



HAL
open science

L'émotion des soignants : point de vue philosophique

Julie Henry

► **To cite this version:**

Julie Henry. L'émotion des soignants : point de vue philosophique. Jusqu'à la mort accompagner la vie, 2024, 2024/4 (159), pp.63-74. <10.3917/jalmalv.159.0063>. <halshs-04873789>

HAL Id: halshs-04873789

<https://shs.hal.science/halshs-04873789v1>

Submitted on 25 Feb 2025

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 CC BY-NC 4.0 - Attribution - Non-commercial use - International License

L'émotion des soignants : point de vue philosophique

Julie Henry, Maître de conférences en Philosophie, École Normale Supérieure de Lyon

Pour citer cette publication : « L'émotion des soignants : point de vue philosophique », Julie Henry, *Jusqu'à la mort accompagner la vie*, 2024, 2024/4 (159), pp.63-74. (10.3917/jalmaalv.159.0063)

Les professions de soins sont à la fois socialement instituées et personnellement incarnées : on ne peut pas me demander d'être simplement une posture professionnelle dont je pourrais me départir à la fin de la journée comme on ôte un vêtement ; on ne peut pas non plus me demander d'être un exécuteur de tâches comme un robot : je mets quelque chose de moi dans ma pratique et c'est cela qui est affecté dans le soin.

Un affect : ce qui relève de moi et ce qui relève de la situation

Que peut donner à voir et à comprendre la philosophie sur les émotions, et tout particulièrement sur les émotions des soignants, à savoir des professionnels du soin et de l'accompagnement, soin et accompagnement qui consistent en une pratique à la fois socialement instituée et personnellement incarnée ? Selon Spinoza (philosophe des affects s'il en est !), un affect est avant tout une idée *complexe* (i.e. très composée, mais aussi dont les composants sont très intriqués les uns avec les autres). Ainsi, un affect dit quelque chose de moi et quelque chose de la situation dans laquelle je suis. Quelque chose de moi car – nous y reviendrons plus précisément lorsque nous parlerons du point de vue soignant dans l'affect – une autre personne aurait été différemment affectée par la même situation : quand je suis en relation, c'est *moi* qui y suis, avec mon histoire, mes valeurs, mes représentations, mes idéaux aussi. Mais également *quelque chose* de moi car j'aurais moi-même été différemment affecté par la même chose dans le passé, de même que j'en serai différemment affecté à l'avenir : nous évoluons, nous nous forgeons une idée de ce que nous sommes et de ce que nous souhaitons (ou non) au fil de nos expériences de vie et de nos rencontres.

Nous sommes des êtres en mouvement et ce qui nous arrive n'est pas anodin pour nous, ne glisse pas sur nous comme une goutte d'eau sur un vêtement imperméable. Mais il y a *aussi* (et c'est important de se le rappeler dans un milieu où nous avons tendance à trop *subjectiver* les émotions) quelque chose de la situation dans une émotion : ce que l'on éprouve dit quelque chose de ce que l'on nous fait vivre, les émotions des soignants disent quelque chose de ce que leur renvoient les attentes, les demandes, les exigences, les comportements, les revendications de la société à leur égard. En cela, les émotions sont partie prenante de la réalité : il est intéressant d'y prêter attention et de les analyser non seulement par égard pour les personnes qui les éprouvent, mais aussi pour comprendre la réalité dans laquelle nous sommes, voire le tour qu'est en train de prendre la société dans laquelle nous vivons mais que nous contribuons aussi à façonner (et en cela, je crois que la souffrance au travail en dit particulièrement long aujourd'hui...).

