



HAL
open science

倫理的ケアの関係はありうるのか Ⅷ レヴィナスとともにケアを 考える

Flora Bastiani

► To cite this version:

Flora Bastiani. 倫理的ケアの関係はありうるのか Ⅷ レヴィナスとともにケアを考える. Masumi Nagasaka; Yotetsu Tonaki; Yasuhiko Sugimura. 個と普遍 Ⅷ レヴィナス哲学の新たな広がり, Hosei University Press, 2022. <halshs-04270835>

HAL Id: halshs-04270835

<https://shs.hal.science/halshs-04270835>

Submitted on 17 Dec 2023

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.

Copyright

Bastiani, F. (2022). « 倫理的ケアの関係はありうるのかーレヴィナスとともにケアを考える (Peut-il y avoir une relation de soin éthique ? Penser le soin avec E. Levinas) » (traduction). Dans Y. Sugimura, Y. Tonaki et M. Nagasaka (dir.) 個と普遍ーレヴィナス哲学の新たな広がり (Le singulier et l'universel. Une nouvelle diffusion de la philosophie de Levinas), Hosei University Press, p. 175-209.

Emmanuel Levinas n'est pas spécifiquement un penseur du soin et il n'a pas d'ouvrages dédiés à cette question. Ses propos sur la médecine sont plutôt rares et épars. Alors pourquoi nous intéressons nous à réfléchir à un lien que l'auteur n'a pas clairement posé ?

Parce que Levinas est un philosophe qui s'intéresse à la relation du sujet avec autrui. Il se demande ce qui se passe parfois lorsque je rencontre autrui. Parfois parce que ce n'est pas à tous les coups, mais seulement parfois, quelque chose émerge dans la relation qui ne ressemble pas aux autres relations ou qui ne ressemble pas aux attendus habituels d'une relation. C'est cette modalité spéciale qu'il appelle éthique. L'éthique ne vient pas de nulle part, mais de notre relation avec l'hétérogénéité d'autrui. Donc on voit souvent autrui comme le même que tous les autres êtres humains, et parfois on est touché par sa différence. Et cette différence selon Levinas se manifeste à travers une faiblesse, une fragilité particulière.

Là où on pourrait dire que la question du soin prend sens lorsqu'on lit Levinas, c'est précisément lorsqu'on pense à la relation de soin qui peut être vue comme une relation de pouvoir parce qu'elle met en lien une personne malade et une personne soignante. Or on se demande lorsqu'on lit Levinas si la différence qui ouvre l'éthique pourrait avoir une place dans la relation de soin.

Le soin peut s'appréhender dans son aspect technique et dans son aspect non-technique. Les aspects non-techniques renvoient aux qualités de communication, de relation ou encore

d'empathie que les soignants peuvent avoir envers les personnes soignées. En recherche des efforts sont faits pour penser les compétences non techniques dans le soin. Et des moyens sont imaginés pour former les soignants à ces compétences non techniques. Par exemple, des études portent sur l'annonce de mauvaises nouvelles (avec l'analyse du discours) ou l'interaction au sein de l'équipe (notamment avec l'observation de simulation de situations de crise).

D'un autre côté, l'évolution du cadre de loi en France fait signe vers un idéal d'inclusion du patient dans le projet de soin. Beaucoup de travaux se concentrent sur l'idée d'un patient qui deviendrait le partenaire du soignant, au sens où chacun (patient et soignant) aurait sa propre compétence et pourrait enseigner quelque chose à l'autre. L'importance donnée au consentement, l'accès au dossier médical ou encore le droit à l'ignorance du diagnostic, qui ont évolué en France notamment depuis 2012, montrent une volonté de lutter contre ce que l'on désigne comme le paternalisme dans les soins – c'est-à-dire la position dominante du médecin ou du paramédical qui pourrait imposer le soin comme il l'entend sans prendre en compte l'avis du patient. Dans ces travaux de recherche concernant les compétences non techniques et l'importance de la place du patient, il y a donc l'idée d'un rééquilibrage des positions et l'évolution contre la possibilité d'un rapport inégal face au projet de soin, une appropriation du soin par la personne concernée.

