au sujet d'y être intéressé, *inter esse*, d'être au milieu de l'existence. Quand les raisons de vivre accablent et donnent l'idée qu'en finir ou disparaître est la seule solution, c'est peut-être paradoxalement l'absence de raison objective d'exister qui peut redonner goût à la vie, car alors se dévoile le règne de la liberté. Maintenant, partir ? Mais si la rose est sans pourquoi, c'est peut-être qu'elle n'a de compte à rendre à personne. Je peux me faire rose pour échapper à toute injonction comptable ; et la brume sur le toit de l'hôpital, le silence de la nuit, le rayon de soleil qui troue les nuages en révélant la probable raison de l'existence des dieux dans le ciel et non ailleurs, surtout une meilleure adaptation du traitement antalgique, une révision positive de la posologie, toute cette « *nappe de sens brut* », pour reprendre l'expression de Merleau-Ponty dans *L'Œil et l'Esprit*, loin de me donner la nausée, peut me donner le sentiment d'être vivant, pour un temps indéterminé. N'est-ce pas le sort du commun des mortels ? C'est là que je les rejoins.

Mais Kant ne nous apporte pas matière à penser seulement sur le jugement réfléchissant, la réflexion esthétique et téléologique qui soutient l'acte moral en tant qu'il s'inscrit dans le réel. Il nous permet également de mieux cerner les caractéristiques de l'artiste. Il dessine à ce sujet les contours du génie.

Le génie est défini « *comme talent qui consiste à produire ce pour quoi on ne saurait donner une règle déterminée* »⁷², au sens où elle ne saurait être donnée auparavant, et sur laquelle le talent aurait à se régler ; c'est plutôt en produisant, que le talent met au jour pour la première fois la règle qui a présidé à la production. Il suit de là, poursuit Kant, que la première caractéristique de l'aptitude de l'artiste est l'originalité, mais, seconde caractéristique, pour que cette originalité ne soit pas absurde, qu'elle ne verse pas dans le n'importe quoi, elle doit être exemplaire. Troisième caractéristique, le créateur mû par son génie⁷³ est dans l'incapacité de dire scientifiquement (c'est le mot de Kant) comment il a procédé ; il y a au fond du génie artistique une forme d'ignorance. Enfin, quatrième caractéristique, à travers le génie, la nature prescrit ses règles non à la science, mais à l'art. Il faut souligner également que, puisque c'est le don naturel qui donne à l'art ses règles, n'étant pas formulables elles ne peuvent servir de préceptes mais doivent être tirées de l'œuvre produite, a posteriori donc. Cette identification

⁷² Kant, op. cit., § 46, p. 261-262

⁷³ Il faut rapporter le sens de possibilité sublime et hors norme à des proportions beaucoup plus modestes, un peu au sens du génie civil, pour ne pas succomber à un orgueil démesuré et sans pertinence pour notre propos

des règles après coup permet à celui qui aime mesurer son talent de s'en inspirer, de s'en faire un modèle non pour imiter mais pour assumer l'héritage⁷⁴.

Ces quelques lignes de Kant permettent de centrer notre réflexion sur le point plus précis de la pratique du soignant. Il y a dans le soin une dimension *poiétique* (même si, comme nous le verrons dans le troisième chapitre, cette dimension ne définit peut-être pas essentiellement le soin), au sens où le soignant produit une œuvre qui se distingue de lui, contrairement à la praxis, qui trouve sa fin en elle-même. Cette œuvre, du fait qu'elle est due au talent, ou au génie, est d'être originale. Il faut entendre ici l'originalité non au sens habituel d'excentricité farfelue, mais au sens de lien avec l'origine... Quelle origine, et l'origine de quoi ? Il faudrait transposer ici *mutatis mutandis* ce qui est évoqué dans le domaine de l'art, la notion d'inspiration. Cette espèce de naissance parthénogénétique, issue du tréfonds de l'individualité sans pareille de l'artiste, est le sens comme on l'entend la plupart du temps, et selon le contexte, l'artiste sera plus ou moins inspiré, au rythme de sa nécessité intérieure. Si on laïcise, en quelque sorte, cette notion, on peut en conserver la portée de « souffle », de source d'un processus non plus divin, mais revitalisant, pour qu'elle concerne le soin. Les animateurs dans les maisons de retraite devinent implicitement combien ils sont les porteurs d'un souffle de vie, a fortiori s'ils font pratiquer du yoga sous forme de gym douce, quand ils conseillent d'« inspirer », avant que le double sens d'« expirer » ne soit barré par un nouvel « inspirer »... Dans une situation de soin, la singularité de chaque patient nous fait pencher vers cette conviction qu'il y a comme une inspiration qui préside à chaque prise en charge, à chaque nouvelle rencontre, à chaque soin qui doit être mené pour le patient. L'origine serait cette « *nappe de sens brute* » déjà évoquée, qui est déjà là, précédant la rencontre, et pourtant orientée vers le soin, vers une attitude éthique de considération de l'autre qui peut très bien être la source de l'inspiration du soignant, l'origine où il puise sans rien en savoir toute sa présence, à la seule condition d'y être *sensible*.

La littérature comme trésor d'exemples

L'idée d'une éducation à la sensibilité implique la littérature, et il faut développer l'idée que la littérature peut contribuer à la qualité des soins. La question de la qualité littéraire de ce qu'on lit, de la quantité d'œuvres lues ne rentre pas dans le cadre de ce mémoire. La représentation, courante de nos jours, d'une littérature conçue, produite et reçue sur le mode de l'*entertainment* selon une production industrielle de biens culturels soumise elle aussi à la loi

⁷⁴ Kant, op. cit., p. 264

du low-cost est certes un motif d'affliction, mais qui ne fait que donner une forme nouvelle aux ennemis de toujours de la littérature, le sérieux béotien et le matérialisme philistin.

Pourtant, ce sont bien ces motifs d'inquiétude qui ont amené Martha Nussbaum à attirer l'attention, dans son livre *Les émotions démocratiques*, sur le danger que représente le déclin des humanités (nous y reviendrons en troisième chapitre) dans leur rapport à la vitalité de la démocratie. Elle établit principalement une critique de l'éducation tournée vers le profit, et les dégâts occasionnés par celle-ci. Rappelant des évidences autrefois premières aujourd'hui fragiles, comme le fait que l'éducation prépare non seulement à la citoyenneté, mais aussi à une vie dotée de sens⁷⁵ ou que le maintien d'institutions décentes implique le développement et l'affinement de la capacité à imaginer l'expérience d'un autre⁷⁶, elle montre combien le système productiviste tourné vers le profit et la croissance économique n'a pas besoin de former la pensée critique et favorise plutôt la pédagogie de gavage préparant à des examens nationaux standardisés⁷⁷. Cette critique touche au cœur de l'organisation des études infirmières, qui sous couvert d'université, appliquent des programmes de standardisation des savoirs et de leurs évaluations purement quantitatives. C'est le quotidien relativement déprimant de tout formateur en IFSI, auquel pourtant il n'a pas d'autre choix que de s'adapter. Martha Nussbaum appelle à réformer les principes éducatifs promus par les sociétés de croissance, et incite à renouer avec une pédagogie socratique et une culture de l'imagination narrative, qu'elle entend comme « *la capacité à imaginer l'effet que cela fait d'être à la place d'un autre, à interpréter intelligemment l'histoire de cette personne, à comprendre les émotions, les souhaits, les désirs qu'elle peut avoir* »⁷⁸.

Dans son *Petit traité de dignité*, Éric Fiat donne un exemple frappant, en lien avec le propos de ce mémoire, de ce que peut donner la littérature et son utilisation pour un développement de la sensibilité. Cet exemple est celui de la nouvelle de Maupassant, *La petite Roque*. Le personnage de Renardet, maire du village de Carvelin, peu enclin semble-t-il aux cas de conscience, a tué la petite Roque après l'avoir violée, pour qu'elle se taise. Pendant des semaines l'enquête piétine, mais chez Renardet commencent à se développer des symptômes comportementaux d'angoisse et de sentiment de persécution, lorsqu'il se retrouve chez lui, avec accentuation nocturne, pourrait-on dire en jargon sémiologique psychiatrique... Éric Fiat utilise cet exemple pour montrer la présence de la loi morale au cœur même du méchant ; et le cas de

⁷⁵ Nussbaum Martha, *Les émotions démocratiques*, Paris, Climats, 2010, p. 18

⁷⁶ Idem, p. 19

⁷⁷ Idem, pp. 30 et 32

⁷⁸ Idem, p. 121-122

Renardet illustre à merveille cette distinction tangible entre le remord et le sentiment du remord, comme si l'un et l'autre devaient forcément aller de pair. Dépourvu d'« insight », probablement incapable d'exprimer un début d'élaboration de souffrance morale, Renardet montre par son comportement même qu'il est poursuivi par le remord et torturé par la conscience morale, jusqu'à mettre fin à ses jours. Les extraits choisis sont éloquentes et établissent un contraste entre le portrait d'une brute épaisse et la description des gestes d'un fou vérifiant dans la pièce l'absence de la fillette qu'il a violée.

Qu'est-ce que la littérature peut finalement exactement apporter au soin ? De quelle manière les différentes œuvres de fiction écrites peuvent-elles nourrir le soin et améliorer sa qualité ? Sans parler de la capacité à créer des mondes possibles, de l'aptitude à favoriser le développement de l'imagination qui permet une créativité de la pensée du soignant facilitant par exemple sa capacité d'empathie (en imaginant comme le dit Martha Nussbaum, ce que ça fait d'être à la place d'un autre sans y être, par analogie⁷⁹) il est possible de donner comme élément majeur de cet apport l'idée de *connaissance pratique*. Cette connaissance pratique « n'est pas, comme celle de la science théorique, propositionnelle, [mai qui] a un rapport direct avec la question de savoir comment nous pouvons ou devons vivre. »⁸⁰ Dans *La connaissance de l'écrivain*, Jacques Bouveresse se penche sur les rapports entre la littérature, la vérité et la vie, à travers de courts textes confrontant les points de vue d'auteurs variés. Dans le paragraphe huit, il pose, en examinant les réponses qu'il peut trouver dans Putnam, Musil et Thackeray, la question de la connaissance de l'écrivain comme connaissance pratique ; il précise cette idée par le propos d'Hilary Putnam selon lequel « l'imagination et la sensibilité sont des instruments essentiels du raisonnement pratique »⁸¹. Cette précision est précieuse car elle présente plusieurs intérêts : d'une part, l'idée qu'il s'agit bien d'une connaissance, et qu'à ce titre elle rentre dans le cadre du savoir ; pour autant cette connaissance n'est pas propositionnelle comme l'est la connaissance scientifique, au sens où cette dernière formule des théories et opère des déductions susceptibles d'un traitement formel et mathématique, qui forment un ensemble d'énoncés logiquement coordonnés. D'autre part, un raisonnement pratique, de manière analogue à un raisonnement théorique, utilise à son tour des instruments, dont la validité réside dans leur portée pratique. Ces instruments que sont l'imagination et la sensibilité ont été abordés dans les paragraphes précédents. Mais il y a donc bien un lien étroit

⁷⁹ C'est aussi une question que posait en 1974, dans le contexte un peu différent de la philosophie de l'esprit, Thomas Nagel, lorsqu'il se demandait « ce que ça fait d'être une chauve-souris », au titre d'« expérience de pensée ».

⁸⁰ Bouveresse Jacques, *La connaissance de l'écrivain*, Marseille, Agone, 2008, p. 63

⁸¹ Idem, p. 64

entre sensibilité, imagination et connaissance pratique ; et si cette connaissance pratique est précisément celle dont il s'agit dans la pratique du soin, alors nous pouvons estimer confirmée l'importance de ces caractéristiques pour une compréhension du soin. Il restera à voir à quel niveau joue cette importance.

Patricia Benner, que nous avons déjà citée, aborde de son côté la question de ce que sont les connaissances impliquées dans la pratique infirmière. Dans la première partie de son étude, elle identifie les cinq stades que parcourt l'infirmière qu'elle examine dans ses sept domaines d'interventions. Les cinq stades sont : novice, débutante, compétente, performante et experte. Ce qui concerne notre propos est la place qu'occupe l'intuition dans l'expertise. À ce stade, l'infirmière n'effectue plus une démarche analytique pour tirer la règle d'action de sa compréhension de la situation, mais « *comprend à présent de manière intuitive chaque situation et appréhende directement le problème sans se perdre dans un large éventail de solutions et de diagnostics stériles.* »⁸² Cette appréhension directe du sens des données, de leur problème intrinsèque sous-jacent, s'apparente au processus qui existe dans l'art, et qui est l'inspiration, consistant dans la mise en place, d'un seul coup sous une sorte d'œil intérieur, de toutes les pièces existantes d'un puzzle qui trouvent, en un éclair ressenti comme une fulgurance, leur juste place respective. Ce processus existe également dans la science, comme l'illustrent aussi bien l'anecdote rapportée par Poincaré de sa découverte d'une solution à un problème majeur de géométrie au moment précis où il pose son pied sur le marchepied d'un tramway, sans qu'il pense le moins du monde au problème à ce moment-là ; ou encore le cas du mathématicien John Forbes Nash, dont certains passages du film qui retrace sa vie, *Un homme d'exception*, figurent quel rapport de type esthétique, visuel et immédiat Nash entretenait avec les nombres, malgré la pathologie mentale dont il souffrait. Le caractère immédiat de l'intuition, c'est-à-dire sans la longue médiation de l'enchaînement des arguments propre à la connaissance discursive, est alimenté, nourri et préparé par un long entraînement que lui propose l'imagination.

Il semble important de lutter contre la mauvaise presse qui entoure l'intuition, la réduisant à un sentiment purement personnel et peu fiable car non démonstratif. « Personnel » et « non démonstratif » assurément, cela même la définit, mais « peu fiable » demanderait à être réévalué, car le jugement ainsi porté est oublieux de la somme de valeurs dépendantes du contexte social. L'imagination et l'intuition ont une renommée sulfureuse dans la mesure où elles semblent entraver le processus de connaissance. « *Maitresse d'erreur et de fausseté* »⁸³, « *folle du logis* » d'après le mot prêté par Voltaire à Malebranche, pour la première, fragile et

⁸² Benner Patricia, *De novice à expert. Excellence en soins infirmiers*, Paris, Masson, 1995, p. 32

⁸³ Pascal, *Pensées*, Paris, Garnier-Flammarion, 1976, éd. Brunschvicg, § 82, p. 72

incertaine pour la seconde, elles apparaissent comme l'irrationnel au cœur de la pensée et comme un danger qui menace toute activité sérieuse. De quelqu'un qui tient des propos peu crédibles on dit qu'il a beaucoup d'imagination. Il faut pourtant bien pacifier les relations avec ces facultés car si la mémoire retient et récapitule, et que la raison met de l'ordre, toutes deux ne permettent pas un progrès réel de la connaissance. Seule l'imagination, par sa libre spontanéité, et l'intuition par sa rapidité peuvent sortir d'un cadre préétabli et prendre les risques de l'aventure de la pensée en lui évitant de stagner ou marquer le pas. Mais l'opposition entre ces facultés peut s'avérer stérile si on les détache de la pratique. Sur ce point, Henri Poincaré apporte une conciliation pertinente lorsqu'il écrit que « *la logique [...] est l'instrument de la démonstration ; l'intuition est l'instrument de l'invention.* »⁸⁴ Ce qui semble important à retenir est que l'intuition renvoie toujours au sujet qui intuitionne, à la personne qui exerce réellement sa faculté ; cela va à l'encontre de la relative dépersonnalisation ambiante qui atteint également le milieu du soin, dans lequel cette dépersonnalisation prend la forme des procédures. Valables pour tous, les procédures sont un moyen qui tend à devenir une fin, un outil qui tend à effacer l'idée de finalité. Surtout, ce ne sont pas tant les procédures concrètes produites en nombre qui peuvent poser un problème éthique, que l'esprit dont elles procèdent : une abstraction de l'agent, une méfiance quant à la capacité d'un agent de poser par lui-même un acte de qualité, qui soit valable, car il aurait compris et intégré la finalité des actes qu'il doit produire, et serait donc en mesure de répondre à un certain nombre de situations inédites en puisant en lui-même, dans ses propres capacités créatives les réponses aux situations concrètes rencontrées. La séquence suivante : les bonnes pratiques font l'objet de procédures ; la subjectivité ne peut être mise en procédure, alors que c'est pourtant d'elle que procède les actes de l'agent ; il faut donc mettre de côté la subjectivité dans la production de soins. Il y a là une diffraction entre l'éthique et le technique, du point de vue concret de l'acte, qui ne peut résolu par la pensée qui a été à l'origine de cette situation, la standardisation scientifique. Le soignant doit s'effacer devant l'objectivité de la pratique validée à laquelle il doit conformer la sienne. Il ne peut dire en aucune façon que « c'est moi qui décide à partir de mes connaissances et de mon estimation de la situation ». Il en résulte deux conséquences. D'une part, prenant le contrepied de la remarque de Levinas « *l'unicité du Moi, c'est le fait que personne ne peut répondre à ma place* »⁸⁵ qui est une formulation de l'éthique synthétique et opératoire, ce Moi ne pourra dès lors jamais être une réalité ni guider un acteur ainsi dépossédé de son aptitude à agir en tant que Moi ; et d'autre part, sans s'en apercevoir, l'appel à la conformité aux bonnes

⁸⁴ Poincaré Henri, *La valeur de la science*, Paris, Flammarion, 2011, champs sciences, p. 37

⁸⁵ Levinas Emmanuel, *Humanisme de l'autre homme*, Paris, 1972, Fata morgana, coll. Le Livre de Poche, p. 70

pratiques impose une perception de l'acte qui est seulement mimétique, extérieure, et n'a de sens que pour des gestes relativement matériels, pourrait-on dire. Mais si la qualité est assimilée à toute forme de conformité, alors, dans la droite ligne de Kant, on est en droit de s'interroger sur la réalité de l'éthique qui devrait émaner d'une telle manière de faire. Cela semble contradictoire. On ne peut à la fois exiger une conformité comme critère du bien dans les actes de soin, et une approche éthique qui est aux antipodes de l'idée même de conformité. Ou bien c'est, sans en avoir conscience, reconduire la division du travail jusque dans la pratique de l'agent en tant que personne, et l'amener à déconnecter l'opérateur du moral. On pourra objecter que la question ne se situe pas au niveau éthique, mais au niveau *technique*, c'est-à-dire dans un registre qui a ses lois propres, et rencontre des obstacles qu'il faut surmonter, des risques qu'il faut éviter. Mais cette démarcation ne semble pas elle-même respectée par la rationalité technique, dans la mesure où la compréhension de plus en plus rapide des processus qui semblaient relever jusqu'ici des attributs propres au sujet, la connaissance de plus en plus développée des modes de pensée des différentes professions faisant l'objet d'application de la bien nommée intelligence artificielle donne à penser, en droit du moins, que la notion d'attribution de la responsabilité à l'agent implique que les bonnes pratiques investissent les processus même de délibération, de choix, d'évaluation des éléments en présence. C'est parce que la technique se présente aux portes du sujet qu'il est permis d'anticiper le moment où il sera exproprié de chez lui de façon bien plus brutale que par la psychanalyse freudienne, avec qui il parlait encore le même langage, un langage issu de la tradition la plus classique. La distinction entre éthique et technique pourrait bien s'effacer par la nouvelle manière de penser le sujet-connecté, si ces tentations de naturalisation intégrale, selon le « paradigme physicaliste » dominant sous-tendant toute recherche scientifique et influençant les autres activités humaines, comme la justice par exemple⁸⁶, ne sont pas mises en question quant à la légitimité de leur extension et ne font l'objet d'un débat majeur pour que la force ne l'emporte sur le droit. Dans le cas de la victoire du réductionnisme naturaliste, et de la diffusion de son « paradigme » à toute activité théorique ou pratique, c'est l'idée même du *sophisme naturaliste*, c'est-à-dire de la dénonciation de la confusion entre le fait et le droit, qui risque d'être rendue caduque. La « science-fiction », sur ce point (et dans ce paragraphe sur la littérature comme trésor d'exemples une telle remarque trouve sa place), révèle toute sa faculté quasi prophétique. Les prophètes ne prédisaient pas, ils mettaient en garde. La science-fiction donne aussi à penser.