L'affect est donc une idée complexe, entremêlée d'éléments provenant de la situation que je vis et d'autres issus de ce que je suis au moment où je suis affecté. Mais ce n'est pas tout : une émotion n'est pas seulement éprouvée (voire subie), elle est aussi agissante. En cela, il est primordial de prendre en compte les émotions des soignants dans les formations ou les temps de réflexion, voire de partir d'elles. En effet, les émotions ne sont pas un surcroît, qui viendrait se surajouter à la situation de soin sans interférer avec elle, et dont on pourrait la dissocier (il y aurait d'un côté, la situation *objective*, les données biomédicales, le cadre législatif, les protocoles, etc. ; et d'un autre côté *le ressenti*, terme vague que l'on rapporte à quelque chose de bien trop subjectif pour être pris au sérieux dans la situation).

Les émotions sont en effet agissantes à deux niveaux. Tout d'abord, elles donnent une certaine représentation de la situation : nous jugeons à partir de ce que nous sentons et nous

allons voir que c'est un formidable levier éducatif, mais aussi de formation de la mentalité à l'œuvre dans une société... Si j'ai un ressenti négatif (tristesse, colère, répulsion, ...), je jugerai la chose en question, mauvaise. Ainsi, on associe certaines paroles ou certains actes à une réprimande chez les enfants, *de manière à ce qu'ils les jugent comme mauvais* (n'étant pas à dire ou à faire). Ou bien on promeut dans les médias, dans le champ public, *certaines* valeurs en marquant notre réprobation à l'égard d'autres... Et à partir de là, puisque nous cherchons à bien agir (même si nous pouvons être en désaccord voire nous tromper sur ce qui est « le bien » dans une situation donnée), nous allons lutter contre ce qui nous procure de la tristesse et promouvoir ce qui nous procure de la joie : les émotions sont donc aussi agissantes en ce qu'elles déterminent notre action.

Ce qui fait partie de la « situation » ?

On peut se placer dans une situation de soin pour tenter de démêler « ce qui est en jeu » dans la situation – avant d'en venir au point de vue soignant dans l'affect. Le terme « démêler » est utilisé pour deux raisons. D'une part, parce qu'un affect est une idée que Spinoza qualifie de « confuse » : ce n'est pas une façon de la délégitimer (la plupart de nos idées le sont), mais de dire qu'il y a beaucoup de choses en elle et qu'il convient d'essayer de les identifier. Ainsi, il y a bien plus que ce que l'on rapporte couramment à une dimension biomédicale. Il y a des éléments cliniques, qui ne se résument pas aux données biomédicales car nous sommes dans une relation de soin, et il y a plus dans la relation de soin que les résultats d'analyse ou l'imagerie, même si ces derniers ont un poids conséquent de nos jours (« on ne voit rien sur le scanner, *donc* vous n'avez rien »). Fait ainsi partie de la situation ce que l'on pourrait habituellement rapporter à des éléments « subjectivement perçus » : ce qui s'observe, se palpe, s'entend, etc. Autrement dit tout ce qui implique le *sentir* du soignant – et sentir, c'est être affecté par ce que l'on sent, où l'on voit là encore que l'affect dit quelque chose de la situation elle-même.

Il y a aussi, dans la situation, ce que la personne concernée *dit* de son état. D'où l'importance primordiale de l'écoute, non pas seulement comme supplément humain dans la relation, mais aussi comme élément de compréhension de ce qui est cliniquement en jeu. Ce qu'elle dit de son vécu du moment, qui s'inscrit pour elle dans une *tendance* (nous percevons bien plus les changements que les états) : si ce n'est « pas comme d'habitude » en mieux ou en moins bien, c'est qu'un nouvel élément s'inscrit dans la situation actuelle, élément dont il faut *aussi* tenir compte pour la comprendre dans sa complexité, dans son ambivalence aussi, et dans sa capacité à évoluer dans le temps, sans que cela ne soit trop vite rapporté à une inconstance.