Lorsqu'on évoque le consentement, le paternalisme ou l'autonomie, on évoque des éléments qui forment la relation de soin en ouvrant des droits et des devoirs pour le soignant et pour le patient. Mais précisément cette relation ne relève pas d'une technique de soin et s'appuie principalement sur des questions liées à la communication. Dans cette conférence, l'objet sera de réfléchir à ce qui rend impossible ou possible le fonctionnement opérant de ces aspects non techniques de la prise en soin. Qu'est-ce qui les rend fonctionnels ou non ? Autrement dit, est-ce que cette visée ou cette forme d'idéal qui consiste à donner une place d'égalité au soignant et à la personne soignée peut fonctionner ? On pourrait penser que c'est la particularité de l'humain de rater sa communication, et donc de rechercher des voies pour l'améliorer, pour la rendre moins ambiguë, plus explicite et donc plus efficace. Cependant une telle vision reste superficielle et on peut se questionner sur ce qui conduit à cette situation : de quelle manière la relation de soin rate-t-elle ou réussit-elle ? et pourquoi dans ces circonstances on peut croire qu'elle pourrait ne pas rater ? Pour le dire d'une manière plus précise : notre question portera sur ce que j'identifie comme la quête d'une symétrie dans la relation de soin, c'est-à-dire sur cette volonté de clarifier la relation en vue de la défaire de ses faiblesses et de faire du patient un partenaire dans le projet de soin.

Une préoccupation traverse la majorité des textes et des études sur les soins : comment mieux soigner l'humain ? C'est loin d'être une question originale, la distinction entre le *cure* et le *care* est déjà ancienne dans la littérature sur la théorie du soin. Aussi, mon intention n'est pas de réexaminer cette distinction entre technique et non-technique. Mon intention générale est plutôt d'établir un échange entre des pratiques soignantes et la lecture théorique qui peut en être faite, non pas avec la visée de « mieux soigner l'humain » mais avec la visée de comprendre sur quoi repose cette idée du « mieux » : pourquoi y aurait-il un possible « mieux » dans le soin concernant spécifiquement la relation ? C'est-à-dire pourquoi le soin serait améliorable par la qualité de la relation soignant-soigné ? Est-ce que cela veut dire qu'on attend des soignants qu'ils soient sympathiques ? Est-ce qu'on espère qu'ils pleurent avec nous, qu'ils compatissent

voire qu'ils aient de la sollicitude ? Et est-ce qu'une telle attente peut être intégrée dans la fonction de soignant ? Cette idée d'amélioration de la relation de soin, nous amènera à nous demander sur quoi est fondée cette perspective du « mieux » de la relation et, finalement, si une relation de soin a véritablement lieu ou non, et si non, qu'est-ce qui se passe entre la personne soignée et le soignant ?

Je souligne deux choses : tout d'abord il s'agit d'une réflexion exclusivement théorique, sans aucune visée pratique ; deuxièmement il n'y a pas dans mes propos une critique des pratiques de terrain mais seulement une mise en perspective de la production théorique qui est actuellement produite en France.

Pour réfléchir à ces questions, je m'appuierai sur deux textes d'Emmanuel Levinas : celui qui est publié dans *Entre nous*, « Diachronie et représentation » (issu d'une conférence de 1985) – plus précisément la partie 5 de ce texte intitulée « Pur futur » - et le texte qui a été rédigé comme préface au livre *Soigner le grand âge* de Renée Sebbag-Lanoë (publié en 1992). Tout cela avec l'idée de réfléchir à ce que signifie être ensemble, être auprès de l'autre ou le soigner.