⁸⁶ <https://www.vie-publique.fr/eclairage/277098-lintelligence-artificielle-ia-dans-les-decisions-de-justice>

Au risque d'être polémique, on pourrait dire que la notion de conformité aux bonnes pratiques comme impératif minimal et économiquement accessible est ambiguë, et induit comme effet pervers une forme de désubjectivation du soin, et l'idée corollaire que l'intériorité n'est pas constitutive de la réalisation de celui-ci, à moins que cette intériorité ne soit elle-même conforme aux bonnes pratiques cognitives que l'on peut supposer être formalisées un jour.

La vertu heuristique du jugement réfléchissant

Si l'on revient à Kant, on peut de nouveau tirer profit de ce qu'il dit dans l'Introduction de l'Analytique des principes, au sujet de la faculté de juger transcendantale en général, et plus précisément sur le rôle que tient la faculté de juger en tant qu'elle « *est un talent particulier qui ne peut pas du tout être appris, mais seulement exercé* »⁸⁷ C'est par l'exercice de cette faculté de juger que l'on peut espérer former de bons soignants, dans la mesure où ils apprendront progressivement à développer avec plus d'assurance le pouvoir de se servir des règles. Il s'agit donc de développer cette capacité du jugement aussi bien déterminant que réfléchissant, sur lequel je reviendrai peu après.

La question de la formation et du développement de la « sagacité », Kant parle aussi à ce sujet de *bon sens*, est une question classique de la formation scolaire. Elle prend une acuité particulière dans la formation au soin, puisque le modèle scientifique dont il est question dans ce mémoire aurait tendance à introduire dans la formation l'obstacle d'une « *abondance de règles, empruntées à une connaissance étrangère* »⁸⁸, en l'occurrence les connaissances qui sont dites contributives à la pratique infirmière et sont regroupées en deux grands champs : les sciences humaines et sociales, et le droit ; les sciences biologiques et médicales.

L'analyse des pratiques comme exercice du jugement

En formation initiale il existe un dispositif original : l'*analyse des pratiques* (à distinguer de l'évaluation des pratiques professionnelles, qui ont d'autres visées et d'autres modalités). Issues du tournant réflexif en pédagogie dans les années quatre-vingt, les séances d'analyse de pratique ont pour objectif de développer la réflexivité du futur soignant comme aptitude à ajuster dans le réel leur attitude et leurs actes aux exigences des situations rencontrées. Il ne s'agit pas simplement de développer leur capacité de réflexion sur les connaissances acquises, mais plus précisément de concentrer cette aptitude, de mobiliser cette compétence hic et nunc,

⁸⁷ Kant Emmanuel, *Critique de la raison pure*, Paris, Gallimard, 1980, folio, p. 187

⁸⁸ Idem

dans le temps du soin, d'être en mesure de développer l'aptitude au jugement au plus près des conditions spatiotemporelles de l'action. Il s'agit, comme le dit la formule répandue issue des travaux de Donald Schön, auteur du fameux *Praticien réflexif*, de « réfléchir dans l'action sur l'action ». Ces temps de travail en groupe d'une huitaine d'étudiants au maximum, sont formalisés différemment selon les options théoriques, mais de grandes constantes existent, toujours dans une perspective socioconstructiviste. Dans un premier temps a lieu l'analyse exhaustive d'une situation vécue par un des participants, disséquée grâce aux questions posées par chacun des participants au présentateur. Cette analyse permet de mettre à jour *tous* les éléments nécessaires aux besoins de connaître des participants. C'est donc proportionnellement à leur désir que se fait la déconstruction, de manière immanente pourrait-on dire. Certaines fois d'ailleurs, peu de choses se passent... Dans un deuxième temps, les participants exposent leur interprétation en les proposant de manière formalisée, par exemple par l'expression « *je fais l'hypothèse que...* », et malgré l'apparente artificialité du procédé, une fois compris son objectif, qui est de distinguer le fait de son interprétation, la dynamique n'en est pas altérée. Arrive enfin le troisième temps du recentrement sur la personne qui a présenté sa situation : elle essaie d'évaluer si sa position initiale a un tant soit peu bougé, sachant que les effets ne sont pas toujours sentis immédiatement. C'est par la répétition de l'exercice sur les six semestres de la formation que les formateurs ont l'ambition, non pas de former à l'analyse de pratique, mais d'initier à cette pratique, d'en montrer les bénéfiques, et d'insuffler le désir de poursuivre dans la vie professionnelle. Le problème rencontré par cette méthode utile est d'une part que les étudiants ne la voient quasiment jamais utilisée par les professionnels dans les services, ce qui porte tout de même atteinte à sa légitimité pédagogique, et d'autre part, qu'elle ne peut consister dans une simple approche technique, car elle porte avec elle une vision du soin comme potentiellement toujours à améliorer, non pas sur son versant technique, mais sur son versant éthique.

Le TEFÉ comme apéritif

On peut également concevoir le travail écrit de fin d'étude, le TEFÉ, comme l'occasion de travailler le jugement réfléchissant en formation initiale. Il constitue une sorte d'initiation à la recherche, et joue, en quelque sorte, de manière apéritive, au double d'ouverture et de mise en bouche. Il y a d'ailleurs à ce sujet une ambiguïté du TEFÉ dans la mesure où les deux axes ne se recouvrent pas toujours : l'ouverture, au sens d'ouverture à la recherche, semble impliquer un primat de la méthodologie ; la mise en bouche semble miser davantage sur le plaisir et le

désir à faire naître chez l'étudiant, et si cet objectif est atteint, le formateur s'estime souvent heureux. Ces deux axes ne se recouvrent pas car, sans être opposés, ils sont bien distincts. Le premier se conçoit selon l'objectif de former l'étudiant à la méthodologie de la recherche, de façon à ce qu'il soit « opérationnel » dans ce domaine, et que le futur soignant aille sur le marché du travail avec une compétence qui ne demande plus qu'à trouver l'occasion de se réaliser dans un service qui lui proposerait la participation à, ou l'élaboration d'une éventuelle recherche. Le deuxième, peut-être moins idéaliste et plus pragmatique, considère que le questionnement des étudiants au sujet de la légitimité du TEFE est à prendre au sérieux, et oblige à se fixer comme objectif pédagogique celui, moins ambitieux, de montrer, et *faire sentir*, que la mise en forme d'un questionnement sur plusieurs mois, la recherche et la lecture d'articles pour des étudiants qui ont de moins en moins de familiarité avec elle, peuvent être une source de plaisir intellectuel. Ce deuxième objectif tient compte, au fond, de l'écart mesurable entre les étudiants tels qu'ils sont, et ce que le référentiel prétend qu'ils fassent. Entre les deux axes il s'agit moins d'une opposition de principe que d'une évaluation tactique différente. Néanmoins, un des objectifs fondamentaux qui soutient les deux discours consiste à faire émerger le professionnel à partir du personnel, et lui permettre l'assomption de son individualité, qui est probablement la meilleure manière de rendre effectif le sens de la responsabilité. En ce sens, nous ne sommes pas loin de Marcel Duchamp, lorsqu'il dit : « *Je crois que l'art est la seule forme d'activité par laquelle l'homme en tant que tel se manifeste comme véritable individu.* »⁸⁹ Au-delà du souci de la distinction, confinant toujours un peu à la vanité, le propos sur l'individualité de l'artiste renvoie à un questionnement plus profond, propre à l'art : en quoi les influences reçues, les leçons apprises, l'approche scolaire, la reproductibilité inhérente aux différentes techniques de soin, contribuent-elles à la formation d'un individu qui devra répondre devant un autre individu qui est, lui, aux prises avec son inexorable individualité que lui aura révélée la souffrance. Cette question est essentielle, car la fusion dans le groupe, l'effacement derrière le collectif, la disparition dans l'organisation institutionnelle sont des tentations permanentes de fuir, d'alléger, de détourner sa responsabilité envers la personne soignée : « Oui, je reviens dans deux minutes », et l'on ne revient pas ; « vous allez être bien pris en charge par l'équipe pluridisciplinaire », et l'on passe à autre chose car un collègue de la fameuse équipe pluridisciplinaire est censé prendre le relais ; « allô ? oui, ah, je ne sais pas, je reviens de vacances, je n'y suis pour rien si ma collègue n'a pas noté cette information » etc. Ce sont autant de répliques que tout un chacun aura malheureusement trop

⁸⁹ Duchamp Marcel, *Duchamp du signe*, Paris, Champs Flammarion, 1994, p. 185

eu l'occasion d'entendre, en tant que soigné ou proche d'une personne soignée. L'émergence de l'individu, conçue non comme un insécable (ce que veut dire au fond le sens premier du terme, un atome), monade solide et close sur elle-même, mais comme un être en voie d'unification dynamique, pourrait ainsi très bien résulter d'une formation orientée vers l'art. Serait-ce suffisant ?

Digression sur l'artisanat compagnonique

L'analogie entre le compagnonnage et le soin peut sembler difficile à établir pour au moins deux raisons : la première est que le compagnonnage a affaire avec la matière, qu'elle soit pierre, bois, cuir, calcaire, métal ; la deuxième est que le genre est déterminant dans l'histoire des deux disciplines. Groupe social masculin, le compagnonnage ne s'est pas heurté, dans les rares épisodes de son histoire où il a eu lutter pour sa reconnaissance, à ce front invisible et néanmoins massivement déterminant de la secondarité sociale, qu'avait à subir la moitié féminine des sociétés. C'est cette marque du genre qui a entravé l'évolution de la profession soignante, et qui constitue une donnée majeure venant relativiser toute comparaison entre les deux métiers. Pour autant, ce que le compagnonnage dit de lui-même, le discours qu'il tient et la philosophie qui le sous-tend convergent étonnamment vers les exigences du soin. Tout d'abord la qualification des compagnons est la source première de la reconnaissance de leur production. Héritiers d'un savoir-faire toujours actualisé, les compagnons peuvent répondre aux attentes du monde contemporain, dans les domaines de leur expertise. Ce savoir-faire progresse par intégration des nouvelles données aux principes anciens dans une perspective de synthèse qui à la fois assure une colonne vertébrale et déjoue les risques de la fossilisation. C'est en effet une tradition vivante que promeuvent ceux qui s'engagent dans la démarche compagnonique. L'insistance mise sur la communion de l'esprit, qui conçoit, et de la main qui exécute⁹⁰ est une forme d'alliance par la pratique de deux pôles de l'activité humaine que la division du travail sépare quasi systématiquement. C'est cette division du travail que refuse d'ailleurs le compagnonnage ; non qu'il refuse de s'en accommoder et de composer avec elle, mais il refuse de s'y soumettre, car cette division, à laquelle se joignent la spécialisation et le machinisme qui obéit à des impératifs financiers, ont pour effet de « *proprement faire éclater l'unité intérieure de l'homme* »⁹¹. Cette capacité de résistance aux impératifs de la pure rentabilité immédiate, au détriment de la pensée du long terme, et cela

⁹⁰ Hautin Christine, Billier Dominique, *Être compagnon*, Paris, PUF, 2000, p. 51

⁹¹ Castera Bernard de, *Le compagnonnage*, Paris, PUF, 1988, « Que sais-je ? », p. 47

malgré les vicissitudes historiques du compagnonnage, provient en grande partie d'une conception du travail comme un métier, au double sens de *ministerium*, le service, et de *mysterium*, le mystère. Que cette étymologie soit recomposée ne l'empêche pas de donner des ressources imaginatives pour penser son travail. C'est d'ailleurs cette dimension d'appropriation individuelle, comme on dit aujourd'hui, ou d'intériorisation, qui est un point fort du compagnonnage. Par les ressources d'une pensée symbolique, qui s'exerce sur des grands mythes et à partir de tout un corpus également hérité, le compagnonnage propose au nouveau venu une *initiation*, au sens d'enseignement premier, et de mise sur le chemin, *in iter*, dans une démarche et selon un processus doué de sens. « *Les étapes par lesquelles l'ouvrier est appelé à se perfectionner ne sont pas seulement techniques. Ce sont des étapes d'humanité.* »⁹² En somme, l'amour du travail bien fait comme principe porteur de valeur d'accomplissement humain ne relève pas d'une vision réactionnaire ou pétainiste ; elle est ouverture, vraisemblablement minoritaire, vers des perspectives éthiques authentiques. Ces dernières prolongent l'activité centrée sur l'ouvrier qui s'engage intégralement dans son métier.

Cette perspective est une piste de réponse possible au problème très actuel de la souffrance au travail. Certes, ce problème est complexe et fait l'objet d'approches croisées entre sociologie, psychologie, psychologie sociale, et sociologie du travail. Mais il faut tout de même souligner que ce sont autant d'approches certes nécessaires mais qui ne laissent aucune place à la réponse propre au travailleur. La question du sens au travail ? Il faudrait redonner du sens, comme s'il était possible d'injecter un peu de sens de l'extérieur. Les solutions risquent toujours d'être apportées de haut en bas, repoussant d'autant le problème en reconduisant sa source, la séparation.

Le détour par le compagnonnage, un peu trop bref certes, tend à mettre le doigt d'une part sur la question de la reconnaissance, d'autre part sur les similitudes entre soin et compagnonnage qui pourraient donner à penser aux infirmières. Retrouver l'axe intérieur de son métier est peut-être le meilleur moyen de commencer à susciter la reconnaissance sans la réclamer à corps et à cris ; et c'est peut-être le meilleur moyen également d'ouvrir les yeux sur la richesse du métier de soignant, qui n'a rien à envier au compagnonnage en termes d'implication, d'amour du travail bien fait, de regard porté sur l'horizon humain, de service et de mystère. Il manquerait alors aux soignants de concevoir l'entrée dans le métier comme une initiation, avec toutes les ressources qu'une telle démarche offre : tenir compte de l'imaginaire, s'engager, avoir conscience d'un cheminement dès le départ – et développer la thématique du

⁹² Idem, p. 97

voyage – dans une perspective d’unité sans laquelle aucun sens ne peut apparaître. La réticence que peut d’ailleurs faire naître ce mot d’initiation pourrait être un indicateur intéressant de l’importance prise par l’impératif d’extériorité issu de la science, où l’intériorité est réduite à des proportions psychologiques conçues comme singularités subjectives purement privées et anecdotiques.

Conséquences éthiques de l’art comme exemple pour le soin

Si l’art consiste, au sens premier, à être *poiesis*, à produire des œuvres d’art, quelles que soient ces œuvres selon les disciplines reconnues, et si l’art est également recherche du sens, il pourrait être utile de concevoir cette notion d’œuvre non pas comme un jeu en pure dépense, mais comme Œuvre au sens où l’entend Emmanuel Levinas dans « La signification et le sens ». Répondant à la question de savoir s’il faut renoncer au savoir et aux significations pour retrouver le sens, Levinas reprend l’idée d’une orientation qui réunit univocité et liberté – ce qui correspond d’une certaine manière à notre problématique de la conjonction de la science et de l’art – et qu’il découvre dans ce chemin du Même à l’Autre, qu’il appelle Œuvre, cette « *orientation qui va librement du Même à l’Autre* »⁹³. Cette notion d’Œuvre permet de penser le soin dans sa conjonction à la fois avec l’éthique, l’esthétique et le savoir. Levinas en effet ne cantonne pas sa réflexion à la production d’œuvres dans l’art des artistes « au sens institutionnel » comme dit Daniel Charles⁹⁴, sens pour lequel il n’avait dit-on pas beaucoup d’estime. S’interrogeant sur les obscurités du langage dans sa capacité signifiante, dans sa capacité à dire l’expérience et à pouvoir lier sans ambiguïté intelligibilité, signification et rapport à autrui, dans une perspective qu’il qualifie d’« inactuelle », au sens où il l’immerge dans la question de la culture et du rapport entre les cultures (perspective toujours menacée de péremption selon lui), Levinas prend note de la multiplicité du monde actuel, de sa perte de l’unité menaçant l’univocité du sens⁹⁵ au sens où l’absurdité n’est pas le non-sens mais l’isolement des significations innombrables, auxquelles manquent précisément une orientation, le *sens du sens*. En quelque sorte ce n’est pas le vide qui nous menace, mais le trop plein, le trop-plein d’Être sans qu’y ait droit de cité l’absence pour qu’il y ait “mouvement vers”, transcendence. L’Œuvre est définie comme « *une relation avec l’Autre, lequel est atteint sans être touché* »⁹⁶.

⁹³ Levinas Emmanuel, *Humanisme de l’autre homme*, Paris, Le Livre de Poche, 1987, biblio essais, p. 57

⁹⁴ Charles Daniel, « Éthique et esthétique dans la pensée d’Emmanuel Levinas », *Noesis*

⁹⁵ Levinas Emmanuel, *Humanisme de l’autre homme*, Paris, Le Livre de Poche, 1987, biblio essais, p. 51

⁹⁶ Levinas Emmanuel, *Humanisme de l’autre homme*, Paris, Le Livre de Poche, 1987, biblio essais, p. 58

Pour autant, Levinas juge sévèrement la notion d'œuvre d'art, qui d'une certaine manière, parce qu'elle est inhérente à la jouissance esthétique, risque de renvoyer toujours au Même, sans sortir de l'identité de l'Être et de l'horizon de la totalité. L'œuvre d'art porte en elle la tentation de l'idole, cet obstacle à toute transcendance, un peu à la manière de ces publicités pour des agences de voyages qui, après avoir emporté en imagination le spectateur dans l'avion qui s'élève dans le ciel de l'océan pacifique sur le fond d'un coucher de soleil, lui assène brutalement la marque de l'agence barrant l'écran avec le prix, toujours présenté comme une affaire, qui s'affiche en conclusion de cette échappée frustrée.