Et puis font *aussi* partie de la situation à laquelle est confronté le soignant, ce qui y agit ou y interfère sans être physiquement présent dans la relation de soin. En cela nos idées, vraies ou fausses, rationnelles ou imaginatives, désirantes ou réticentes, ont bien plus d'effets sur les décisions que nous prenons ou sur la manière dont nous agissons que les données dites « objectives » de la situation dite « réelle ». Par exemple, le regard que les autres portent sur moi n'est pas un à-côté, quelque chose d'extérieur à ce que je vis. La situation dans laquelle je suis (et à laquelle le soignant fera face) n'est pas comme une chose que l'on pourrait poser devant soi et qui serait indépendante des acteurs ; ce pourquoi cela n'a pas de sens dans le soin de distinguer une « situation objective », d'un « point de vue subjectif » sur elle. En effet, une relation de soin n'existe pas sans sujet, pas plus qu'un état pathologique n'existe sans une personne malade, pas plus qu'une loi saurait être pensée indépendamment de l'ensemble des citoyens auxquels elle va s'appliquer et des professionnels qui seront amenés à la mettre en pratique.

La situation dont il est ici question s'appréhende ainsi à *l'horizon* de tout ce qui est en jeu en elle. Or, le fait qu'une personne ait ou non un entourage familial ou amical, que cet entourage soit plus ou moins étayant, qu'il comble ou non sa vie fait partie de ce qui est vécu par la

personne en question. Bien sûr, cela ne dit pas encore ce qu'il est le plus souhaitable de faire dans la situation, quelles réponses on peut apporter (comme un arbre décisionnel qui tracerait le parcours personne isolée => moins de soutien, *et donc* nous pouvons entendre qu'elle ne souhaite plus poursuivre sa vie, de même que la cause de précarité dans le cas québécois). A l'inverse on ne peut pas *faire comme si* cela ne faisait pas partie de la situation et de la manière dont j'en suis affecté, et donc des décisions que je prendrai dans cette situation. Enfin il faut tenir compte aussi des valeurs actuellement promues en société avec en particulier l'insistance sur *le libre choix des individus*. Que soient ainsi mis en avant la pleine santé ou le choix de quitter la vie avant l'heure quand cette vie n'a plus la même vivacité ou la même force, n'a rien d'extérieur à la situation vécue par les uns et à laquelle sont confrontés les autres.

Le pan « situation » de l'affect, est donc déjà complexe en ce qu'il revêt diverses dimensions (clinique, existentielle, relationnelle, sociale, etc.).

Le point de vue soignant dans l'affect

Qu'en est-il désormais de l'autre pan de l'affect, à savoir du côté du soignant ? De même, nous ne sommes pas en présence d'un bloc homogène : notre identité personnelle et professionnelle se forge au fil de nos expériences de vie, de nos rencontres, de ce qu'on y apprend des autres mais aussi de soi. Ainsi, pour un soignant, il y a déjà la formation qu'il a reçue : formation théorique (quels enseignants a-t-il eu l'occasion d'écouter ? Que lui a-t-on transmis à cette occasion ?), formation pratique (dans quels services est-il allé ? Comment lui ont été présentées les pratiques de ce service ? Quelles expériences marquantes y a-t-il vécues ?), formation continue (auxquelles s'est-il inscrit ? Par qui étaient-elles organisées ? Quel message y était véhiculé ?).

Tout cela forge un certain *contact* avec la profession de soignant, tout cela modèle une certaine *approche* de ce qu'est le soin, tout cela se fait aussi dans un certain *système de santé*, qui a une certaine *histoire*. Et tout cela n'est donc pas anodin au moment d'être confronté à des situations cliniques : c'est en partie depuis cette formation que nous sommes affectés : il en va donc de la responsabilité des équipes pédagogiques et scientifiques de bien penser et mesurer le message transmis au sein de ces formations, au-delà du contenu informationnel qui y est dispensé. On voit donc que tout ne vient pas de soi, tout n'est pas strictement individuel (au sens néolibéral) dans ce qui forge notre identité et configure la manière dont nous sommes affectés (d'où l'ambivalence des arguments tels que « c'est *moi* qui le veux » : qui est ce moi et d'où vient-il ? Qui parle quand je dis « je » ?).