Dans *Soigner le grand âge*, Renée Sebbag-Lanoë commence par évoquer ce qui l'a poussée à l'écriture, à savoir les remarques dubitatives de son entourage à propos de son métier de gériatre. Elle rapporte qu'on lui demande souvent « Mais qu'est-ce que tu peux bien faire avec tous ces petits vieux ? »³⁷. C'est-à-dire que le rôle du soignant serait difficile à penser auprès des personnes dont le rétablissement n'est plus envisageable, qui sont en fin de vie. C'est une situation qui met en avant l'idée de *care*, c'est-à-dire l'aspect relationnel et affectif du soin. Dans sa préface à cet ouvrage, Levinas relève ce qui l'a frappé dans la description de cette pratique de la gériatrie : « un lien de solidarité familiale et presque d'attachement à des visages, à des gestes, à des jeux et à des musiques – attestant proximité et parenté ».

Puis il poursuit :

« Visage et geste aussi de solidarité morale, comme si, ici, le retour à la santé signifiait, avant tout, la rupture avec la condition abstraite et anonyme de chose quelconque, d'un pur objet, d'un « quelque chose en général ». C'est dans le retour aux autres « tout proches » et, plus généralement, dans la participation aux affaires humaines et jusque dans le souci d'un « cadre humain » où véritablement « on est reçu », que le grand âge retrouve une présence. »³⁸

A première vue, on pourrait penser que ce qu'exprime ici Levinas est en accord avec la recherche d'une symétrie telle que nous l'avons évoquée plus tôt. Cependant dans son propos, l'accent est mis sur la proximité en opposition avec l'objet qui n'aurait lui pas de proximité. Autrement dit nous sommes là, sur la terre, mais ce « là » ne suffit pas à accéder à l'humanité, c'est-à-dire l'épaisseur personnelle du sens dans l'existence. On pourrait dire que l'objet est dans une dimension sans épaisseur, en même temps proche de rien et éloigné de rien puisqu'il est de plain pieds dans le « quelque chose en général ». On pourrait donc d'abord penser que l'état de « pur objet » ou de « quelque chose en général » qui élimine toute la singularité d'une

³⁷ Renée Sebbag-Lanoë, *Soigner le grand âge*, Paris, Desclée de Brouwer, coll. « Epi/Intelligence du Corps », 1992, p. 11.

³⁸ Renée Sebbag-Lanoë, *Soigner le grand âge*, op. cit., p. 9-10.

personne est bien ce à quoi s'oppose une relation de soin – c'est-à-dire une mise en jeu de qualité humaine du soignant cherchant à donner une place à la personne soignée.

La personne soignée et le soignant ne partagent pas le même état. Il est habituel dans la littérature sur le soin de relever la séparation entre eux comme émanant de la manière de traiter cette différence d'état. On trouve des considérations s'appuyant sur le fait que le soignant est debout tandis que la personne soignée est couchée. Cette différence de position indiquerait une dissymétrie à corriger par exemple en s'asseyant sur le lit pour être à la même hauteur que le patient.

Il y a eu aussi beaucoup de communication en France, sur le fait que le patient puisse arriver debout au bloc opératoire, dans certains services hospitaliers, qu'il ne soit ainsi plus dans la posture passive d'« être emmené », mais qu'il soit actif et qu'il participe au projet sur lequel il s'est mis d'accord avec le soignant : ce dispositif est alors explicitement décrit comme une manière de rendre l'arrivée au bloc « plus humaine » (et les enquêtes de satisfaction montrent une appréciation positive de la grande majorité des patients qui sont arrivés debout au bloc).

Cette description – lui couché, moi debout – reprend une scène visible sans analyser son soubassement. Le fait de s'asseoir sur le lit afin de se placer à la même hauteur que le malade, ne paraît pas être un correctif de fond, c'est-à-dire une intervention sur le fondement de l'éventuelle relation, mais un dispositif superficiel et qui insiste sur une compréhension superficielle de la relation dans le sens managérial de la gestion de relation. On a à faire avec la mise en scène de l'humanisation du soin à travers une gestuelle explicite de ce qui apparaît comme l'autonomie, la proximité, l'humanité. On voit comment cette tendance managériale de la relation soignant-soigné s'appuie sur des images et des termes qui renvoient à l'éthique sans pour autant en endosser leur sens complexe.