C'est peut-être le point le plus délicat de la comparaison entre l'art et le soin trouvant son point de rencontre dans l'œuvre, le produit issu du poëin. L'acte de soin peut être compris comme œuvre : les infirmières ne font-elles pas de beaux pansements ? mais l'on saisit là une réduction à l'aspect technique, au sens le plus étroit du terme, qui ne rend pas raison de l'origine de la production.

La comparaison trouve également sa limite dans la formation au soin et la formation artistique. Autant il est nécessaire, pour commencer à comprendre une œuvre d'art, c'est-à-dire pour l'aimer encore mieux qu'on ne l'aimait à la première rencontre encore confusément et obscurément, autant le soin ne peut permettre un tel détour dilatoire, un tel lien relâché avec le temps. C'est précisément le temps qui est le point de divergence, le temps de l'œuvre et le temps du soin sont hétérogènes : le temps de l'œuvre est le temps du créateur ou de l'amateur, quitte à ce que ce temps ne soit pas encore de ce temps (certains auteurs naissant posthumes, selon Nietzsche), c'est le temps du Même ; tandis que le soin est le temps du patient, le temps de l'Autre qui nous oblige à saisir le *kairos*, le moment opportun non pas pour soi, mais pour le soin qui est adéquat à la situation de l'Autre, le patient.

La nécessaire dimension du bricolage dans le soin

Cependant, si l'on en reste à l'acte de soin lui-même, il est possible de le comprendre aussi sous l'angle du *bricolage*. On peut à cet égard utiliser le terme dans le sens, que lui donnait Lévi-Strauss dans *La pensée sauvage*, de pratique du mouvement incident⁹⁷, en référence avec l'étymologie du mot appliqué à la balle qui rebondit au chien qui divague, au cheval qui s'écarte du chemin. Dans cet ouvrage, Lévi-Strauss, prenant lui-même un chemin oblique, réévalue positivement toutes les formes de savoir qui ne sont pas scientifiques, à partir de son expérience d'anthropologue exercé à sortir de l'ethnocentrisme spontané. Il réévalue en effet le savoir tiré

⁹⁷ Lévi-Strauss Claude, *La pensée sauvage*, Paris, Plon, 1962, coll. agora, p. 30

des mythes, et plus précisément en ce qui nous concerne, cette forme de savoir qui s'en rapproche voire qui en est probablement une subsistance, le bricolage. « *Et, de nos jours, le bricoleur reste celui qui œuvre de ses mains, en utilisant des moyens détournés par comparaison avec ceux de l'homme de l'art.* »⁹⁸ Cette description pourrait tout à fait correspondre à la manière réelle dont procèdent les infirmières au quotidien quand il s'agit d'adapter à chaque situation les ressources en matériel et en connaissances dont elles disposent, selon une inventivité qu'aucun protocole ne peut formaliser. Que ce soit le pied-à-perf^o, la plaque anti-escarre, le sparadrap, le cathéter, la tubulure, la bande Velpeau et autre, chaque instrument peut à un moment donné être détourné de sa destination première, prévue par les fournisseurs, pour répondre à un cas qui n'avait pas encore été prévu jusqu'ici : une peau trop grasse ou trop velue sur laquelle le sparadrap habituel ne tient pas et exige un autre montage, un pansement américain qui peut servir à amortir une surface dure sous un coude en plus de clore une plaie, le même sparadrap utilisé comme maintien d'une tubulure qui gêne, etc. Comme le souligne Lévi-Strauss, le bricoleur a comme règle « *de toujours s'arranger avec les « moyens du bord* » »⁹⁹, ce qui est caractéristique d'un univers instrumental clos, où les matériaux sont en quelque sorte imposés et non pas recherchés et obtenus en vue d'un projet, comme dans le cas du scientifique. Ces quelques éléments, identifiés par Lévi-Strauss, nous semblent décrire avec une pertinence étonnante la forme d'*économie* qui constitue la pratique du soignant, a fortiori dans une situation de pénurie relative ou totale, que ce soit dans les établissements nationaux (où le nombre de compresse est compté), ou dans les pays en voie de développement. Il est instructif d'ailleurs de voir les réactions des quelques étudiants qui forment le projet, au cours de leurs études, de faire un stage humanitaire, en Inde, en Asie du sud-est, en Afrique. La pénurie en matériel les oblige à reconsidérer la qualité des soins autrement que sur le mode automatique de l'application des procédures. Maintenir une exigence de qualité dans des situations tout à fait différentes conduit à une obligation morale d'inventivité.

Le soin n'est donc ni de l'art, ni de la science, même s'il leur est connexe. Cette dichotomie entre science et art, aux confins du soin, renvoie d'une certaine manière à la distinction qu'établit Pascal entre l'esprit de géométrie et l'esprit de finesse. L'esprit de géométrie avance à partir de principes « *palpables mais éloignés de l'usage commun* »¹⁰⁰, auquel il a consacré un texte entier, esprit qui garantit des « *démonstrations géométriques, c'est-*

⁹⁸ Idem

⁹⁹ Lévi-Strauss Claude, *La pensée sauvage*, Paris, Plon, 1962, coll. agora, p. 31

¹⁰⁰ Pascal Blaise, *Pensées*, éd. Brunschvicg, Paris, 1976, Garnier Flammarion, p. 50

à-dire méthodiques et parfaites »¹⁰¹. L'esprit de finesse, en revanche, décrit bien l'activité mentale du soignant, qui, à partir des principes de l'usage commun, requiert d'avoir la vue bonne, l'esprit délié pour ne perdre de vue aucun principes, car l'omission d'un seul mène à l'erreur. D'une certaine manière, nous avons : d'un côté, la lourdeur qui garantit l'arrivée à la conclusion vraie à partir des principes vrais et déroutants, et selon de longues chaînes de raisonnement sûres à chaque étape ; de l'autre, la vitesse qui prend des risques mais qui a foi dans sa capacité à embrasser sous un coup d'œil l'ensemble des données dont il a besoin pour porter un jugement. Il va de soi que c'est l'esprit de géométrie qui est requis par la science, et l'on voit les succès que cette embauche a permis d'obtenir. L'esprit de finesse, en revanche, comme nous le verrons au chapitre trois avec Patricia Benner et l'expertise du jugement de l'infirmière, trouve un lieu d'exercice tout à fait adéquat dans le soin. Pascal tient pour tout à fait légitime les deux formes d'esprit, les uns « *tir[ant] bien les conséquences de peu de principes, et c'est une droiture de sens* », « *les autres tir[ant] bien les conséquences de choses où il y a beaucoup de principes.* ». D'où vient alors cette fascination pour le seul esprit géométrique ?

Pour conclure ce chapitre, il n'a eu comme objectif que de montrer en quoi l'art tout autant que la science pouvait prétendre à servir de modèle au soin, dans la mesure où il est tout autant présent, selon les diverses modalités étudiées, que la science dans le soin. Il a beaucoup été question d'éthique également, bien sûr, car la situation de soin en est une occasion majeure. Il est donc temps de nous attarder sur ce point, en nous ressouvenant de l'épigramme qui sert de maxime aux étudiants du master éthique médicale et hospitalière, liant médecine, éthique, philosophie et grands auteurs.

¹⁰¹ Pascal Blaise, *De l'esprit géométrique*, Paris, 1985, Garnier-Flammarion, p. 68

Chapitre trois. « *Pas de soin sans éthique, pas d'éthique sans philosophie* »

J'ai essayé de montrer jusqu'ici que la science, bien que nécessaire au soin, ne pouvait servir de modèle pour penser le soin, pour le constituer comme soin dans son essence. Mais d'un autre côté, l'art qui était proposé comme contre-exemple pour réussir à dégager d'autres caractéristiques du soin, ne peut prétendre lui non plus à servir de modèle, malgré d'évidents points de convergence. Le soin ne relevant à strictement parler ni de l'art ni de la science, de quelle activité humaine peut-il alors relever ? Quelle activité humaine permettrait éventuellement de le penser ? Est-il une activité définie de manière propre par un genre propre ?

Le soin a une longue histoire, qui, à la différence de la médecine, reste à écrire, et cette histoire d'ailleurs s'est très longtemps confondue avec celle de la médecine qui a fait l'objet de nombreuses parutions. Le corpus hippocratique, dont la rédaction s'est étalée entre le Vème siècle et le IVème siècle avant J. C., n'a pas inauguré l'invention de la médecine, qui existait depuis fort longtemps aussi bien en Mésopotamie, en Égypte qu'en Chine, mais a transformé celle-ci en une pratique en voie de démythologisation.

L'observation attentive (qui a légué à la sémiologie actuelle l'hippocratisme digital, forme bombée des ongles signant une insuffisance respiratoire !), la recherche étiologique, la prise en compte de la notion de « crase », c'est-à-dire d'équilibre interne des humeurs, préfigurant le concept moderne d'homéostasie, la prise en compte également de l'influence des lieux, airs, eaux et autres éléments de l'environnement, la recherche de thérapeutiques axées surtout sur les régimes, tous ces éléments ont été réunis avec le souci d'une explication rationnelle des maladies dans les écrits du corpus. La nouveauté de cette perspective est qu'elle est centrée sur le comportement du médecin, dont les règles éthiques principales font l'objet du fameux serment, où l'impétrant jure ainsi par Apollon médecin (iatros, écrit aussi iétros) et sa parentèle. Cette conception de la médecine inclut le soin, dans toute la polyvalence du terme, qui est comme une composante des efforts en vue de la guérison. Une anecdote est rapportée par Hérodote au sujet du roi Darius : celui-ci s'est déboîté la cheville à la chasse. Les médecins égyptiens forcent la luxation, l'état s'aggrave. Darius en appelle à Démocédès, médecin grec, qui le guérit « *faisant succéder l'emploi de la douceur à celui de la force.* » p. 57

L'évolution de la médecine dans les Temps modernes a entraîné une sorte de division du travail, qui a contribué à séparer plus avant les deux pôles que la médecine hippocratique tenait ensemble, le soin et la guérison, la *therapeia* et le *iatrein*. L'émergence du corps soignant, de son côté, doit beaucoup aux institutions qui ont employé du personnel chargé de s'occuper des

malades que l'impératif moral et social de la charité chrétienne orientait vers les accueils des divers lieux de soin, dans les hôtel-Dieu, lazarets, léproseries, maladreries.

Le soin mis à nu par ses soignants, même

Dans la préface aux écrits de Marcel Duchamp, le critique Michel Sanouillet écrit à propos du tableau « La Mariée mise à nu par ses célibataires, même », appelée aussi « Le Grand Verre » : « *Si la machine [dépourvue de tout attribut anthropomorphique] aimait, désirait, se mariait ? Quel serait son processus de raisonnement ?* »

Comment les soignants décrivent-ils leur métier, quand ils prennent le clavier ? Que disent-ils de leur pratique ? En quoi ce discours porte une certaine vérité de la situation de soin ?

La mise à nu du soin, comme du discours sur le soin tenu par les soignants, veut d'une certaine façon sortir de l'obscurité une littérature que le terme de *témoignage* pourrait qualifier sans trop de distorsion ou de réduction. Témoigner, c'est attester d'une réalité vue, entendue, c'est certifier et se porter garant qu'une chose est vraie. Un témoin, il faut le croire. Exclue le cas de mensonge qualifié, l'exigence du témoignage implique ce que Paul Ricœur développe comme une herméneutique du soi, quand il caractérise l'attestation comme mode aléthique des trois dialectiques (analyse et réflexion – ipséité et même – soi et autre), qui différencie le « croire que » et le « croire en ». « Je crois que tu dis vrai » ne signifie pas la même chose que « je crois en toi ». L'attestation est une créance sans garantie, une confiance plus forte que tout soupçon – j'ajouterais : que toute raison de soupçonner. Elle est marquée d'une fragilité à laquelle s'ajoute « *la vulnérabilité d'un discours conscient de son défaut de fondation* »¹⁰². Le discours soignant est marqué par cette fragilité du témoignage, qui atteste d'une réalité vécue à laquelle il faut accorder crédit.

Un savoir expérientiel

J'aimerais évoquer un souvenir personnel du temps où, jeune étudiant infirmier en troisième année, je faisais un stage dans un hôpital de jour en psychiatrie. Ce souvenir illustre bien la difficulté des soignants à *dire* ce qu'ils font, dans une langue à la fois claire et *propre*.

Le lieu est magnifique, une bâtisse de quatre étages de type bourgeois, construite au début du vingtième siècle, qui avait hébergé des religieuses avant que l'hôpital de Pontoise ne la rachète pour y installer un foyer de postcure ainsi qu'un hôpital de jour de psychiatrie. Traversé

¹⁰² Ricœur Paul. *Soi-même comme un autre*. Paris, Seuil, 1990, coll. points essais, p. 34

par une petite rivière, la Viosne, le vaste jardin, où des carrés potagers sont bordés par des pommiers, des poiriers et de multiples fleurs toute giverniesques, offre aux patients comme aux soignants un cadre bucolique en plein cœur d'une ville dont le nom est déjà mentionné dans les manuscrits du Moyen-Âge. Le temps est comme suspendu et cette suspension joue le rôle d'un tampon entre le bruit et la fureur du monde social et le bruit et la fureur du monde intérieur.

Par une journée ensoleillée, l'équipe avait organisé un vaste barbecue de fin d'année. Les patients allaient, venaient, s'assoiaient, fumaient beaucoup et parlaient peu, aidaient aux diverses tâches. Le cadre de santé, Monsieur R., entretenait chez tout ce petit monde une dynamique bonhomme ; il mettait la main à la pâte et s'inscrivait avec une facilité déconcertante au sein de tous ces échanges subtils qui font le soin en psychiatrie, où il s'agit, comme dit Jean Oury, de « construire des ponts et d'ouvrir des portes ».

Pendant qu'il s'affairait en fin de matinée à faire partir le feu dans le demi bidon plein de charbon de bois, dans la fumée qui commençait à monter, il me dit alors : « ça fait trente que je fais ce métier, et je n'arrive toujours pas à expliquer à ma famille, ce que je fais toute la journée, elle n'arrive pas à comprendre ! »

Le raisonnement clinique, le relationnel et le cœur du soin

Un élément important de la pratique infirmière consiste dans ce qu'on appelle le raisonnement clinique. Le raisonnement implique que les actions effectuées par le soignant sont pensées dans le temps même de l'action. Clinique renvoie à la nature même de la situation, son lieu naturel si l'on peut dire, le lit du patient. L'étymologie du mot clinique est hê klinê/ês, en grec, qui désigne le lit mais dans le sens de couche, et aussi le lit de table, comportant une inclinaison, permettant de manger ; les Grecs dormaient donc avec une légère inclinaison, et, dans la plupart des civilisations traditionnelles, il semble que la position horizontale stricte était celle du dernier repos, la mort. Le raisonnement clinique est l'activité mentale du soignant qui se fait dans la situation du soin auprès du patient. Il a fait l'objet de diverses formalisations qui l'apparentent aux diverses méthodes de résolution de problème. Celle qui est la plus utilisée actuellement est le modèle trifocal de Thérèse Psiuk. et la cohérence logique de ce modèle en fait un élément prisé dans la formation initial, et un élément constitutif de la démarche de soin. Mais la stabilisation apparente de cette approche du soin reste pourtant soumise à critique. Ce que dit Virginia Henderson, une des grandes figures de la profession infirmière, date d'avant l'apparition du modèle trifocal, mais s'applique bien à toute expression formalisée de ce raisonnement et de cette démarche : « *Dans les pages qui suivent, j'expliquerai pourquoi je*

pense que la démarche de soins [...] n'est ni la démarche de soins ni la démarche des soins mais plutôt une démarche analytique [pour des interventions] qui relèvent de la résolution de problèmes. »¹⁰³ Il est intéressant de noter que cette personnalité marquante ne se départit jamais d'une exigence fondamentale quand il est question de soin, et que son esprit critique a pour vertu principale de ne jamais se contenter des produits de la réflexion, de ne jamais se satisfaire des outils qui sont proposés à titre toujours provisoire d'étayage de la situation de soin. Mais qui lit Virginia Henderson chez les soignants, et surtout, qui la lit autrement que pour y retrouver confirmation qu'elle est l'auteure historique d'un modèle parmi d'autres ? car enfin, si le lecteur rencontre des passages comme le suivant : « *Actuellement, la démarche de soin penche tellement du côté scientifique qu'elle paraît dénigrer l'aspect intuitif, artistique des soins infirmiers.* »¹⁰⁴, il devrait à tout le moins subir l'espèce d'engourdissement qui saisissait les interlocuteurs de Socrate devant les contradictions que ce dernier révélait dans leurs propres discours.

Parmi les auteurs qui ont marqué d'une empreinte durable et profonde la culture soignante, Carl Rogers se place en très bonne position. Connu pour être le principal représentant de ce qu'il est convenu d'appeler la « psychologie humaniste », les concepts qu'il a forgés pour sa pratique personnelle, et qu'il a exposés dans des ouvrages d'une lecture fluide, écrite sans jargon aucun, mais ne cédant néanmoins jamais au ronronnement confortable, conformiste et complaisant de la prose du développement personnel, irriguent le quotidien des soignants et des étudiants sans qu'ils en mesurent toujours bien la complexité. « Accueil inconditionnel » de la personne ; « empathie » ; « congruence » ; approche centrée sur la personne ; conviction de la positivité : lorsque les étudiants sont mis en présence de telles expressions, l'apparente platitude de celles-ci peut en détourner beaucoup au premier abord de tenter de les comprendre et de les faire siennes pour guider la relation. Mais la force d'évocation des termes les fait ressurgir au détour d'une situation rencontrée ultérieurement, et c'est toute une chaîne de sens qui s'établit alors. C'est probablement pour cette raison que Carl Rogers inspire autant le monde du soin et de la formation. Pratiquant une sorte d'abstention du savoir, une sorte d'ascèse des savoirs, comme une discipline intérieure qui favorise l'écoute de l'autre, il a su inférer en quelque sorte toutes les conséquences pratiques qu'une telle exigence pouvait produire. Il place la relation au centre de la pratique du thérapeute, thérapeute qui place lui-même le « client » selon la dénomination hélas malheureuse de Rogers lui-même, au centre de son intervention.

¹⁰³ Henderson Virginia, *La nature des soins infirmiers*, Paris, InterÉditions, 1994, p 186

¹⁰⁴ Idem, p. 196

Le soin comme source d'étonnement philosophique

Ni science ni art ; s'il partage bien avec l'une et l'autre pratiques et savoirs, il procède néanmoins d'une sorte de *reste*. Ce reste est-il un résidu dont on ne peut rien tirer, comme le *caput mortuum* des alchimistes, ou au contraire la *quintessence* du soin ?