Une autre manière qui apparaît pour parler de cette différence d'état entre la personne soignée et le soignant dans les textes s'inspire directement de la pensée de Levinas en reprenant ses propos, mais au sens littéral : le visage de l'autre exprime la souffrance et j'ai le devoir de l'aider. Dans ce cas, comme dans les précédents, on s'attaque directement à la nuance entre le manifeste et le non-manifeste : le visible, le descriptible et donc le compréhensible occupent alors la place déterminante dans le fondement du devoir et de la responsabilité. Cela présente le risque de rendre compte de la responsabilité en rapport à une souffrance *manifestée*. D'une part ce n'est clairement pas le propos d'Emmanuel Levinas et d'autre part ce critère s'inscrit encore une fois dans la considération pour la symétrie et la dissymétrie. Rappelons que le visage de l'autre chez Levinas n'exprime pas de souffrance dans sa plasticité : il n'est même pas un visage au sens propre. La souffrance effective, visible, non-ambiguë, peut sans doute renseigner sur beaucoup mais ce n'est pas elle, de manière directe, qui ouvre la scène éthique. La manifestation, la présentation ou la représentation, ne permettent pas de s'orienter vers le fond de la question posée par l'idée de relation.

La souffrance au sens clinique est évaluée selon des échelles : elle peut l'être à l'aide de l'échelle visuelle analogique (EVA), c'est-à-dire la règlette d'autoévaluation (avec les petites têtes qui sourient ou qui pleurent), mais aussi pour les personnes non-communicantes avec des échelles de critères par exemple ECPA (Évaluation Comportementale de la Douleur chez la Personne Âgée) qui permet d'orienter l'observation sur des critères précis comme l'expression

du visage lors des soins ou la position spontanée. La difficulté que posent ces outils et les considérations pratiques qu'ils portent avec eux est qu'ils reposent sur la bonne volonté, la volonté compatissante à remarquer la douleur d'autrui, à y être attentif, à l'évaluer cliniquement et à la prendre en charge. Or tout cela peut produire l'effet inverse : au lieu de considérer autrui pour lui-même, avec ces outils d'évaluation, il s'agit alors de traduire sa situation particulière dans des éléments de références universelles, interchangeable. On pourrait dire alors qu'il s'agit plus de traduire l'autre dans des termes compréhensibles, que de l'entendre et de le voir pour ce qu'il est. La traduction de la douleur d'autrui ne contient alors pas la douleur d'autrui mais ouvre la possibilité d'agir, c'est-à-dire la possibilité d'un protocole de soin. Autrui, à travers l'apparaître de sa douleur, est d'une certaine manière évacuée.

Ainsi l'ambiguïté émerge d'une tension entre deux volontés contradictoires : d'un côté, la visée de l'abolition d'une différence entre soignant et soigné dans l'accès au projet de soin, et d'un autre côté l'impossibilité d'établir une indifférence d'accès à ce projet liée à l'impossibilité d'évacuer la différence. Dans les approches que je viens de décrire, on retrouve un trait commun : celui d'aller à l'encontre de l'asymétrie, de se mettre à la hauteur du patient pour l'accompagner, d'entendre et de traduire ce qu'il exprime pour fonder le soin sur sa demande ou son expression. Dans cette recherche vers la symétrie, nécessaire au soin, on omet qu'il y a deux dimensions en jeu : il y a la dimension d'une vie sociale dans le soin qui force l'intimité du patient à se dévoiler, même avec un consentement - l'intégrité corporelle y est effectivement transgressée, mais la force des codes sociaux peut nous convaincre de supporter cette transgression « pour notre propre bien » ; une autre couche de l'expérience, plus profonde, relève de la vie subjective et de l'impossibilité à s'exposer même en le décidant. Cette deuxième couche c'est celle qui n'est pas seulement asymétrique mais qui est aussi diachronique : c'est-à-dire que l'hétérogénéité spatiale et redoublée par une hétérogénéité temporelle. Une telle radicalisation de la différence conduit à situer chacun des acteurs de la scène de soin dans des mondes différents, dans des plans temporels différents de relation avec la différence de l'autre, et qui échappent à toute possibilité de traduction.

La quête de synchronie apparaît comme un véritable effort pour rétablir une forme d'équilibre dans la relation : prendre le temps de s'expliquer pour être compris au mieux, s'adapter au niveau de langage, donner une information claire et loyale, écouter les doutes et les craintes afin d'y répondre... encore une fois tout cela vise à inclure le patient dans son propre protocole de soin. Cependant une telle inclusion repose sur la mise en scène d'une relation équivalente à l'approche théorique du soin.

L'ensemble des outils à sa disposition conduisent le professionnel à croire en la synchronie, c'est-à-dire à penser qu'il peut être dans une relation réussie avec l'autre parce qu'il saurait où l'autre se situe, ce qu'il en est le lui. Dans ce sens on a le cas particulier de la contention, où le geste technique d'attacher une personne pour sa protection (qu'il s'agisse de l'attacher physiquement à un lit, à une chaise, à un fauteuil roulant ou de contraindre ses capacités de manière chimique) paraît équivalent à l'obliger à se situer à l'endroit voulu, là et pas ailleurs. En sorte que le soignant acquiert par son geste un contrôle sur la situation et la capacité du patient. Cependant un tel contrôle ne peut encore une fois renvoyer qu'à une dimension superficielle de l'exister du patient, et il peut conduire le soignant à devenir le gardien du patient

dans un sens non moral mais exclusivement technique, en sorte qu'il se restreindrait lui-même à la seule dimension d'agent de l'institution.

L'idée d'un projet commun entre la personne soignée et le soignant se heurte à l'incompatibilité incompressible que cette synchronie recherchée entretient avec la diachronie qui fonde la rencontre. Ainsi si l'on s'intéresse à la question de la temporalité dans les soins, il apparaît que la possibilité d'une relation devient plus complexe : non seulement l'établissement d'une relation ne va pas de soi, mais elle va peut-être même à l'encontre du but explicitement posé d'« humaniser les soins ».

Le soin apparaît comme un impossible partage, une ouverture qui ne peut souvent s'ouvrir que comme une fermeture – qui dévoile l'impossibilité de dévoilement. L'utilité du geste de soin, sa recherche d'efficacité, peut rarement laisser au clinicien l'accès à cette dimension, car la question centrale de la symétrie y perd tout son sens, et le constat ne semble pouvoir être que celui d'un échec de la rencontre. A chaque fois la rencontre est ratée, soit par la recherche excessive de communauté, soit par la réduction de l'autre à l'objet. A ce point, et dans les deux cas, le point de butée n'est pas seulement la symétrie mais la synchronie qu'elle sous-entend – autrement dit la recherche d'une action qui soit sur le même plan pour la personne soignée et la personne soignante conduit à contourner la singularité étrangère de chacun l'un pour l'autre. Car prendre la différence entre le soignant et le soigné uniquement pour une asymétrie, c'est supposer que tous les deux existent en même temps, au même endroit, ensemble ou qu'ils peuvent le faire en améliorant l'« humanité » dans le soin. Ce déséquilibre pourrait être modifié en apportant le bon correctif. C'est supposer une synchronie qui les unisse dans un plan temporel commun.

Est-ce qu'une relation de soin peut émerger si l'on relève le sens d'une disposition diachronique de l'origine de l'éthique et de la responsabilité à faire face à la douleur d'autrui ?