Pour répondre à cette question, et peut-être mieux cerner la nature du soin en tant que tel, il importe de montrer que le soin comporte une double dimension d'activité concrète orientée vers l'efficacité, qui est de soulager la souffrance, et d'interrogation sur le sens des situations, sans laquelle l'objectif même du soin perd de son évidence. Le soin comporte une dimension physique et une dimension métaphysique. Il est habituel de reconnaître au soin une épaisseur multidimensionnelle, notamment à travers le trop fameux « modèle bio-psycho-social ». Mais, d'une certaine manière, il n'est pas sûr que ces trois dimensions-là ne puissent être ramenées et réduites un jour à la seule dimension « bio » (non pas au sens de biographique, mais de biologique), de telle sorte que le physique puisse, conceptuellement du moins, englober toutes ces dimensions, biologique, psychologique et sociale. Le processus de naturalisation des disciplines scientifiques ne répond pas qu'à un simple souci méthodologique, mais peut avoir des conséquences sur les pratiques que les praticiens auront du mal à contester. L'exemple de la biologisation de la psychiatrie, qui tend à faire passer celle-ci de la médecine de l'âme vers la médecine du cerveau, en est une illustration. Ce processus de naturalisation est quasi inhérent à l'évolution des sciences et n'est pas l'objet de cette partie ; mais les conséquences que ce processus pourrait avoir dans le soin seraient bien de l'ordre de la confusion des dimensions, ou des registres de sens. Nous y reviendrons dans la prochaine partie.

Le soin recèle en lui des trésors de questionnements et d'étonnements philosophiques, qu'il convient de ne pas offusquer par le quotidien, les organisations de travail, les pusillanimités individuelles, les représentations erronées ou inadaptées. En quelque sorte le soin peut apparaître tout seul, par lui-même, pour peu qu'on le considère en tant que tel. Mais il ne le peut qu'au travers de paradoxes, qui indiquent que l'on s'approche de l'essentiel.

Le soin comme lieu de paradoxes :

Il est possible de commencer à identifier le propre du soin en soulignant le fait qu'il est le lieu de nombreux paradoxes. Sans toujours bien s'en rendre compte, le soignant effectue ses actes en ayant à résoudre ou à surmonter constamment une série de paradoxes qui se présentent à lui. Parmi ceux-ci, les plus importants à relever sont les suivants : la *fragmentation du processus de soin*, renforcé par le modèle industriel adopté en vue de prodiguer des soins de

masse à laquelle s'oppose l'unité de la personne ; le *statut de l'erreur*, qui est à la fois inévitable et impossible, inévitable dans la mesure où l'imperfection de la condition humaine frappe tout acte et toute pensée du risque de l'erreur, auquel des parades existent heureusement, mais dans une lutte jamais achevée (l'erreur ne peut pas disparaître ontologiquement), et impossible car le fait que l'erreur existe ne peut jamais la justifier de droit ni amoindrir la responsabilité de celui qui la commet ; le *service à la personne* qu'est le soin implique que l'on se mette à disposition du patient d'une manière décidée et volontaire, par un engagement moral et professionnel, ce qui ne va pas sans susciter des soubresauts de l'ego qu'il serait vain de nier, le paradoxe se situant, là, précisément dans la constitution psychique de l'homme classiquement tiraillé entre le réel et l'idéal, entre la volonté de faire le bien et la difficulté à s'y résoudre, ce combat n'étant lui non plus jamais clos une fois pour toute ; et de manière connexe, la question du *décentrement de soi* pose le problème de « *ce qui constitue les fondements affectifs ou non de la disposition à soigner* »¹⁰⁵, faisant osciller le soignant entre la culpabilité de ne jamais en faire assez et l'épuisement, voire l'écœurement face aux demandes des soignés¹⁰⁶ (cela n'étant admissible qu'en admettant également, de manière réaliste, que ces mouvements d'affects concernent tout un chacun en tant qu'il n'est pas un *saint*) ; et enfin, le dernier paradoxe réside dans *l'asymétrie entre la personne soignée et le soignant*, qui est la source possible et permanente de relations de pouvoir et d'abus de pouvoir, parfois infimes mais néanmoins perceptibles, absolument contraires à l'éthique, mais qui ne peuvent disparaître que si on les identifie dans toutes leurs formes.

Un paradoxe, par définition, va à l'encontre de l'opinion, de la doxa, et pour cette raison émeut celui qui en est atteint et le met en mouvement pour sortir de la situation d'inconfort mental que le paradoxe génère. La question est de savoir quelles leçons éthiques le soignant doit tirer d'un tel constat, et s'il lui est possible de dépasser le stade du constat pour arriver à une attitude « productive » ou active. La pratique de la formation initiale en soins infirmiers m'a conduit à percevoir dans le référentiel de formation toute une possibilité de philosophie, comme si celle-ci affleurerait à travers le programme sans jamais être mentionnée nulle part, la condamnant à une existence en filigrane. Il serait pourtant tout à fait possible, et même légitime me semble-t-il, de nommer la chose pour qu'elle insuffle une épaisseur et une consistance à de nombreux enseignement éparpillés et conjoints par la seule force des textes législatifs. Le programme propose des savoirs qu'il juxtapose sans que ceux-ci aient une force de cohésion

¹⁰⁵ Pirard Virginie, « Qu'est-ce qu'un soin ? Pour une pragmatique non vertueuse des relations de soin », *Esprit*, janvier 2006, p. 2

¹⁰⁶ Idem

autre que celle de la coutume, un peu à la manière du texte réglementaire du code de la santé publique, qui détermine les actes autorisés accessibles aux infirmières, sans qu'un ordre autre que contingent (en fonction des besoins de santé, des autorisations des médecins, des orientations des politiques de santé) et extérieur ne préside à leur existence. Cela explique à mon sens pourquoi les batailles sur l'autorisation ou non d'effectuer tel acte, donnée à telle autre profession (pharmacien, aide-soignante, etc.) ne peut apparaître jamais que comme « corporatiste ». Si l'on essaie de comprendre la logique interne de ces listes d'actes, on est devant un mur car elles résultent d'une intersection entre un champ de compétences délimité à un moment donné et des besoins extérieurs auxquels les infirmières doivent répondre. Les actes répondent à une logique externe, qui ne dépend donc pas de la profession et sur laquelle elle ne peut qu'en partie se prononcer. Certes, habituées à travailler avec l'imprévu, qui est la forme de contingence constitutive du soin, les infirmières ont également l'habitude de travailler avec ces contingences qui sous-tendent la définition de leur métier. Mais cela explique aussi pourquoi il est presque impossible de dire ce qu'*est* une infirmière autrement qu'en disant ce qu'elle peut faire, alors que l'on peut dire ce qu'est un médecin, un professeur, un avocat, un peintre, un boucher, un fleuriste, etc., avant de donner la liste de ce qu'ils peuvent, eux aussi, faire. De manière un peu polémique et non dénué de mauvaise foi, je le reconnais, j'ai souvent pensé que le décret d'actes ressemblait, par son caractère hétéroclite et susceptible de changement au gré des besoins sociétaux, à la classification des animaux que J. L. Borges attribue à un certain docteur Kuhn qui l'aurait trouvée dans une encyclopédie chinoise, telle que l'a popularisée Michel Foucault et telle que la reprend, en se référant à ses illustres prédécesseurs, Georges Perec dans *Penser/classer* : « A) appartenant à l'Empereur, B) embaumés, C) apprivoisés, D) cochons de lait, E) sirènes, F) fabuleux, G) chiens en liberté, H) inclus dans la présente classification, I) qui s'agitent comme des fous, J) innombrables, K) dessinés avec un très fin pinceau en poils de chameau, L) et caetera, M) qui viennent de casser la cruche, N) qui de loin semblent des mouches. »¹⁰⁷

En écrivant le paragraphe précédent, j'ai conscience du caractère insuffisamment étayé de ses affirmations, et du fait qu'elles pourraient sembler relever de la pure opinion. Je ne pense pourtant pas que ce soit intégralement le cas. Certes il y a une part de charge, de caricature, d'accentuation un peu grossière des appréciations portées, mais ces excès ne sont que la rançon de l'effort fait, de manière un peu isolée, pour indiquer l'endroit où il y a "quelque chose qui cloche", dans la profession infirmière. Et il ne faut pas voir en cette forme de « passion » un

¹⁰⁷ Perec Georges, *Penser/Classer*, Paris, Hachette, 1985, coll. Textes du XX^e siècle, p. 164

parti pris, mais sur le questionnement de longue date sur le fait qu'une part infime de la littérature infirmière fasse preuve d'une approche à la fois critique et philosophique. Quand il y a une critique, cette dernière s'en tient d'ordinaire à une approche technique, afin de ne jamais quitter la visée du *propos constructif* et positif pour l'amélioration du soin ; quand il y a philosophie, elle rappelle des fondamentaux, de manière consensuelle, sans réellement étudier les raisons d'être de ces rappels, sans les examiner comme un symptôme, sans aller jusqu'au bout d'une démarche réflexive. D'une certaine manière, l'infirmière craint le *négatif*, et ne peut pas suffisamment apercevoir le rôle constitutif de celui-ci dans la pensée et dans la dialectique de l'action. Elle perçoit ce négatif dans la dimension émotionnelle, et cherche à le surmonter par des réponses techniques, c'est-à-dire des réponses adaptatives, qui lui font accepter le cadre imposé sans le remettre en question, ce cadre dût-il être mis en question quant à sa légitimité. Pour illustrer mon propos, la dérive des soins en psychiatrie, mesurable par l'augmentation du nombre de mises en contentions et de mises en isolement¹⁰⁸, concerne au plus haut point cette « capacité adaptative ». Le rapport du Contrôleur général des lieux de privation de liberté, en 2016, est à cet égard instructif, car il synthétise la plupart des causes et des conséquences de cette dérive. Il ressort de certains articles du rapport que les soignants ont une pleine responsabilité dans cet état de fait. Le chapitre 1 identifie « Des pratiques gravement attentatoires aux droits fondamentaux dont l'efficacité thérapeutique n'est pas prouvée », le chapitre 2 note « Une implication faible et discordante de la communauté hospitalière », et surtout le chapitre 3 souligne « Un désintérêt des professionnels, [qui est un] frein à l'évolution préconisée des pratiques ». Ne pratiquant pas la langue de bois, en parlant par exemple du « *ressassement d'un droit à la sécurité et, en arrière-fonds, la médiatisation sulfureuse d'événements dramatiques* »¹⁰⁹ qui peuvent finir par perturber même la perception des soignants, la signataire du rapport, Adeline Hazan, énonce notamment, en section 3-I, l'insuffisance de formation des soignants¹¹⁰ qui, bien que culpabilisés par l'acte de contention, finissent par considérer que c'est un mal nécessaire pour un bien¹¹¹. En section 3-III, elle souligne également « Une absence de conception partagée de la liberté des patients » : « *Les professionnels de la psychiatrie ne se sont qu'insuffisamment appropriés les apports des démarches initiées par la HAS et les conférences de consensus. Faute de démarche collective*

¹⁰⁸ <https://sante.lefigaro.fr/article/psychiatrie-de-nouvelles-limites-a-l-isolement-et-a-la-contention/>

¹⁰⁹ p. 82

¹¹⁰ p. 86. Il faut rappeler que la disparition du diplôme d'ISP en 1992 a amputé la formation en psychiatrie de plus d'une centaine d'heures, avec des effets qui se font encore sentir, et que le programme de 2009 n'a fait qu'accentuer.

¹¹¹ idem

à un niveau pertinent, le respect des droits des patients ne prend pas la place qu'il devrait dans la réflexion sur les conditions de mise en œuvre de contraintes physiques. »¹¹² Un des intérêts notables du rapport de Madame Hazan est d'inscrire tous ces constats dans une perspective historique ; depuis Pinel et Esquirol jusqu'à 2016, les faits sont inscrits dans une évolution qui évite un jugement ex cathedra et extérieur toujours menacés d'arbitraire. Or, le dernier constat cité impute sans détour une part de la responsabilité aux soignants dans la mise en œuvre de pratiques contestables. Il ne s'agit pas de juger d'une pratique qui est présentée comme une thérapeutique en débat, mais ce qui me semble important dans ces propos c'est l'insuffisante *appropriation* des savoirs, et le *déficit de démarche collective à un niveau pertinent*. Il touche précisément au point où se situe l'éthique, c'est-à-dire l'acte personnellement agi que nul autre ne peut faire à ma place, et également la capacité à avoir une démarche collective, qui implique ontologiquement le dialogue, la capacité à parler et à échanger des arguments et pas simplement des informations, à considérer le collègue comme porteur d'un regard critique sur ma propre pratique, et surtout à appeler de mes vœux cet état de fait, à le concevoir comme constitutif de ma pratique ! Le dialogue n'est pas à l'extérieur du soin, à sa périphérie, il se situe au cœur de celui-ci, et le fonde. Mais pour qu'un tel regard construise l'identité professionnelle, il faut qu'il soit partie intégrante d'une culture partagée et d'une formation propre. Le dialogue, et le "relationnel" qu'il implique sont au cœur du soin. Sans trop s'avancer, on pourrait dire que le métier d'infirmier est un des rares métiers à ne pouvoir être défini par l'objet auquel il s'applique mais par la personne pour laquelle il existe. Il pourrait être fait l'objection suivante : mais c'est vrai de tout service ! C'est à la fois vrai, et insuffisant, car les services s'appliquent tous à un objet, matériel ou immatériel, qu'il s'agit de fournir à une personne : l'avocat la justice, ou plus précisément la défense dans un procès, le postier la missive, le pompier l'incendie, le professeur l'enseignement, etc., dans le cas de l'infirmière, si l'on cherche cet objet, on ne trouve rien d'autre que le bien-être ou le « moins mal être ». Mais c'est une abstraction illusoire, car cette notion est inhérente à la personne, dans cette situation donnée, pas une autre. Ce bien-être est aussi singulier a priori que l'est chaque personne.

Une révolution copernicienne ?

Pour faire référence de manière ironique à la science, il y aurait une sorte de révolution copernicienne à faire dans le soin : le « relationnel », ce nom étrange donné dans le jargon professionnel à la relation, n'est pas un supplément d'âme, ni une technique de soin dans les

¹¹² Idem, p. 88

cas de souffrance psychique, il est le cœur même du soin. Il est même encore possible de pousser plus loin l'audace : tous les gestes techniques peuvent être conçus comme des médiations, obéissant certes à des règles propres à chaque aspect du médium, mais toujours en vue de rentrer en relation avec la personne qui est soignée. La distinction entre faire des soins et prendre soin, telle que la thématise W. Hesbeen, ne donne plus lieu à une coupure, à un risque de fragmentation. Cela concerne-t-il seulement la psychiatrie ? On peut penser que non, que c'est une manière de voir transversale qui touche à toutes les spécialités. Une prise de sang doit être un prétexte à entrer en relation avec le patient, et non un acte isolé posé sur un bras qui appartient à un corps au bout duquel grimace un masque. L'argument du manque de temps obligerait ainsi les soignants développer les conséquences politiques contenues logiquement en germe dans le soin. Il s'agit, dans cette audace, de simplement prendre le relai de ce que dit Dominique Folscheid en préface au livre de Christian Gilioli : « *D'où cette situation paradoxale, déjà bien repérée par Descartes lui-même, qui est que la médecine technoscientifique sera nécessairement inhumaine puisqu'elle n'a affaire qu'au corps machine. Alors que tant qu'un homme est vivant, il constitue une unité indissociable d'âme et de corps.* »¹¹³ Cette situation paradoxale, le soignant devrait pourtant la considérer à partir de sa propre situation paradoxale, lui le spécialiste des petites choses, dont la fonction réside peut-être, de manière essentielle, dans la simple présence, c'est-à-dire dans le fait de garantir la continuité des soins : « *Mais, aussi longtemps que des infirmières resteront les seuls professionnels de santé à offrir un service permanent (24 heures sur 24) aux clients, ou patients, leur position d'alter ego des bénéficiaires de leurs soins restera unique, qu'elles assistent les médecins, qu'elles collaborent avec eux ou qu'elles s'inscrivent en concurrence.* »¹¹⁴ Une présence en relation à l'autre, une disponibilité continue : voilà peut-être l'essence du soin, telle que les soignants le savent sans le savoir, qui négligent cette position unique et propre pour investir des champs connexes, au risque de laisser s'étioler cette source de sens.

Il est possible que la philosophie puisse offrir une familiarisation avec les paradoxes, pour en retirer une souplesse mentale propice à l'adaptation à chaque singularité que présente chaque personne soignée, et savoir interroger cette question de la présence continue comme fondement du soin pratiqué par les soignants, comme terre propre, comme humus. Si, comme l'écrit Corine Pelluchon, « *l'humilité n'est pas une vertu ; elle est le socle de toutes les vertus* »¹¹⁵, alors il

¹¹³ Folscheid Dominique, in Gilioli Christian, *Réflexion éthique et pratiques soignantes*, Paris, Lamarre, 2015, p. 11

¹¹⁴ Henderson Virginia, *La nature des soins infirmiers*, Paris, InterÉditions, 1994, p. 195

¹¹⁵ Pelluchon Corine, *Éthique de la considération*, Paris, Seuil, 2018, coll. points, p. 37

devient encore plus intéressant pour le soignant de bien comprendre cette humilité qui se dégage de la relative simplicité de la définition de son rôle, de la relative simplicité de son essence. Cette simplicité « en extension », pour reprendre une catégorie de la logique des concepts, c'est-à-dire qui n'inclut pas sous son concept une multiplicité diversifiée d'instances, ne préjuge en rien de sa complexité « en compréhension », lorsqu'il s'agit d'énumérer tous les attributs constitutifs du concept, à commencer par le rapport au savoir qui mériterait peut-être un traitement socratique radical.

Le savoir comme docte ignorance

La formation considérée dans une perspective classique, telle que Martha Nussbaum la considère comme nécessaire à la consolidation de nos sociétés démocratiques, était vue comme une *école socratique* pour une visée plus juste de l'éducation, et qui s'ajuste parfaitement au soin : ne pas savoir pour mieux découvrir ; ne pas connaître pour être à l'écoute ; adopter une posture de dénuement pour être dans l'accueil.

En formation initiale, les étudiants sont très souvent invités à « travailler sur leurs représentations » : il faut entendre par là un minimum de prise de conscience, une mise à distance de celles qui sont le plus actif dans nos choix, nos pensées, nos évaluations, etc. Pour autant, même si cette invitation à travailler sur ses représentations est constante, formant par exemple la première heure d'un cours, une sorte d'introduction à la discipline étudiée, souvent sous la forme de brainstorming, elle ne conduit pas à une élaboration plus conséquente, car la seule mise en commun des pensées individuelles ne suffit pas à développer une attitude critique à leur égard. C'est un geste doxographique, qui, en philosophie, n'a jamais conduit à une pensée quelconque, mais constitue un réservoir d'opinions qui attendent d'être examinées. De même, si l'on veut vraiment travailler sur les représentations, il faudrait y adjoindre la question de la représentation d'une représentation, la question de la nature de ce qu'on appelle représentation, qui va de pair avec celle de sa validité. En effet, il n'est pas suffisant de constater qu'*il y a* des représentations, étalées devant soi, encore faut-il comprendre ce qu'est une représentation, comment elle travaille en soi, quel degré d'enracinement elle montre et quel type de lien au réel elle permet ou empêche. C'est d'ailleurs ce dernier point qui est le plus malaisé à aborder, car il risque de confronter l'étudiant à la peur d'être jugé d'une part, et de devoir changer en soi quelque chose contre sa propre volonté. Or c'est bien sur ce point que la notion de « docte ignorance » peut nous éclairer et nous être utile. Provenant du traité du même nom écrit en 1440 par Nicolas de Cues, la docte ignorance vient en quelque sorte entériner le fait que, de ce que

« la précision de la combinaison dans les corps et l'adaptation exacte du connu à l'inconnu dépassent à ce point la raison humaine »¹¹⁶, il faut affirmer comme un savoir le fait qu' « on sera d'autant plus docte qu'on se saura davantage ignorant »¹¹⁷, à la suite de ces deux grands exemples d'humains accomplis que furent Socrate et le roi Salomon. Quelle est la pertinence d'un tel transport d'une notion développée dans le cadre d'un problème théologique de l'incommensurabilité de la connaissance de Dieu par sa créature, vers le domaine profane des soins ? Il semble bien qu'au-delà de la laïcisation des sociétés en général et des métiers du soin en particulier, au-delà donc de la question de la foi et des croyances religieuses, la notion de *docte ignorance* est une notion philosophique, voire gnoséologique, attestée par la tradition philosophique en son inaugurateur majeur, Socrate, et que le cardinal de Cues a repris pour en faire un usage précis dans l'articulation du fini et de l'infini dans un contexte historique précis. A son exemple, on peut reprendre cette notion enrichie de toute cette tradition, pour en faire l'attestation de l'humilité dont tout homme doit avoir conscience lorsque, confronté à l'efflorescence du savoir, et à son propre désir de savoir, qui s'autorise de si positives et récentes réussites dans le monde moderne, il aurait la tentation de s'y laisser emporter sans sagesse ni prudence, condamné par l'oubli de sa propre ignorance à en voir les effets revenir comme autant de spectres trouant le si bel édifice qu'il voit construire ou contribue lui-même à construire .

La docte ignorance n'est donc pas le moindre des paradoxes qui peuvent nourrir le soignant qui pense son panser, qui réfléchit à la portée éthique de sa pratique, et qui essaie de saisir avec plus de précision cette protégée pour ne pas la laisser se réduire à une zone floue où le sentimental le dispute au grandes déclarations de principes à contretemps.

C'est le soignant qui fait le soin

« On soigne avec ce qu'on est ». Cette phrase mainte fois entendue dans les services lors des stages, les étudiants s'habituent à la comprendre dans le sens d'une marque subjective du soignant dans le soin, dans le meilleur des cas pour signifier qu'il s'agit bien d'un humain qui soigne un autre humain. Mais ce plan psychologique n'est pas exempt d'ambiguïté, car il est intégralement déterminé par la conception qu'a le soignant de ce que veut dire « cela » qu'il est. La clef d'interprétation selon la « personnalité » du soignant, selon les traits de son caractère, ses qualités et ses défauts plus ou moins prononcés, mène à une impasse. Ce plan reste insuffisant car il touche à quelque chose de contingent et d'empirique, et ne distingue pas

¹¹⁶ Cues Nicolas de, *La Docte ignorance*, Paris, 2013, Flammarion, coll. GF, p. 44

¹¹⁷ Idem

les plans de l'être et du devoir-être. Il conduit à concevoir la morale du soin comme une contrainte extérieure avec laquelle il est obligatoire de composer, mais dans une perspective de fermeture et de clôture sur soi. Est-ce pourtant la seule manière de comprendre une telle phrase ?

Si elle est si répandue, c'est probablement qu'elle correspond à une réalité beaucoup plus complexe et épaisse que le plan psychologique auquel elle est réduite. L'ancien infirmier en psychiatrie que je suis a eu l'occasion de voir quels sens une telle phrase pouvait porter comme un résumé de sagesse pratique à l'usage des impétrants. Il y a en effet deux sens qui peuvent être distingués : le premier est le constat factuel que la part des limites propres au soignant, et qui a un effet sur la relation avec le patient, donc sur le soin, doit impérativement être prise en compte au cours de la maturation de la position professionnelle du soignant. Ce premier sens est un peu un « *primum non nocere* » de l'infirmier en psychiatrie, qui ne doit nuire ni au patient, ni bien sûr à lui-même. Les maximes pratiques telles que « passer la main » dans des situations difficiles avec un patient, identifier les « types » de patients dont le soignant suppose qu'ils vont exiger une plus grande adaptabilité de sa part, en termes de rôle de composition, si l'on peut dire, sont des conséquences de cette première interprétation. Le deuxième sens est beaucoup plus subtil, et inclut précisément la question de « cela » qu'est le soignant. Il implique une connaissance de soi non pas en tant qu'objet dont il faudrait énumérer les attributs le plus exhaustivement possible pour agir dans une perspective de tactique permanente envers le patient, mais comme un processus dynamique et vivant, qui tient la capacité réflexive pour un outil professionnel majeur et incomparable d'ouverture à l'autre. Dépourvu de l'alibi du geste technique de l'infirmière « en somatique » (comme dit l'usage), l'infirmier en psychiatrie se retrouve dans une situation où il doit inventer la médiation pour éviter que la relation duelle ne se transforme en duel, ce qui, chez des patients atteints de troubles psychotiques, peut être déclenché dans des situations tout à fait anodines et de manière tout à fait imprévisible. Cet effort sur soi est conçu non comme une contrainte mais comme une ressource. Le « bien que » laisse la place au « parce que » : ce n'est pas « bien qu' » il n'y ait rien d'autre à faire que d'être présent auprès du patient, mais « parce qu' » il n'y a rien d'autre à faire que d'être présent, que le soignant développe toute une dynamique dans l'approche du soin au quotidien, dynamique qui trouve sa propre manière de dire et de penser, et d'élaborer ses propres concepts. Parmi ces derniers, le concept d'« ambiance » est central et joue un rôle opératoire dans la priorisation des activités, des choses à faire. L'« ambiance » est une perception subtile de l'état du service au moment, par exemple, où l'on vient travailler, et amène à ce que l'on cherche à prévenir les éventuelles crises clastiques, plutôt qu'à y répondre par la mise en isolement, l'injection à

travers le pantalon et un sentiment désagréable de montée de violence dont le degré de iatrogénie est rarement aperçu. La notion d'ambiance a été d'un grand usage en psychothérapie institutionnelle, notamment à la clinique de La Borde, dont un collègue qui y a été infirmier m'a longuement parlé comme on parle d'un lieu exceptionnel. Cette notion n'a été citée que pour sa caractéristique d'impliquer le ressenti du soignant dans l'élaboration de celle-ci. Il n'y a pas d'ambiance objective. Pour autant, les dérives de glissement vers l'arbitraire qui pourrait être issu de la grande part de subjectivité contenue dans une telle notion sont contrebalancées par la pratique de l'intersubjectivité. Cette pratique peut être décrite comme un *dispositif* professionnel qui utilise les différences de points de vue des soignants expérimentés comme autant de garantie d'une éthique concrète, qui prend la forme de la « transmission », c'est-à-dire de la parole qui circule dans toute son « épaisseur » à la fois informative/référentielle, mais aussi poétique, conative, métalinguistique, expressive et bien sûr phatique¹¹⁸.

Est-il excessif de poser que peut-être le soin n'existe que par celui qui soigne, et qu'il est par essence compris dans les dispositions éthiques de celui qui soigne ? L'observation des situations de soins nourrit pourtant le sentiment que la profusion des actes de soins, des techniques, des habiletés renvoie bien à une positivité du soin, à une substance qui mérite de ce fait d'être l'objet d'une étude ou d'une science. Mais dès que l'on se penche sur cette positivité du soin, on en vient à remarquer que chaque aspect que l'on détache de la situation de soin ne constitue pas le soin lui-même, mais sa forme, si l'on peut dire, et renvoie à une vision partielle, où tel élément présent ne définit pas le soin, comme aussi aucune synthèse ne le saurait faire non plus : que ce soit les règles d'hygiène et d'asepsie, les connaissances en physiopathologie, les connaissances en sciences sociales et en droit, toutes ces connaissances et ces règles apparaissent plutôt comme des conditions nécessaire mais non suffisantes. Comme le rappellent les auteurs du recueil de textes sur le soin G. Dabouis et G. Durand : « *l'acte de soin n'est souvent effectif qu'au sein d'un processus bien plus large dont le prendre soin fait partie* »¹¹⁹ On a tout au plus des indices qu'il y a soin, mais qui ne disent pas ce qu'est le soin, au point que l'on pourrait dire qu'il n'y a pas de soin en soi. Il est utile sur ce point de faire référence à Virginia Henderson, une des grandes figures de la profession infirmière.

Virginia Henderson est connue pour avoir proposé une méthodologie d'accompagnement des patients qui repose sur l'identification de quatorze besoins dits fondamentaux. Mais, comme le remarque Marie-Françoise Collière dans la préface qu'elle a rédigée pour la parution du livre *La nature des soins infirmiers*, le nom de Virginia Henderson renvoie maintenant

¹¹⁸ Selon les six fonctions du langage de Roman Jakobson

¹¹⁹ Durand Guillaume, Dabouis Gérard, *Philosophie du soin*, Paris, 2019, Vrin, coll. textes clés, p. 15

mécaniquement à cette série de quatorze besoins « *survenus dans la dialectique professionnelle on ne sait trop comment.* »¹²⁰ De même, « *le risque encouru par rapport à cette proposition est de la voir déviée de son sens originel en lui faisant dépasser son objet, et en l'enfermant dans une procédure.* »¹²¹ Ainsi la patronne des modèles conceptuels utilisés dans les IFSI de France et de Navarre semble sujette à un énorme malentendu concernant l'objet même qui motive sa renommée et son succès. Lors de mes études, la lecture du livre de Virginia Henderson m'avait donné le sentiment, lorsque je confrontais le propos de l'écrit à la manière dont était organisée la formation, que l'on mettait en scène l'illustration du petit apologue humoristique : il vaut mieux apprendre à pêcher que de donner du poisson, mais en en tirant la conclusion rigoureusement inverse. Je me disais qu'une praticienne expérimentée qui livre le résultat de ses réflexions en guise de leçon pour apprendre à soigner se voit utilisée comme une source de procédure pour enseigner de manière scolaire le soin en reconduisant par là-même l'erreur contre laquelle l'auteure s'était élevée ! Marie-Françoise Collière conseille au lecteur professionnel, dans sa préface, de rester fidèle à l'inspiration de Henderson, à son esprit d'ouverture, à son intuition, à sa créativité. Tous ces conseils concernent l'hexis, l'habitude acquise et renforcée par une décision et une volonté déterminée. Il semble difficile de concevoir qu'ils puissent être acquis par une démarche scientifique, si du moins tel est le cœur agissant de la profession. C'est ainsi que Virginia Henderson termine un de ses chapitres par cette citation de Claire Dennison : « *Finalemment et fondamentalement, la qualité des soins infirmiers dépend de ceux qui les dispensent.* »¹²²

De leur côté, les écrits de Walter Hesbeen apparaissent comme une expression très maîtrisée de l'art de transmettre une expérience conséquente par petites touches, par évocations bien senties à partir du langage de tous les jours et des images du quotidien. La distinction qu'il propose entre « *faire des soins* » et « *prendre soin* »¹²³ est à cet égard d'une grande portée. Elle permet tout d'abord de réinscrire dans un même continuum assuré par le même mot, tantôt au singulier tantôt au pluriel, tout un ensemble de réalités qui pourraient sembler disparates, fragmentées et propulsées dans des plans sans commune mesure. Elle montre que l'éclatement ressenti parfois comme une malédiction de la pratique, et une source d'épuisement professionnel, peut trouver son remède non pas dans les conditions extérieures du métier mais au sein même de celui-ci, pour peu que le soignant prenne la peine de considérer l'ensemble de

¹²⁰ Collière Marie-Françoise, « Retrouver la nature des soins infirmiers », in Henderson Virginia, *La nature des soins infirmiers*, Paris, InterÉditions, 1994, p. 11

¹²¹ Idem, p. 38

¹²² Idem, p. 132

¹²³ Hesbeen Walter. *La qualité du soin infirmier*. passim

ce continuum, en allant du pôle pluriel au pôle singulier, le long d'un axe qui joue comme une sorte de vade-mecum éthique portatif, un talisman mental. « Faire des soins et prendre soin » : la formule s'inscrit sans mal dans l'esprit et génère une capacité de synthèse qui peut contrebalancer les effets secondaires dissociatifs des organisations de travail analytiques.

Une autre formule de Walter Hesbeen à laquelle il a été fait référence me tient particulièrement à cœur, au point que je la donne à méditer aux étudiants autant que je le peux. C'est l'expression « *l'infirmier est un spécialiste en petites choses* »¹²⁴. Il complète en disant que pour le patient toutes les petites choses que fait le soignant ne sont jamais banales et témoignent d'une grande attention¹²⁵. Ces petites choses sont la marque d'une connaissance réelle, par le soignant, de la personne, non pas a priori, mais par ce qui lui a été signifié comme important pour la personne, et qu'il considère comme essentiel, et non comme contingent. Une petite habitude du soir, une demande modeste de tel ou tel petit service, une redoutable miette de pain qu'il faut évacuer des draps de manière impérieuse, les exemples sont indéfinis et pourraient donner lieu à des saynètes évocatrices.

Que ce soit en mettant en avant l'idée que c'est le soignant qui définit le soin, que ce soin nécessite des connaissances scientifiques ou des compétences artistiques mais ne s'y réduise pas, et que ce résidu irréductible apparaisse au jour, ce que je cherche finalement à mettre en évidence, c'est la notion d'*intérieurité*, dénomination qui semble être le plus propre à définir adéquatement le pivot autour duquel tournent les éléments identifiés tout au long des précédentes parties.

Éthique et intérieurité

L'intérieurité ne fait plus tellement partie des notions qui guident l'homme du début du XXI^{ème} siècle. Il y a à cela probablement plusieurs raisons. L'une d'entre elles me semble tenir à ce que le concept d'intérieurité renvoie un peu trop à une croyance désuète, liée à l'âme qui est également sujette à de nombreuses turbulences. Pour reprendre l'expression de Laura Bossi, en ce début de troisième millénaire on constate une *éclipse de l'âme*. Conséquence sans doute de la mort de Dieu, ainsi que le suggère Kandinsky lorsqu'il joint le mot de Virchow, « *indigne d'un savant* » : « *j'ai disséqué bien des cadavres et je n'ai jamais trouvé d'âme* »¹²⁶ à la négation de Dieu, cette éclipse est aussi l'émergence d'une certaine confusion entre divers

¹²⁴ Idem, p. 41

¹²⁵ Idem

¹²⁶ Kandinsky Wassily, *Du spirituel dans l'art*, Paris, Gallimard, 1985, coll. folio, p. 70

termes qui se rapportent à l'activité mentale de l'humain avant qu'elle ne soit « frappée d'alignement » par la psychologie scientifique. Il en est ainsi des diverses facultés et caractéristiques de l'esprit. Parmi elle l'intériorité est tombée en désuétude, intériorité comprise comme qualifiant en quelque sorte sa nature essentielle. L'idée d'une intériorité psychologique a fini par être conçue, dans les temps modernes tardifs, comme un mythe. Ce mythe serait une forme de reconduction implicite de l'homoncule de la Renaissance, selon le philosophe Daniel C. Dennett, qui s'emploie à mettre fin à ce qu'il appelle le « théâtre cartésien », où le sujet des perceptions examine celles-ci comme si elles étaient présentées sur une scène de théâtre. Cette conception serait surtout coupable, selon l'auteur, d'induire dans l'approche psychologique une forme de régression à l'infini qui n'expliquerait rien. Dans une perspective issue de Wittgenstein, Jacques Bouveresse a établi, dans *Le mythe de l'intériorité*, en exposant minutieusement les arguments du philosophe autrichien, une critique radicale des arguments qui président à l'usage de la notion de langage privé, sur laquelle repose l'idée d'une intériorité inaccessible à autrui. Ces critiques sont dirigées vers l'usage scientifique de l'intériorité, mais perdent probablement de leur pertinence en dehors de cette visée. C'est donc en un autre sens que l'intériorité peut conserver un intérêt, non pas celui d'un constat, scientifique ou naïf, mais celui d'un désir et d'un engagement. L'intériorité comprise en ce sens doit plus à la spiritualité qu'à la psychologie. Elle est à réaliser plus qu'à être saisie par une observation non avertie.

Le tableau de Kandinsky en première page de ce mémoire m'a servi à illustrer de façon figurative la conjonction de l'art et de la science dans le soin, qui est représenté par le point de contact tangentiel de la forme pyramidale et du cercle. Il est possible de poursuivre ce commentaire de manière plus précise. Les sciences infirmières peuvent être figurées par le côté blanc et plein : l'idéal d'unité propre aux sciences serait le plein, et l'intolérance à la contradiction qui pourrait être malencontreusement hébergée au sein du logos, des théories et des théorèmes, serait le blanc. Quant à l'art, il peut être figuré par la partie noire, comportant des encoches : le noir est cette obscurité du sujet à lui-même, qu'il symbolise et met en scène dans ses œuvres picturales, littéraires, musicales, et autres, pour se comprendre lui-même ; les encoches sont cette scissure subjective, cette division ou Spaltung du sujet dont a si bien parlé Lacan, qui voue le désir de complétude à relever du mythe. Il est possible de trouver encore une question, à partir de ce tableau : si la pyramide figure la conjonction de l'art et de la science vers le soin, et si l'art admet être « troué » et posséder en son sein une ouverture que la science, qui vise la réplétion, a tendance à jeter à l'extérieur, alors la science se heurte à la question du socle sur lequel elle repose, et de la finalité de sa pratique. Au risque de me répéter en revenant sur la notion de science, je dois tout de même finaliser la réflexion au sujet de son lien avec le

soin. En effet, les sciences infirmières organisent et favorisent l'accumulation d'un savoir selon des procédures éprouvées, validées et reconnues, dans le but de contribuer à l'amélioration de la santé des populations et des individus.