J'arrive enfin au texte « Diachronie et représentation ». Voici quelques questions que pose Levinas :

« Faut-il encore appeler cette non-indifférence de la responsabilité pour autrui du nom de *relation* ? Alors que les termes de toute relation sont déjà – ou encore – dans l'idéalité du système, simultanés ? Et la dia-chronie (...) ne se trouve-t-elle pas irréductible à toute corrélation noético-noématique de par la concrétude de la responsabilité de l'un pour la mort de l'autre ? »³⁹ .

Dans le premier texte que j'ai cité, le thème de la santé est lié à celui de la proximité : or lorsque Levinas parle de proximité il renvoie d'abord à la rupture, car la séparation diachronique entre les sujets fonde toute possibilité d'une proximité. Celle-ci n'est pas une entrée dans un plan indissociable ou égal, une entrée dans une symétrie ou une synchronie, mais au contraire la possibilité de prendre une place qui commence avec la reconnaissance de la différence – que Levinas appelle ici non-indifférence.

Ce couple indissociable différence/proximité suppose la possibilité d'un lien fraternel ou un lien de communauté entre des sujets donc l'unicité s'exprime dans des temps différents. On

³⁹ *Entre nous*, « Diachronie et représentation » p. 180.

peut donc se demander comment cette « sphère intermédiaire » entre deux personnes séparées peut s'établir. Et dans « Diachronie et représentation » vient cette non-indifférence qui décrit une forme de contact dans laquelle il n'y a pas d'objectivation, pas de traduction de l'attitude implicite ou explicite de l'autre, pas de compréhension. Mais Levinas met en regard deux versions du contact qui nous intéressent ici : la relation, et un autre chose que la relation, qu'il appelle ici diachronie, mais qui pourrait aussi être désigné par éthique.

D'après Levinas, « les termes de toute relation sont déjà – ou encore – dans l'idéalité du système, simultanés ». Ce que nous avons relevé comme des éléments de symétrisation se retrouve ici comme recherche de simultanéité – équivalente à la synchronie déjà évoquée mais soulignant la dimension temporelle. Le terme même de relation porterait avec lui cette visée d'être-avec superficiel, mettant de côté l'impossibilité à être sur le même plan qu'autrui. La modalité temporelle, qui sépare mon présent de la présence d'autrui peut s'entendre comme une différence de perspective, mais il s'agit surtout pour moi d'être en quelque sorte « mise à ma place » par cette différence irréductible : nous ne sommes pas ensemble, mais l'impénétrabilité de la différence d'autrui me permet d'être auprès de lui – dans la proximité.

Concernant la scène de soin, on peut dire que le sujet concerné par les soins et les soignants (on pourrait ajouter la famille) n'existent pas dans une unique temporalité, mais dans plusieurs temporalités distinctes, avec des rythmes différents. Je ne dis pas, évidemment qu'il y a un temps des malades, un temps des familles et un temps des soignants. Mais que pour chacun, il y a d'une part une construction personnelle de son rapport au monde avec une modalité temporelle qui lui est propre, et d'autre part une situation temporelle de chacun dans son rapport à la limitation qui lui est imposée par l'autre de manière impénétrable – c'est-à-dire que la finitude subjective se double du rapport avec l'infini ouvert par l'altérité d'autrui en moi.

A propos de la proximité reposant sur la non-indifférence, Levinas doute donc qu'on puisse l'appeler *relation*. En effet la relation, en relevant d'une synchronie, ne pourrait pas être éthique. Ce partage entre une quête de synchronie et une diachronie imposée par autrui, implique un partage déterminant deux couches qui paraissent difficilement conciliables.