D'une certaine manière, on pourrait dire que ce qui manque aux sciences infirmières, dans la mesure où elles se revendiquent des sciences de l'homme, c'est une interrogation réfléchissante sur ce qu'est le type de science qu'elles produisent par rapport au type d'objet auquel elles s'appliquent, et si cette production ne comporterait pas en elle des contradictions, à des niveaux qui n'apparaissent pas de prime abord. Tout le savoir accumulé dans les départements des sciences infirmières ne doit pas occulter les questions les plus fondamentales qui sont celles ayant trait aux concepts de base que les sciences infirmières utilisent. La santé, la personne, la maladie, l'environnement, ces fameux quatre concepts "métaparadigmatiques" sont toujours convoqués, certes en utilisant des ressources bibliographiques fiables et validées, mais très rarement de manière critique. Et il faut remarquer également que le concept essentiel qui n'apparaît pas, ni ne fait l'objet d'un travail de définition, ni ne peut donc être un outil opératoire, c'est bien le concept de *soin*, pour ne pas dire infirmier. Est-ce le résultat d'une décision volontaire ? Est-ce la marque propre de l'impensé soignant ? Cela peut avoir comme conséquence que les différentes conceptions provenant de tel ou tel auteur sont juxtaposées avec un souci d'exhaustivité quasi doxographique, mais que le choix qui préside à tel ou tel modèle, à telle ou telle conception est *déjà fait*, pour des raisons qui tiennent à autre chose qu'à la nature du problème rencontré, et plutôt à la perspective qui pourra y apporter une réponse efficace. Il risque de se produire dans une telle habitude de production du savoir la même chose que dans d'autres départements où l'on recycle des méthodes éprouvées, car de même que l'imprévu ne se prévoit ni ne se contrôle, l'invention, dans son sens le plus radical, ne se décrète pas.

Parler du lien entre l'éthique et l'intériorité implique que l'on s'attarde tout d'abord sur le type d'éthique qui insiste sur la mise en avant de l'agent plus que des principes qu'il observe ou de la conscience qu'il développe des conséquences de ses actes. Dans les diverses orientations éthiques que l'on peut identifier aujourd'hui, l'éthique dite des vertus est celle qui soutient le mieux notre réflexion, qui nous aide le mieux à penser le soin, car elle offre l'occasion d'une réflexion qui ne s'éloigne jamais trop du concret, ni dans des principes bons en soi, ni dans des conséquences virtuelles souvent difficiles à évaluer en détail, dans le concret des situations.

Cela implique également d'examiner cette notion apparemment désuète d'intériorité, et à voir en quoi, pour peu qu'elle soit en partie "dépsychologisée" et reconduite à son lieu

originaires, qui est la spiritualité, elle permet de reconsidérer le soin sous un œil neuf.

L'éthique comme travail de l'hexis.

Si l'on peut dire, d'une certaine manière, et sans truisme, que c'est le soignant qui fait le soin, au sens où l'essentiel du soin réside dans la disposition à soigner qui met en œuvre les actes nécessaires avec une intentionnalité caractérisée par le souci d'autrui, et avec la claire conscience qu'il s'agit là de sa *besogne*, alors l'éthique des vertus semble être celle qui s'approche le plus de la problématique du présent mémoire. L'*hexis* vient de la notion d'*hexis proairetikê*, c'est-à-dire un état habituel, distingué de l'affection ou passion (*pathos*) comme de la simple puissance (*dunamis*), qui constitue à la fois une disposition acquise et, une inclination à décider (*proairetikê* venant de *hairesis*, le choix).

L'éthique des vertus est née en réaction tant aux éthiques déontologiques qu'aux éthiques conséquentialistes¹²⁷. G.E. Anscombe, qui a réévalué positivement cette approche liée historiquement à l'Antiquité, et plus précisément à Aristote, a porté en 1958 une critique « dévastatrice » de l'ensemble de la philosophie morale moderne, marquée de façon irrémédiable à ses yeux par la *perte* du sens authentique des concepts moraux¹²⁸. Le retour à Aristote est mû par l'idée de redonner un sens à la morale¹²⁹, sens qui s'est perdu ou enfoui sous la contradiction interne majeure des théories morales de définir et fonder le devoir moral de manière absolue par des raisonnements qui n'ont de sens qu'en lien avec un législateur divin, alors que dans le même temps ces théories affirmaient l'indépendance totale à l'égard de ce même législateur divin, privant de la sorte le devoir de sa portée d'obligation. La perspective historique et conceptuelle de G.E. Anscombe a ouvert la voie à de nombreux successeurs.

L'éthique des vertus est définie par J.C. Billier comme « *perfectionniste au sens le plus précis : elle pose l'existence d'excellences vers lesquelles il nous faut tendre* »¹³⁰, et ce perfectionnisme de l'éthique des vertus « *est toujours lié à une conception de l'être humain en tant que tel* »¹³¹. Sur ce point, Corine Pelluchon sépare l'éthique de la considération qu'elle promeut de l'ensemble des éthiques des vertus, par son rejet du perfectionnisme comme du naturalisme¹³². Pour ce qui est du naturalisme, comme le remarque J.C. Billier, citant Julia Annas, « *l'éthique des vertus n'est pas « naturaliste par définition »* »¹³³, même si la notion

¹²⁷ Billier Jean-Cassien, *Introduction à l'éthique*, PUF, 2014, coll. quadrige, p. 221

¹²⁸ Idem, p. 222

¹²⁹ Idem

¹³⁰ Idem, p. 219

¹³¹ idem

¹³² Pelluchon Corine, *Éthique de la considération*, Paris, Seuil, 2018, coll. points, p. 69

¹³³ Billier Jean-Cassien, *Introduction à l'éthique*, PUF, 2014, coll. quadrige, p. 237

d'*eudaimonia* pourrait faire pencher vers un naturalisme, si elle est empruntée à Aristote sans une approche critique qui tienne compte de la situation de l'homme contemporain et de la nécessaire adaptation à une époque différente de la polis grecque. Pour ce qui est du perfectionnisme, on peut comprendre que, s'il signifie une excellence comprise au sens d'« athlète de la vertu », il conviendrait plus à une morale de chef d'entreprise du CAC 40 qu'à une éthique des situations de soins aux prises avec la vulnérabilité. Il reste que le perfectionnisme peut également être conçu non comme la visée d'un achèvement clos sur lui-même, au sens aristotélicien de l'*entéléchie*, « l'acte accompli en train de se faire, et la perfection qui résulte de cet accomplissement »¹³⁴, c'est-à-dire la réalisation *dans ses propres limites* de la fin que l'être porte en puissance, mais comme une progression constante vers un horizon que l'on sait inatteignable qui, à la manière d'une idée régulatrice, guide l'action comme un idéal, selon l'idée d'une perfectibilité rousseauiste. Non pas la perfection, mais la perfectibilité. Le changement de suffixe permet ainsi d'éviter la clôture et de conserver l'ouverture propre à la possibilité. Toujours est-il qu'une des marques propres à l'éthique des vertus est de placer au centre de la réflexion l'exemple concret de l'homme incarnant la ou les vertus désirées.

Dans une telle perspective, la vertu se développe à travers l'exemple. La notion d'exemple est souvent comprise sur le seul plan psychologique, au sens où, tel un enfant, l'apprenant use des ressources mimétiques de l'apprentissage pour développer en lui les compétences sous la direction attentive du pédagogue. Cette posture d'enfant semble tellement aller de soi que tout apprenant semble appeler par ce fait même une réponse pédagogique, sans voir que le terme est d'une pertinence moins aisément décelable quand il s'applique à des adultes, jeunes ou moins jeunes (le terme andragogie, de formation récente, tend d'ailleurs à s'y substituer chez les professionnels de la formation pour adultes), car il repose au fond sur une analogie. Que l'adulte qui apprend soit *comme* un enfant qui découvre un nouvel aspect du monde ne signifie pas que la ressemblance de la situation de découverte englobe celle de l'agent qui découvre. Il y a donc une raison probablement plus profonde à concevoir comme primordial le rôle de l'exemple dans l'éthique des vertus pour l'acquisition de la prudence. Pierre Aubenque nous met sur la voie d'une compréhension du rôle de l'exemple qui soit au-delà du psychologique, lorsqu'il positionne la compréhension de la prudence dans la problématique du rapport à l'épistémé, de son affinité ou non avec la *sophia*¹³⁵, de la quantité plus ou moins

¹³⁴ Lalande André, *Vocabulaire technique et critique de la philosophie*, Paris, 1993, PUF, coll. quadrige, art. « entéléchie »

¹³⁵ Aubenque Pierre, *La prudence chez Aristote*, Paris, PUF, 1963, coll. quadrige, pp. 21-22

grande de savoir qu'elle recèle en son sein, c'est-à-dire de savoir théorique, qui est la seule est l'unique forme de savoir que les Grecs concevaient. Soulignant dans sa discussion avec les points de vue d'auteurs comme W. Jaeger ou H.G. Gadamer le relatif flottement de sens que connaît le terme *phronesis* dans les écrits d'Aristote, entre les occurrences du *Protreptique*, de la *Métaphysique* ou de l'*Ethique à Nicomaque*, P. Aubenque insiste sur le retour à un sens populaire du terme, qui avait été antérieurement restreint à une compréhension philosophique et platonicienne, et qui voit dans la prudence un pis-aller, un « substitut imparfait du savoir » mais adéquat en quelque sorte au monde sublunaire, une « *sagesse appropriée à notre condition* »¹³⁶. Ce qui nous intéresse ici est le développement que propose Pierre Aubenque sur la compréhension de la prudence à partir de son ancrage cosmologique dans le contingent, l'imprévisible, et que les tragiques grecs avaient proposée aux spectateurs contemporains. Il y a donc un hiatus entre le général et le singulier, entre le savoir théorique et l'action dans le monde de la contingence. La prudence apparaît dès lors comme un intermédiaire, une médiation qui est l'expérience¹³⁷ (*empeiria*), « *un savoir vécu plus qu'appris, profond parce que non déduit* »¹³⁸, et permet l'acquisition d'une sorte de capital de cas-types à partir duquel le prudent délibère et choisit son action. Cette acquisition, cet avoir (*ekhein*) entraîne une habitude (*hexis*), qui apporte de la stabilité dans le monde soumis au changement, au devenir. La règle de l'action est dès lors condamnée à ne pouvoir être apprise comme un savoir abstrait et décontextualisé, ni même enseignée parce qu'échappant à toute généralisation, mais implique d'être toujours rapportée à l'agent de l'acte, le prudent, le *phronimos* « *qui étant le critère dernier [de rectitude des vertus morales] est à lui-même son propre critère.* »¹³⁹ Le rôle de modèle qu'est le *phronimos*, et la constitution d'un capital d'exemples-types sont donc des éléments nécessaires à la formation éthique orientant le développement d'une *hexis* professionnelle, chez celui qui aspire à être lui-même prudent, à être lui-même un *phronimos*.

Ces observations concernent au plus haut point notre problématique. En effet, la convergence entre ce qui a été dit sur le génie créateur et le jugement dans le cadre esthétique, à partir de la *Critique de la faculté de juger*, jugement qui ne peut édifier de règles a priori pour guider l'action du génie artistique, et ce qu'il en est du rôle du *phronimos* chez Aristote dans l'élaboration de la règle de l'action juste dans la situation concrète et contingente, semble conforter l'inexpugnable centralité de celui qui est au cœur de l'action.

¹³⁶ Idem, p. 30 et 155

¹³⁷ Idem, p. 58

¹³⁸ Idem, p. 59

¹³⁹ Idem, p. 44

Ce constat est toujours d'actualité, mais son appréciation tend à donner une portée péjorative à la centralité de l'agent agissant au milieu de tout un appareillage technique qui fait ressortir ce fait qu'il n'y a de faute ou d'erreur qu'humaine ! Or, bien loin d'être une raison pour instaurer une défiance envers l'imperfection de toute action humaine, cela devrait au contraire, renforcer l'importance de cette centralité pour que ce soit sur ce point que d'éventuels moyens, financiers, pédagogiques ou autres soient mis ! Le « hiatus » dont parle Pierre Aubenque, le « gouffre » qu'évoque Kant, entre le savoir et l'action, ne semble pouvoir être comblé par aucun facteur extérieur à celui qui agit dans la situation concrète. Il n'y a visiblement pas de possibilité d'harmoniser ces deux facteurs différents, toujours menacés d'entrer en opposition, sauf à ce que l'agent développe une *hexis* susceptible de « dialectiser », pourrait-on dire, chacun des deux aspects par la médiation de l'expérience, de la contextualisation. Encore faut-il pour cela que la notion même d'expérience soit valorisée autrement qu'elle ne l'est actuellement sur ce qu'on pourrait appeler, d'un terme en usage dans la gestion des hôpitaux, le « mode dégradé », en partie du fait, il est nécessaire de le rappeler, de l'organisation scientifique du travail qui, dans les établissements de santé, a transformé selon Henry Mintzberg les organisation de types bureaucratie professionnelle en bureaucratie mécaniste, avec les effets négatifs qu'une telle transformation a eu sur la qualification individuelle.

Il faut donc se demander si l'objectif majeur d'une formation de soignant ne serait pas le développement d'une *hexis* spécifique, ayant pour axe cardinal la conscience que seules la *relation à l'autre* et la *continuité des soins* constituent l'essence du métier ; à partir de ces deux fondamentaux, le temps et la personne vulnérable (avec les variations de ses besoins et de ses aptitudes, l'évolution de sa situation personnelle), le soignant tire toutes les inférences impliquées dans la *mise en œuvre* des soins. Il intègre à suffisance les différents savoirs nécessaires et utilise les différentes techniques qui sont à disposition et qu'il se doit de maîtriser. Cette manière de présenter les choses met d'emblée le (futur) soignant en face d'une épure, d'un presque-rien (qui n'est pas un je-ne-sais-quoi !) qui fait de la fragilité de l'existence non une conclusion désabusée de trente ans de pratique, mais l'inauguration d'une perception à maintenir et d'une détermination à y répondre. C'est une sorte de conception déflationniste du métier, qui ne veut pas s'étourdir de l'apparente multiplicité empirique des lieux d'exercice (et il y en a !: selon les spécialités, médecine, chirurgie, etc., selon les structures, hôpital, domicile, école, selon les populations, pédiatrie, gériatrie, etc.) qui offrirait la garantie finalement douteuse de ne « jamais s'ennuyer » du fait de toutes ces possibilités de changement ! La matière d'une telle pratique existe déjà, et c'est elle que les instituts de formation proposent,

cela va sans dire. Mais si c'était dit, cela ne changerait-il pas la philosophie de la formation soignante, voire la philosophie soignante elle-même, de manière importante ? Une prise de conscience de l'essence permet une meilleure saisie de la finalité ; en quelque sorte, le soin aurait besoin d'une approche phénoménologique. Cela permettrait de procéder à une forme de « réduction eidétique », pour mieux saisir les structures constitutives, les existentiels et la place de l'intentionnalité dans le processus de soin.

L'approche du soin et de son enseignement qui est argumentée dans ce mémoire se définit de plus en plus nettement par une conception du soin centrée sur la philosophie sous son registre éthique, mais pourquoi pas aussi métaphysique ? Le savoir positif n'y est pas mis au second plan, mais il est relativisé par rapport au caractère paradoxal qui réside au fond de chaque situation de soin.

En effet, « *l'homme prudent ne choisit pas seulement les moyens les plus adaptés à la situation, mais il met également les fins devant nos yeux.* »¹⁴⁰ comme l'écrit Corine Pelluchon. C'est en cela que le prudent, *phronimos*, se distingue de l'habile, *deinos*. Il semble en effet difficile de concevoir une action qui ne soit pas orientée vers une fin, sans que cette fin soit elle-même orientée par une réflexion sur les fins dernières, au moins à titre d'idée régulatrice... De ce fait, l'importance des traits moraux¹⁴¹, comme l'insuffisance des valeurs qui « *ne sont que des subjectivations* »¹⁴² (et présentent le double risque, d'une part d'en rester au registre de la proclamation si elles ne sont pas vécus ni incarnées, d'autre part de ne pas être la garantie d'une attitude éthique par le seul fait qu'elles sont des subjectivations, toute « évaluation », même professionnelle, se heurtant tôt ou tard au *conflit de valeurs*, à quoi se réduit trop souvent le problème éthique), tout cela conduit à penser que la philosophie doit acquérir une place plus importante qu'elle n'en a à l'heure actuelle dans la formation et surtout dans la représentation que les soignants se font de leur métier. Si « *la rationalité propre à l'humain est une rationalité charnelle* »¹⁴³, ce qui, de nos jours, conserve encore son poids de paradoxe, alors le paradoxe philosophique peut avoir autant de titres à revendiquer la place d'organisateur principal des études que le savoir scientifique. Le développement de la disposition acquise et de l'inclination à décider peut tout à fait être concilié avec l'objectif de se dépouiller de soi-même pour pouvoir se réformer¹⁴⁴, qui est un prérequis de la possibilité de toute considération. De même, les soignants entendent beaucoup parler du *care*. Celui-ci est victime de son succès et forme de nos

¹⁴⁰ Pelluchon Corine, *Éthique de la considération*, Paris, Seuil, 2018, coll. points, p. 107

¹⁴¹ Idem, p. 15

¹⁴² Idem, p. 23

¹⁴³ Idem, p. 34

¹⁴⁴ Idem, p. 45

jours plus une espèce de slogan qu'un véritable travail exigeant et en conscience. Mais le *care*, comme « éthique d'amour » sans transformation de soi, ou éthique de la sollicitude sans que l'accomplissement de la personne soit suffisamment pensé comme rapport à soi par l'autre que soi¹⁴⁵, peut présenter une démarche a priori tronquée et menacée d'être rabattue constamment sur le sentiment, l'émotion. Les étudiants ne s'y trompent d'ailleurs pas, qui orientent en nombre important leur travail écrit de fin d'étude vers les thèmes de la gestion des émotions dans les situations de soins, le travail émotionnel du soignant, la juste distance, etc. montrant par-là que ces questions s'imposent à eux, et ils réclament une réponse qu'il n'est pas certain que les catégories actuellement privilégiées, relevant souvent de la psychologie, permettent toujours de fournir. Ils se heurtent au vide provoqué par l'absence du *phronimos* comme catégorie indispensable au développement de l'hexis soignant, vide que l'on comble par de brefs aperçus sur les notions de modèle et de contre-modèle, appréhendés sur le mode contingent de la psychologie. Le hiatus se déplace, il n'est plus vissé à la dichotomie du corps et de l'âme, il traverse toutes les strates d'existence du soin. Une des difficultés les plus flagrantes est bien celle de la verbalisation des émotions : outre le caractère classique d'une conciliation difficile et intempestive du logique et de l'émotionnel (pris par l'émotion je peux difficilement parler, et lorsque je peux parler l'émotion est un souvenir ; elle n'est dicible que *froide*), la question de l'alexithymie pourrait renforcer une telle difficulté. Ce néologisme forgé en 1972 par Sifnéos pour désigner l'absence de mots pour exprimer ses émotions ou sentiments¹⁴⁶ est un diagnostic qui concernerait pas moins de 17 à 25% de la population étudiée, la variation dépendant de l'échelle utilisée. L'auteur de l'article interroge néanmoins la validité du concept, du fait de son caractère insuffisamment spécifique et transnosographique. Il en ressort que l'alexithymie caractérise surtout les profils présentant des traits associant la dépression, une capacité subjective faible à éprouver des émotions positives, un déficit en assertivité, un déficit dans l'ouverture aux sentiments, un déficit dans l'ouverture à l'action, un faible altruisme et tendresse, une forte modestie, un déficit en estime de soi¹⁴⁷. N'étant pas psychologue, il est difficile d'émettre un jugement scientifique sur un tel constat. Néanmoins, il est intéressant de souligner que les éléments énumérés, s'ils ont une incontestable acception technique, sont également utilisés en dehors de la science, et à ce titre, peuvent faire l'objet d'un jugement critique. Que penser d'un tel constat objectif d'une telle atteinte subjective ? Cela donne tout de même à penser, au regard de l'ampleur du phénomène, qu'il s'agit autant si

¹⁴⁵ Idem, p. 73

¹⁴⁶ Loas G., « L'alexithymie », *Annales Médico-Psychologiques*, Revue Psychiatrique, Elsevier Masson, 2010

¹⁴⁷ Idem

ce n'est plus d'un problème systémique, de civilisation pourrait-on dire, dont l'approche analytique des spécialistes dit le vrai sans dire le juste. La langue est un phénomène trop complexe pour ne pas donner lieu à des conflits marqués idéologiquement : qui d'insister sur la baisse quantitative du vocabulaire, qui de montrer au contraire la créativité des nouvelles formes de parler. Mais si l'on estime que l'alexithymie, par le flou de son contour souligné par les spécialistes eux-mêmes, présente un intérêt au-delà de la médecine, c'est peut-être pour désigner la difficulté des humains à explorer les multiples nuances du langage dans un environnement qui concourt constamment à réduire la langue à l'information dans une optique opératoire.

Pour retrouver une possibilité de concilier émotion et parole, émotion et langue, il est peut-être nécessaire de sortir de la manière dont est formulé le problème, toujours en termes de compétence ou de performance. Ce n'est pas tellement les ressources qui font défaut, c'est l'idée de les utiliser à la hauteur de ce qu'elles offrent ! Il faut retrouver la fonction fabulatrice du langage, ainsi que nous y invite Roland Gori, retrouver la dimension narrative de l'identité telle qu'elle est minutieusement étudiée par Paul Ricoeur dans *Soi-même comme un autre*. Chacun, en tant que sujet, pourra ainsi se forger un accès à « des émotions positives », à une « capacité subjective » retrouvée, à des possibilités de présentation littéraires de la « tendresse », à voir les ressorts (transposés par l'écriture !) de « l'assertivité ». Chacun sentira qu'aucun *storytelling* savamment agencé ne pourra offrir une telle ouverture à l'Autre. Nous avons évoqué la littérature comme trésor d'exemples, mais ce n'est qu'un des aspects, qui s'obtient par surcroît, de sa généreuse provende, le moteur principal étant la propension à humaniser. Comme le souligne délicatement Éric Fiat, « *oui, les lettres humanisaient, parce que faire ses humanités c'était en effet pratiquer ce qu'on appelait jadis les Litterae humaniores, les lettres qui humanisent. On pouvait avoir fini son thème ou sa version, on n'en avait cependant pas fini avec les « problèmes humains »* ». ¹⁴⁸ L'éthicité de l'éthique comme enjeu véritable de l'enseignement éthique, « *l'éthicité de l'éthique, le sens profond de la responsabilité* » ¹⁴⁹ ne peut exister sans aller de pair avec l'élargissement du sujet qui se rend attentif aux émotions ¹⁵⁰ et se met en tête d'avoir une pensée qui embrasse le monde, une pensée-monde. Le travail de l'hexis implique un rapport à soi et une compréhension du rapport à soi par relation à l'autre que soi, qui se nourrit de la considération comme possibilité de sortir de la domination. Tout n'est pas qu'« ordre et beauté, luxe calme et volupté », mais l'appréhension

¹⁴⁸ Fiat Eric, *Corps et âme*, Nantes, Editions Cécile Defaut, 2015, p. 20

¹⁴⁹ Idem, p. 117

¹⁵⁰ Pelluchon Corine, *Éthique de la considération*, Paris, Seuil, 2018, coll. points, p. 99

du Tout sous l'angle esthétique du cosmos, cet ordonnancement de l'univers, et de sa finalité éthique à titre d'idée régulatrice, comme problème que chaque situation de soin peut virtuellement porter en son sein, amène à considérer que la présence de l'Autre émerge de cette contemplation sans y être jamais réduit, vient la dé-ranger en quelque sorte, et appelle le soignant à la présence. Il faut parier qu'une telle conscience peut accompagner le soignant dans le quotidien du soin, plus ou moins piano, mezzo-forte ou rinforzando. Il peut se la forger comme une conception du monde, à usage critique, et faire feu de tout bois imaginaire pour mettre, dans son intériorité, un ordre qu'il sait destiné à être dérangé.

La notion d'hexis implique la connaissance de soi, et la connaissance de soi, l'intériorité

L'intériorité mentionnée en début de paragraphe, non comme donnée psychologique, mais comme « construction » spirituelle, me semble compléter de façon naturelle les propos concernant l'auteur de l'action, sa centralité dans l'élaboration éthique des règles d'action, et la formation philosophique à la familiarisation (au sens de *sunéthéia*) avec cette étrange réalité humaine qui se soustrait à la calculabilité intégrale voulant assurer la maîtrise totale et le contrôle complet sur toute chose. L'idée d'intériorité est à l'intime ce que l'extérieur est à l'extime. Il y a là une gradation du plus propre au plus lointain qui ne demanderait qu'à être conceptualisée pour devenir pleinement opérationnelle chez les soignants, complétant de façon bienvenue les considérations habituelles sur la proxémie, dont il est difficile de tirer tout le suc de l'approche anthropologique inaugurée par E.T. Hall, étudiant les déterminations culturelles de l'usage que l'homme fait de l'espace. Ainsi, lorsqu'il s'agit de la notion de « juste distance », le rabattement sur la version spatiale dure généralement un certain temps, chez les étudiants, avant qu'ils puissent faire sentir le décollement vers une notion plus symbolique, plus engageante aussi, de la distance psychique, que l'on ne peut pas « mesurer au double décimètre ». L'espace comme symbolisation du rapport à autrui implique que la ressource des symboles fasse partie de cette conceptualisation à tout le moins pédagogique.

Dans son ouvrage sur la connaissance de soi¹⁵¹, Marie-Madeleine Davy, spécialiste d'études médiévales et de la symbolique romane, traductrice d'auteurs médiévaux dont Saint-Bernard de Clervaux, se penche sur les éléments déterminants, constitutifs et caractéristiques de cette connaissance, en s'appuyant sur des auteurs que rapproche le souci de l'existence, et d'une certaine manière de la présence en celle-ci de l'esprit sous ses différentes expressions

¹⁵¹ Davy Marie-Madeleine, *La connaissance de soi*, Paris, PUF, 1992, coll. le philosophe

(vie, élan vital bergsonien, volonté de puissance nietzschéenne, mystère, etc.). Divisé en deux parties, « l'interrogation et sa réponse » et « la découverte de la Source de la Vie », cet ouvrage est remarquable par la somme de métaphores, d'analogies et de symboles qu'il mobilise pour cerner son objet. Cette caractéristique a sa raison d'être, qui est précisément que le symbole par son étymologie, dit en acte ce qu'il veut dire en intention, la réunion de *deux moitiés* issues d'une *brisure* pour recomposer une *unité* et permettre une *reconnaissance*¹⁵². « Symbole » appartient à cette catégorie de mots dont l'histoire a surdéterminé le contenu et augmenté la polysémie par les passages nombreux d'un champ intellectuel à l'autre : quoi de commun entre le sens religieux qu'a ce mot dans le Symbole de Nicée, et le sens technique que lui donne C.S. Peirce, convention arbitraire qui l'apparente au signe linguistique de Saussure ? C'est que le terme résiste à toute tentative de réduction, et ressort à chaque époque, enrichi des sens qu'il traîne à sa suite, ou plutôt porte en son sein... Le symbole est ce qui représente autre chose en vertu d'une correspondance analogique, et est plus particulièrement un signe concret évoquant quelque chose d'absent ou d'impossible à percevoir.¹⁵³ Le développement des liens entre symboles constitue à la fois un monde en soi, et l'étude chargée d'en livrer les significations. M.M. Davy utilise tour à tour les images symboliques du désert, de la marche, du silence, du Maître intérieur, de la lumière, du haut et du bas, de l'éveil et du sommeil, et articule ainsi les différents aspects de la connaissance de soi que ces points de vue permettent d'obtenir. Ce jeu de renvois permanents n'est pas gratuit, car il dit d'une certaine façon que l'intériorité est un endroit non pas réel, mais symbolique, et qu'il n'est atteignable qu'à partir du moment où le véhicule du symbole est compris à la fois dans sa finalité et dans son « fonctionnement » si l'on peut dire, son rôle de véhicule. Et certes, la connaissance de soi comme familiarité avec les symboles peut apparaître déroutante, si l'on mesure à quel point une telle conception est éloignée de l'approche actuelle issue des catégories de la psychologie, même si les méthodes utilisées peuvent avoir parfois quelques airs de famille. La psychanalyse freudienne a sur ce point établi des ponts qui perdurent. Mais le destin de la psychanalyse l'a amenée au déchirement entre deux grandes orientations, d'une part une Ego-psychology moquée sans aménité par Lacan, et d'autre part une multiplication de chapelles préservant la pureté initiale, progressivement coupées des mouvements des sciences qui s'attelaient au même objet selon d'autres principes. Il fut un temps pas si lointain où les soignants en psychiatrie avaient comme habitude de « faire un travail sur soi », selon la formule en usage, et ce travail était bien souvent

¹⁵² Lalande André, *Vocabulaire technique et critique de la philosophie*, Paris, 1993, PUF, coll. quadriges, « symbole »

¹⁵³ Idem

une analyse, orthodoxe ou non, même si progressivement cette habitude, qui n'était pas dénuée de conformisme professionnel, n'a plus eu cours.

La nécessité de la connaissance de soi se maintient, quand bien même elle ne trouverait plus ou pas encore les moyens de se concrétiser. La fable d'Ésope, « Le renard et le masque », dit l'essentiel de la question sur un mode plaisant : le renard fouille dans l'atelier d'un sculpteur, et tombant sur un masque de théâtre, le soulevant et l'examinant, s'écrie « Quelle tête, mais elle n'a pas de cervelle ! ». Le sens est renforcé par les termes grecs de *kephalê* pour tête et *enkephalon* pour cervelle qui disent combien la présence de l'une entraîne l'attente de l'autre ; le préfixe *en-* renvoie bien à cette intériorité qui se conçoit dans son opposition à l'extériorité, comme l'être à l'apparence. Lieu de la pensée, la tête a besoin de son organe, au risque d'être un masque, un *prosôpon*, cette chose qui a pour destination (*pros-*) d'être vu (*ôps*), selon H.G. Lidell et R. Scott. Mais *prosôpon* veut dire également le visage, et si la visibilité est une condition nécessaire, elle n'est pas suffisante ; il faut aller du dehors vers le dedans, non pas sur le même plan spatial, comme dans la fable, mais sur le plan de l'intériorité, de sorte que la visibilité du visage comporte une dimension ambiguë et, de nouveau, paradoxale. En effet, comme le dit Levinas, « *la meilleure manière de rencontrer autrui, c'est de ne même pas remarquer la couleur de ses yeux !* », qui suit cette formule que tout étudiant et professionnel du soin devrait garder en mémoire : « *C'est lorsque vous voyez un nez, des yeux, un front, un menton, et que vous pouvez les décrire que vous vous tournez vers autrui comme vers un objet.* »¹⁵⁴ Levinas doute même qu'il soit possible de parler de « phénoménologie du visage », de sorte que c'est presque l'invisibilité qui est la condition de la rencontre avec autrui, invisibilité non pas en-deçà, mais au-delà de l'usage de l'œil, invisibilité qui se loge au sein de la vision, comme si la particularité physiologique de la tâche aveugle, c'est-à-dire ce point où le regroupement de toutes les innervations de la rétine, cônes et bâtonnets, s'engouffre par le nerf optique en direction du cortex occipital, point minuscule où aucune vision n'est possible était presque la traduction matérielle du fait que l'œil ne peut pas se voir lui-même, et qui, étendue à l'ensemble de l'homme, l'oblige à se voir par autrui.

C'est une mise en garde qui reste très actuelle, à l'heure des selfies, et où il arrive parfois, oui, que le soignant conserve son portable dans la poche de sa tunique et l'utilise même durant son service entre deux soins. Et c'est aussi une mise en garde intemporelle à toute personne qui se destine à soigner une autre, d'être attentive au pouvoir réificateur de la vision, celui que Persée a dû déjouer par l'artifice de la réflexion dans la surface convexe de son bouclier, lors

¹⁵⁴ Levinas Emmanuel, *Éthique et infini*, Paris, Librairie Arthème-Fayard, 1982, coll. Le Livre de Poche, p. 79

son combat contre Méduse. La vacuité de tout visage qui se présente comme un masque, derrière lequel il n'y a personne, c'est la dimension du personnage, au trop plein d'attributs et de significations. Comme le dit Éric Fiat dans son cours du 25 juin 2021, « *l'universalisation du respect n'est possible que si on perçoit la personne sous le personnage.* » [Et au risque de froisser Éric Fiat, grand amateur de La Fontaine, je dirais que la fable d'Ésope a l'avantage sur celle de La Fontaine, Le renard et le buste, d'être beaucoup plus ouverte et de concerner tout homme. La fable de La Fontaine se moque de l'usage des Grands et des Seigneurs de désirer que l'on sculpte leur buste ; à moins que tout homme n'ait au fond de lui un grand seigneur qui s'ignore ?]

La présence de la personne derrière ou sous le personnage est une garantie de l'éthicité de l'éthique, c'est-à-dire de la réelle présence de l'éthique dans les principes qui peuvent guider le soignant. Ce point est très bien illustré par un exemple tiré d'une situation pédagogique rencontrée chaque semestre en IFSI, lors des jeux de rôle. Dans une situation simulée de soin, l'étudiant est invité à travailler de manière réflexive ses pensées, ses ressentis, ses attitudes une fois la situation terminée, dans ce qu'on appelle le « debriefing ». L'un des dispositifs possibles fait appel à un acteur, ayant une expérience du théâtre, qui va jouer le rôle du patient. Les formateurs sont garants du respect d'un cadre exigeant le respect mutuel et l'abstention de jugement de valeur. Une fiche de la HAS¹⁵⁵ présente une version très synthétique des principes, objectifs et méthodes du dispositif. L'acteur joue donc le rôle du patient selon un scénario minimal, ou plutôt un canevas de type commedia dell'arte qui lui laisse libre cours d'interagir avec l'étudiant en fonction du comportement de celui-ci. Souvent réticents ou sceptiques au début, les étudiants interrogent la légitimité de « faire semblant », de « jouer » quand il y va d'une situation de soin. Ils sont beaucoup freinés par la peur de s'exposer au regard de leurs collègues ; le volontariat est du reste de rigueur. Puis un volontaire, curieux ou moins inhibé, se lance. Le témoignage que les étudiants donnent après coup est très souvent positif, et soulignent : *quand on joue le jeu.* Or, au-delà du jeu, c'est la qualité de présence qui est interrogée à chaque passage. Il ne s'agit en effet nullement d'atteindre des performances relationnelles, ce qui serait une perversion majeure du dispositif et un contresens pédagogique et éthique, mais plutôt de conjointer parole et émotion, en acte, pour initier un mouvement chez l'étudiant et lui permettre de toucher du doigt ce qui a été abordé dans le paragraphe précédent, concernant la mise en parole et la dimension de passage par l'autre à laquelle elle renvoie. Il est intéressant de noter un retour que fait, pour sa part, l'acteur : il dit ainsi s'il a eu l'impression

¹⁵⁵ https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2013-01/08_jeux_de_roles.pdf

d'avoir affaire à quelqu'un, ou à personne ; plus exactement, s'il a eu le sentiment d'être face à une personne ou face à un personnage. L'expérience du théâtre, est ici nécessaire pour distinguer entre l'artefact, inévitable, dû au dispositif de simulation, artefact toujours plus ou moins présent, et la capacité d'implication de l'étudiant. Il est possible de voir dans cette méthode pédagogique une manifestation supplémentaire de la présence des paradoxes dans les situations de soins. Ambiguë si elle vise la performance, la méthode de la simulation avec un acteur de théâtre devient formatrice si elle permet de déjouer précisément le fameux paradoxe sur le comédien : démonter ses ressorts, « *ce que la passion elle-même n'a pu faire, la passion bien imitée l'exécute* », non pas pour jouer la comédie dans les situations de soins, mais au contraire !, pour la repérer comme une propension spontanée et en déjouer les artifices. C'est un autre paradoxe du théâtre, lié à son élaboration chez les tragiques grecs, que Henri Gouhier résume ainsi, en guise de conclusion du livre *Le théâtre et l'existence* : « *les divertissements du théâtre mettent en jeu, et dans le jeu, les questions les plus impérieuses de la métaphysique* » ; et si comme nous avons essayé de le montrer, le soin est un lieu où sont également en jeu les questions métaphysiques, alors le théâtre et le soin peuvent entrer en relation bien au-delà du divertissement.

La connaissance de soi peut prendre de multiples formes et emprunter de multiples voies. Elle engage à travailler le rapport à soi, qui est la clef du rapport à autrui¹⁵⁶. Elle s'oriente toujours néanmoins vers ce que M.M. Davy appelle la dimension cosmique : « *Se connaître, c'est accéder à la dimension cosmique* »¹⁵⁷ L'écart métaphysique évoqué dans l'introduction de ce mémoire n'est supportable que s'il se soutient d'une ambition qui garde les yeux sur ce qu'on peut appeler un horizon cosmique. Mais le Tout, cette « totalité » du cosmos n'est qu'un élément de l'énigme du monde, à laquelle s'articule le sujet : « *l'intentionnalité de la conscience fait que la conscience n'est pas une chose du monde, possédant sa place dans le monde : elle est le rapport essentiel de l'homme au monde.* »¹⁵⁸ Le Tout porte la vocation d'une exhaustivité. Le Tout est une condition que l'on n'oublie rien : la succession ordonnée et planifiée d'actes que pose le soignant ne doit pas se heurter aux fins dernières qui le justifient. Chaque situation de soins peut être vue comme autant de petits tous et faire l'objet d'un check-up où le soignant vérifie qu'il n'oublie rien. C'est la condition de la qualité. Mais cette exhaustivité potentielle est celle du monde, celle de la totalité. Elle ne concerne pas l'Autre avec son intentionnalité, irréductible au monde. Plus qu'à la distinction classique de l'âme et

¹⁵⁶ Pelluchon Corine, *Éthique de la considération*, Paris, Seuil, 2018, coll. points, p. 71

¹⁵⁷ Davy Marie-Madeleine, *La connaissance de soi*, Paris, PUF, 1992, coll. le philosophe, p. 83

¹⁵⁸ Housset Emmanuel, *Husserl et l'énigme du monde*, Paris, 2000, Seuil, coll. points, p. 49

du corps, c'est à la distinction de l'Autre et du monde que le soignant doit avoir conscience qu'il est confronté.