Dans la recherche d'un bien collectif, la société pose des cadres ou des règles, en vue de ce qui paraît être le plus équitable pour l'ensemble des patients et pour les professionnels de santé. Par exemple, l'empathie telle qu'elle est enseignée dans les Instituts de formation en soins infirmiers est expliquée comme une posture professionnelle visant une forme de bienveillance envers le patient, tout restant sur la réserve, c'est-à-dire en gardant une limite dans l'implication auprès du malade. Avec l'empathie il y a la recherche d'un regard extérieur, neutre : je peux écouter le patient, mais en n'étant pas personnellement touché ou impliqué dans son récit. C'est donc une stratégie relationnelle dans laquelle la personne soignée est objectivée. Avec la posture empathique, je peux soigner quelqu'un que je pourrais détester, en adoptant une attitude neutre à son égard. C'est-à-dire que l'empathie me permet de traiter tous les patients de la même manière, et donc de manière équitable, parce qu'il s'agit d'être en dehors d'une relation éthique et plutôt dans la visée du partage d'un bien pour tous. Mais là aussi, en codifiant le soin de manière à homogénéiser les pratiques, le risque est fort de laisser de moins en moins l'espace d'une possible relation humaine autrement dit d'une rencontre dans un sens éthique. Le fait de décrire une posture professionnelle de principe (c'est-à-dire une posture professionnelle en

dehors de toute situation particulière de terrain) paraît avoir pour but de réguler les relations humaines « naturelles » c'est-à-dire les relations. Donc l'empathie semble vouloir mettre à part les relations de soins en les extrayant des relations par exemple de sympathie, mais aussi de l'antipathie que l'on pourrait avoir pour autrui. Cette intervention institutionnelle, qui est évoquée chez Levinas sous la désignation du Tiers, ne peut pas s'inscrire dans l'optique éthique dans la mesure où elle ouvre la sphère de la société intersubjective de l'intime, en l'exposant à une société d'échelle politique.

Lorsque Levinas questionne : « la dia-chronie (...) ne se trouve-t-elle pas irréductible à toute corrélation noético-noématique de par la concrétude de la responsabilité de l'un pour la mort de l'autre ? », on peut voir comment le nouage de la responsabilité pour la mort de l'autre met en évidence la limitation de mon temps par l'autre : lorsqu'autrui est mourant son existence me reste inaccessible mais sa mortalité peut me préoccuper. En revanche, je peux être frappée par l'impossibilité d'être ensemble, en même temps. Je ne peux pas mourir à la place de l'autre, comme je ne peux pas vraiment mourir avec l'autre. Je ne peux qu'être dans la proximité du mourant, c'est-à-dire dans une proximité que je n'ai pas moi-même choisie ou ouverte mais vers laquelle je suis amenée à me situer auprès d'autrui – ma responsabilité pour lui m'oblige à cette situation auprès de lui, dans une proximité qui équivaut à une confrontation à la diachronie. L'hétérogène (ou l'altérité) limite mon temps à ma présence et en même temps m'ouvre la proximité telle qu'elle m'est donnée et sur laquelle je n'ai pas de prise. Ce temps qui permet la proximité m'est livré sans que je puisse le comprendre : dans une telle description de l'éthique, on ne peut pas trouver ni critère de jugement d'une attitude, ni visée de performance, telles que les protocoles de soin et le fonctionnement institutionnel l'attendent.

Conclusion

Chez Levinas, la responsabilité du soignant pourrait se rapprocher du fait de ne pas pouvoir abandonner autrui à la mort, de ne pas le laisser mourir seul. Pourtant dans cette idée, on retrouve une confrontation à la fragilité d'autrui qui ne peut pas trouver de recours dans le savoir ou dans la clinique mais seulement dans l'épreuve intime de la différence d'autrui : on peut souligner que l'implication de cette compréhension est que celui qui ne laisse pas l'autre seul devant la mort, fait personnellement l'épreuve du mourir de l'autre. C'est à la fois la détresse du mourant dont il ne peut se détourner, et sa propre détresse qu'il a à affronter. Cette implication dans le devenir et le mourir d'autrui n'est non seulement pas réservée à la sphère du soin, mais, dans un autre sens, croire qu'elle est liée à la professionnalisation du soin c'est rendre la tâche du soignant véritablement impossible. Dans la littérature, la valeur ajoutée de la prise en soin non technique apparaît finalement au cœur d'un métier sans pouvoir être mentionnée dans son référentiel de tâches (dans la liste des actes que le professionnel a à accomplir). Comme si cette qualité personnelle, cette aptitude à l'approche d'autrui, était un impératif impossible non seulement à transmettre mais aussi à évaluer.