Si le soignant développe la conscience nette de toutes les dimensions paradoxales du soin, telles que ce mémoire a essayé d'en dégager un certain nombre, du moins les principales, alors il peut entrevoir dans les situations concrètes qu'il vit avec et pour le patient, l'horizon d'une rencontre éthique et la condition d'un dialogue toujours à relancer, qui place la santé au-delà de l'essence si l'on peut dire. Les termes de *coincidentia oppositorum* et de « docte ignorance » tentent de donner une approche de ces dimensions, par le détour d'auteurs qui n'ont à première vue pas grand rapport avec les questions de la santé, selon la conviction que la réflexion sur le soin doit être nourrie de ces excursions hors du domaine.

Sur ce point le grand maître hassidique du XIX^{ème} siècle, rabbi Nahman de Breslau, donne un élément de sagesse hassidique et universelle qui mérite d'être constamment présent à l'esprit, et que je propose pour part inlassablement à la méditation des étudiants pour les encourager dans le long travail qu'ils auront à fournir pour le TEFE : « *Ne demande pas ton chemin à quelqu'un qui le connaît, car tu ne pourrais pas t'égarer* ». Marc-Alain Ouaknin la complète avec cette autre recommandation du même grand maître, soulignant qu'aucun jour n'est la répétition du jour précédent : « *il est interdit d'être vieux !* »¹⁵⁹

¹⁵⁹ Ouaknin Marc-Alain, *Les Dix Commandements*, Paris, 1999, Seuil, coll. points, p. 49

Conclusion

Au moment de conclure ce travail qui pêche par sa prolixité, je dois reconnaître que j'ai eu bien des difficultés à donner forme à une matière aussi conséquente, mais dans laquelle il me semblait impossible de trancher. Les questions de l'identité infirmière, de l'essence du soin, du rôle des sciences comme modèle, des modalités de la présence de l'art, présentaient des risques de dispersion que je n'ai pas toujours su éviter. L'enjeu d'un travail universitaire a pu provoquer également un afflux de références dont l'usage n'a pas toujours permis un développement intégré harmonieusement au propos de fond. Pour autant, ce travail m'a permis de mettre de l'ordre dans des idées que j'entrevois clairement mais confusément avant de m'atteler à la tâche. La clarté de vue s'est fait jour dans le cours de la rédaction qui n'a pas pu en bénéficier rétroactivement.

Nous avons vu que le soin, considéré d'une certaine manière « en son essence », relève davantage d'une capacité de présence continue et d'une disposition au soin, que d'un savoir ou d'une expertise, d'une science ou d'un art. Cette essence bien perçue donne sens aux attributs scientifiques divers et compétences d'habileté variées, que l'évolution sociétale peut lui adjoindre, afin de « faire des soins ».

Alors se pose, au terme de ce mémoire, la question du type de formation qui devrait être pensé pour former des soignants. Cette formation ne peut pas être une formation de techniciens, où le soin, indépendamment des discours de principe et parfois même à leur rencontre, serait conçu comme relevant de l'application des meilleures techniques en vigueur, dûment validées par des instances officielles et produites selon des normes de savoir orientées vers le contrôle. Les risques de domination inhérents à la maîtrise technique seraient insidieusement reconduits dans les situations de soins, et les conséquences éthiques de ce passage en contrebande de modes de pensée ou de vision réifiante donnerait lieu à des réponses elles-mêmes techniques.

Cette formation ne peut pas non plus s'apparenter à une valorisation des compétences personnelles du futur soignant sur le mode « artistique » du développement de l'inventivité, de l'attention portée à l'œuvre, fût-il le soin, du plaisir et du goût comme manifestations du désir de vivre bien, quand bien même toutes ces caractéristiques propres à l'art doivent être considérées comme lui étant des apports utiles. Le déficit éthique est trop visible dans cette tentative de penser le soin sur le modèle de l'art, qui n'avait comme visée que de montrer les insuffisances du modèle de la science. L'exploration du sentir comme approfondissement du

sujet¹⁶⁰ ne peut être compris uniquement sur un mode esthétique.

Les sciences sont indispensables, mais ce n'est pas elles qui sont en question ; c'est le modèle qu'elles proposent qui prétend aller de soi, alors qu'il ne va pas de soi, car il oblitère le champ de la pensée. Penser le soin à partir de sa quasi-nudité, de ce lien filiforme de l'Un à l'Autre, oblige à prendre le risque de déplaire à ceux qui, fascinés par la science, ne peuvent concevoir qu'elle soit réellement mise en question. Mais la valence positive de la science comme fait social et historique ne peut lui être attribuée sans qu'en soient explicitées les valeurs sous-jacentes ; et l'on pourrait poser la question, selon la forme devenue classique depuis Badiou, « de quoi la science est-elle le nom ? ». Il n'est pas certain que la réponse soit aussi évidente que ne le sont ses productions « evidence-based ».

Enfin, après s'être repenti de sa demande et être retourné, par la grâce généreuse du dieu Bacchus, à sa simplicité champêtre antérieure, Midas, à l'intelligence épaisse et terrienne (pingue ingenium), ne manque pas une occasion supplémentaire de manifester un manque de discernement lorsqu'il s'agit de départager le meilleur joueur de musique entre Pan et Apollon, Pan avec ses roseaux rustiques, Apollon et sa lyre sertie de pierreries et d'ivoire d'Inde. Contre l'avis du Mont sacré, le Tmolus, qui fait l'unanimité pour le dieu délien, Midas opte seul pour Pan, et contrarie par ce choix Apollon, qui l'affuble d'oreilles d'âne, lui signifiant qu'il ne sait pas *entendre*... Fasciné par la réussite, et manquant de goût, bon garçon mais restant au ras de la terre, Midas nous avertit à ses dépens que l'horizon de notre esprit doit être élargi pour choisir bien, pour agir bien et finalement vivre bien. La fascination pour l'or, ce métal qui est un reflet du soleil, propre par sa beauté et son inaltérabilité, à servir de parure et de trésor, est moins une condamnation de la richesse qu'une mise en garde contre l'inversion des fins et des moyens, et l'absolutisation de ces derniers : si ce qui doit servir à l'échange s'impose comme le désirable, la vie s'arrête. La rudesse des sens de Midas se manifeste à travers ses oreilles, qui sont moins une punition qu'un constat, le reste d'animalité dans l'homme, c'est-à-dire son assignation fixe à la nature, soustraite à tout raffinement possible.

Si le soignant ne veut pas ressembler à Midas, il lui faut peut-être inclure dans son bagage, professionnel le développement de l'esprit de finesse, d'une vision large et d'une capacité de suspension transcendantale... C'est la seule manière de s'orienter dans le penser, d'embrasser le ciel en gardant les pieds sur terre et d'être attentif à l'irréductibilité de l'Autre au monde. Les nombreux paradoxes que rencontre le soignant le feront peut-être chercher une « mout bele

¹⁶⁰ Pelluchon Corine, *Éthique de la considération*, Paris, Seuil, 2018, coll. points, p. 29

conjointure »¹⁶¹ des différents sens du « sens », une synthèse, jamais close, de la « sensation », de la « raison » et de la « signification ». La science du soin ne pourrait-elle pas devenir alors une « *gaya scienza* », qui ne verrait plus en Bacchus seulement un alcoolique, mais un bel ivrogne au passé vénérable ?

¹⁶¹ L'expression est de Chrétien de Troyes, dans *Érec et Énide*.

BIBLIOGRAPHIE

Livres

Aubenque Pierre, *La prudence chez Aristote*, Paris, 1963, PUF, coll. quadrige

Baumgarten Alexander Gottlieb, *Esthétique*, Paris, 1988, L'Herne

Benner Patricia, *De novice à expert. Excellence en soins infirmiers*, Paris, 2003, Masson

Boituzat François, article « Scientisme », in Lecourt Dominique, dir., *Dictionnaire d'histoire et de philosophie des sciences*, Paris, 2006, PUF, quadrige

Canguilhem Georges, *Le normal et le pathologique*, Paris, PUF, 1989, coll. quadrige

Durand Guillaume, Dabouis Gérard, *Philosophie du soin*, Paris, 2019, Vrin, coll. textes clés

Davy Marie-Madeleine, *La connaissance de soi*, Paris, 1992, PUF, coll. le philosophe

Duchamp Marcel, *Duchamp du signe*, Paris, 1995, Champs Flammarion

Fiat Éric, *Corps et âme*, Nantes, 2015, Éditions Cécile Defaut

Hempel Carl, *Éléments d'épistémologie*, Paris, 2002, Armand Colin, coll. cursus

Henderson Virginia, *La nature des soins infirmiers*, Paris, 1994, InterÉditions

Hesbeen Walter, *La qualité du soin infirmier. Penser et agir dans une perspective soignante*, Paris, 2002, Masson, 2^{ème} édition

Hippocrate, *L'art de la médecine*. Traduction et présentation par Jacques Jouanna et Caroline Magdelaine, Paris, 1999, GF Flammarion

Kandinsky Wassily, *Du spirituel dans l'art et dans la peinture en particulier*, Paris, 1985, Gallimard, coll. folio

Kant Emmanuel, *Critique de la faculté de juger*, Paris, 1985, Gallimard, coll. folio

Kuhn, T. S., *La structure des révolutions scientifique*, Paris, 1999, Champs Flammarion

Lalande André, *Vocabulaire technique et critique de la philosophie*, Paris, 1993, PUF, coll. quadrige

Lévi-Strauss Claude, *La pensée sauvage*, Paris, 1962, Plon, coll. agora

Merleau-Ponty, Maurice, *L'Œil et l'Esprit*, Paris, 1985, Gallimard, coll. folio essais

Ouaknin Marc-Alain, *Les Dix Commandements*, Paris, 1999, Seuil, coll. points

Pelluchon Corine, *Éthique de la considération*, Paris, 2018, Seuil, coll. points

Pépin Jacinthe, Kérouac Suzanne, Ducharme Francine, *La pensée infirmière*, Montréal, 2010, Chenelière Édition, 3^{ème} édition

Sokal Alan, *Pseudosciences et postmodernisme. Adversaires ou compagnons de route ?* Paris, 2005, Odile Jacob

Toulmin Stephen, *L'explication scientifique*, Paris, 1973, Armand Colin, coll. u-prisme

Revues/ressources webmatiques

Cartron Emmanuelle, Jovic Ljiljana, Lecordier Didier, « Sciences infirmières : une clarification s'impose », Recherche en soins infirmiers, [En ligne] 2016, consulté le 27 mars 2021, URL : <https://www.cairn.info/revue-recherche-en-soins-infirmiers-2016-4-page-6.htm>

Charles Daniel, « Éthique et esthétique dans la pensée d'Emmanuel Levinas », *Noesis* [En ligne], 3 | 2000, mis en ligne le 15 mars 2004, consulté le 05 août 2021. URL : <http://journals.openedition.org/noesis/12>

Folscheid Dominique, « La médecine comme praxis : un impératif éthique fondamental », Actes du colloque international *Sens et Savoir* à l'occasion du cinquantième de la revue, volume 52, n°2, juin 1996 [En ligne] Consulté le 12 mai 2021, URL : <https://www.erudit.org/fr/revues/ltp/1996-v52-n2-ltp2155/401007ar/>

Le Contrôleur général des lieux de privation de liberté, *Rapport 2016*, Dalloz, [En ligne], consulté le 15 août 2021, URL : http://www.cglpl.fr/wp-content/uploads/2016/05/CGLPL_Rapport-isolement-et-contention_Dalloz.pdf

Jeanguiot Nicole, « Des pratiques soignantes aux sciences infirmières », *Recherche en soins infirmiers* [En ligne] 2006, consulté le 27 mars 2021, URL : <https://www.cairn.info/revue-recherche-en-soins-infirmiers-2006-4-page-75.htm>

Loas G., « L'alexithymie », *Annales Médico-Psychologiques*, Revue Psychiatrique, Elsevier Masson, 2010, 168 (9), [En ligne], consulté le 18 août 2021, URL : <https://hal.archives-ouvertes.fr/hal-00690281/document>

Muglioni Jean-Michel, « Le principe téléologique de la philosophie kantienne de l'histoire », *Revue germanique internationale* [En ligne], 6 | 1996, mis en ligne le 09 septembre 2011, consulté le 04 août 2021. URL : <http://journals.openedition.org/rgi/585>

Nadot Michel, « L'articulation historiquement ancrée d'éléments sur lesquels repose notre discipline », *Recherche en soins infirmiers*, 2009/3 (n°98), p. 12 à 18, consulté le 20 mars 2020, URL : <https://www.cairn.info/revue-recherche-en-soins-infirmiers-2009-3-page-12.htm>

Nadot Michel, « L'enseignement des sciences infirmières : une discipline inaudible à géométrie variable », *Recherche en soins infirmiers*, 2014/4, n° 119, p. 75 à 84, consulté le 20 mars 2020, URL : <https://www.cairn.info/revue-recherche-en-soins-infirmiers-2014-4-page-75.htm>

Pirard Virginie, « Qu'est-ce qu'un soin ? Pour une pragmatique non vertueuse des relations de soin », *Esprit*, janvier 2006, [En ligne] consulté le 27 juillet 2021, URL :

<https://esprit.presse.fr/article/pirard-virginie/qu-est-ce-qu-un-soin-pour-une-pragmatique-non-vertueuse-des-relations-de-soin-13357>.

Annexe

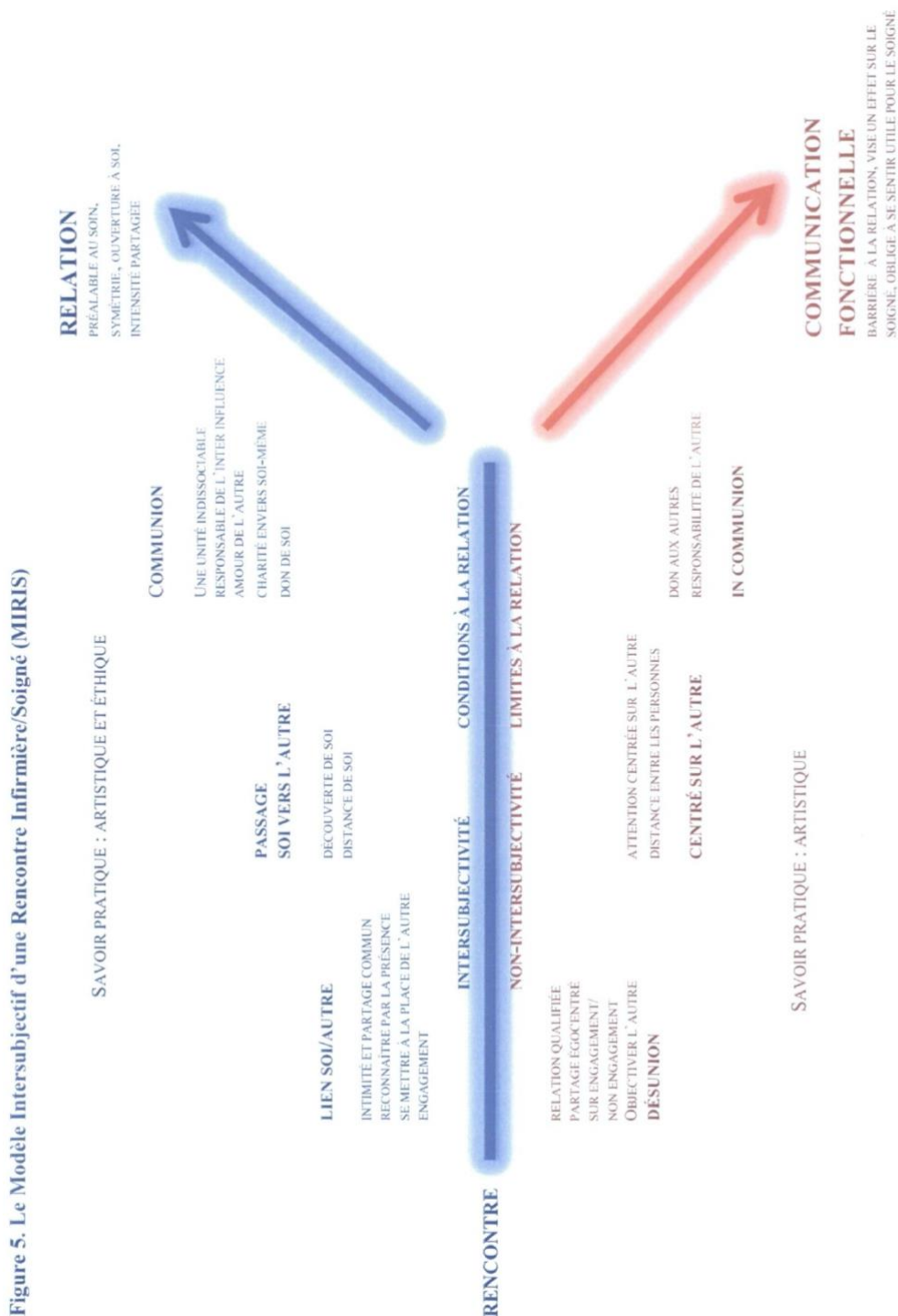


Schéma MIRIS élaboré et présenté dans le cadre de la thèse en sciences infirmières de Mme Chantal VERDON,
La nature, les conditions et les limites de la relation infirmière/soigné selon la notion d'intersubjectivité chez Gabriel Marcel,
 Thèse présentée à la Faculté des études supérieures et postdoctorales de l'Université Laval dans le cadre du programme de doctorat en sciences infirmières pour l'obtention du grade de Philosophiae Doctor (Ph. D.), en 2012

Résumé

La science structure le monde moderne, et plus particulièrement la médecine. Mais qu'en est-il du soin ? Les sciences infirmières affirment que le soin est en train de devenir scientifique. Pour autant, les sciences infirmières étant elles-mêmes en construction, on peut se demander quelle est la nature exacte de ces sciences infirmières, et quelle est leur portée : sont-elles des sciences, et garantissent-elles la pratique d'un bon soin ? A l'examen, il est possible de dire que les sciences infirmières ne sont pas *infirmières* quand elles sont des sciences, et ne sont pas des *sciences* quand elles sont infirmières. Le soin ne doit pourtant pas rester orphelin. Il a certes des points communs avec l'art, mais cette parenté ne peut, pas plus que la science, le définir en tant que tel. Il faut alors se tourner vers la philosophie pour rendre perceptible la simplicité *essentielle* du soin, que l'on peut identifier comme étant la *présence continue* auprès de la personne souffrante ou vulnérable. C'est à partir de cette *essence du soin* qu'il deviendrait possible de penser les multiples actes que l'on appelle soins, « faire de soins », dont l'attitude éthique constituerait l'axe, le pivot, que ni la science ni l'art ne garantissent. Alors science et art peuvent dévoiler leur utilité pour le soin.