Beaucoup d'éléments de la littérature produite à propos des soins qui laissent penser que l'éthique devrait être une mission des soignants, qui serait inhérente aux professions de santé et d'ailleurs Levinas est parfois convoqué pour justifier cette tendance. On trouve par exemple l'idée d'un management éthique, d'une prise en charge éthique en santé, qui sont décrits comme

émanant de la fonction même du soignant. Mais au fond, si on pense à l'éthique de Levinas, il est loin d'être facile d'associer l'éthique à une mission donnée et ordonnée par une institution. Bien que, lorsqu'on parle d'éthique, on parle bien d'un devoir, il est toujours lié à une obligation devant un autrui et pas à un principe général, comme le principe de bienfaisance. Autrement dit, l'éthique pour Levinas est issue d'une rencontre, qui ouvre une dimension inhabituelle de la relation, mais cette modalité de rencontre ne peut pas être systématisée, ni rendue obligatoire par une quelconque charte. L'éthique est l'affaire d'une relation d'exception. Il s'agit de se rendre compte que l'état ou le devenir de cet autrui me concerne. Finalement la prise en soin dans le cadre institutionnel correspond bien chez Levinas à celle de la sphère politique où chacun n'est pas particulier mais interchangeable, grâce aux critères communs qui permettent à la fois le diagnostic et la définition d'un protocole. Pourtant, dans ce cadre institutionnel pèse l'attente d'une rencontre éthique, là où il ne peut y avoir qu'exceptionnellement une rencontre. Les pensées de la sollicitude et de la quête d'une humanité dans les soins apparaissent comme une volonté de faire entrer l'éthique dans le politique, là où précisément l'échelle de considération ne le permet pas.

Pour reprendre la question de départ : la relation de soin est possible, mais elle ne peut pas être confondue avec un lien éthique avec autrui. La compétence non technique dont nous avons parlé n'est pas une compétence à part de la technique puisqu'elle opère avec une même visée – notamment celle de l'efficacité. C'est cette visée qui met l'amélioration au cœur de la réflexion sur les soins : une visée d'efficacité, d'aboutissement, de résultat. Or cette visée pose la condition de ne pas se confronter à l'impossibilité de la diachronie instaurée par l'altérité de l'autre. Pour penser atteindre autrui, je ne peux pas passer par le soubassement de ce qui nous sépare : la diachronie ou alors la relation s'évanouit. Et en même temps, en oubliant cette diachronie, la relation court le risque de perdre son sens.

L'ensemble de cette réflexion conduit à penser la place octroyée au soignant à l'intérieur de l'institution et dans la société comme une place intenable, au sens où, la production théorique présente le soignant à la fois comme agent de l'institution et obligé à une implication éthique par devoir, non pas vis-à-vis d'autrui, mais vis-à-vis de l'institution. Il importait donc de préciser, dans un sens levinassien, que de telles attentes sont impossibles et contradictoires sur un plan théorique. Cependant le terrain n'est pas la théorie et l'observation des pratiques effectives permet de voir émerger des formes d'invention des soignants permet de résister aux impératifs institutionnels de lissage des relations, notamment par la ritualisation de certains actes de soin qui introduit du sens par l'imagination dans les relations en santé⁴⁰.

⁴⁰ On peut citer à titre d'exemple l'opération « hôpital des Nounours » qui est organisée régulièrement par les étudiants de médecine de France et qui consiste à inviter des classes de jeunes enfants (entre 3 et 7 ans) à l'hôpital accompagnés de leurs doudous afin d'exercer des actes médicaux sur les doudous (injections, imagerie, pose de plâtre etc) en dehors de tout soin pour les enfants. Ce type d'opération a été inaugurée en Allemagne sous le nom « Teddy bear hospital ».