Il y a ensuite, dans le point de vue soignant, l'expérience professionnelle acquise au fil des différents contextes d'exercice. Notre expérience diffère selon que nous exerçons en centre de référence d'une pathologie ou en centre hospitalier polyvalent, dans une métropole ou dans une zone rurale, en centre de soin ou à domicile. D'où l'importance de se demander *d'où parle* la personne qui tient telle ou telle position, qui fait telle ou telle proposition de loi, qui avance tel ou tel argument. C'est plus la manière dont nous sommes affectés qu'une raison froide et désincarnée qui parle à travers nous, et la manière dont nous sommes affectés dépend pour partie de notre histoire de vie et de nos expériences professionnelles, plus ou moins diverses.

Pour continuer de bien comprendre ce qu'il en est du côté du soignant dans l'affect, il faut ainsi avoir à l'esprit que l'affect n'est pas seulement question de sentiment – voire de sentimentalisme – : c'est aussi, et fondamentalement, une question de *sens*. Ce qui se joue notamment le plus dans les affects que Spinoza qualifie de « tristesse » (correspondant à une diminution de ma puissance d'agir et de penser, à un repli sur soi et à une fermeture au monde : colère, impuissance, répulsion, désarroi, etc.), c'est une forme de distorsion entre ce que je me représente être un « bon soin » – ou à tout le moins un soin « suffisamment bon » –

et la situation de soin à laquelle je suis confrontée. Elle ne répond pas totalement à mes attentes, à mes idéaux, à ce pour quoi je fais ce métier, « je n'y retrouve plus mes petits », comme on dit, ou bien même, c'est moi que je n'y retrouve plus (je ne me reconnais plus dans cette pratique professionnelle que je suis amené à exercer).

Une fois encore, nous mesurons combien une émotion n'est pas un surcroît subjectif qui ne concernerait que mon moi privé (les émotions ne se discutant pas plus que les valeurs, dans cette perspective). Cette émotion dit quelque chose de mon identité professionnelle, que je me suis forgée mais qu'on m'a aussi forgée, des situations dans lesquelles me met l'état actuel du système de soin, des textes législatifs et des demandes sociétales, et du hiatus qu'il peut y avoir entre les deux. Qui suis-je, comme soignant, lorsque j'éprouve un affect de tristesse dans une situation de soin ? Qu'est-ce que cela dit de moi et qu'est-ce que cela dit de la situation dans laquelle on me met ? Car les professions de soins sont à la fois *socialement* instituées et *personnellement* incarnées : on ne peut pas me demander d'être simplement une posture professionnelle dont je pourrais me départir à la fin de la journée comme on ôte un vêtement ; on ne peut pas non plus me demander d'être un exécuteur de tâches comme un robot : je mets quelque chose de moi dans ma pratique et c'est cela qui est affecté dans le soin.

Mise en pratique : qui est-on face à une demande d'aide active à mourir ?

Si on applique ces considérations philosophiques aux émotions des soignants en regard d'une demande d'aide active à mourir (AAM), et si on s'intéresse au point de vue soignant auquel nous venons de réfléchir ensemble : qui est le soignant face à une telle demande ? C'est peut-être ce que le législateur – et la société en général d'ailleurs – ne se demande pas, faute de considérer comme légitime la prise en compte des émotions des soignants ! Pourtant, si nous demandons un jour à avoir accès à une aide active à mourir, c'est bien à un soignant que nous le demanderons, et c'est bien lui qui sera présent dans la relation de soins avec nous, auprès de nous...

Alors, qui suis-je dans cette situation ? Dans la manière dont sont actuellement présentées les choses, par les défenseurs de la légalisation d'une aide active à mourir et dans le champ public (« Ma mort m'appartient, à moi d'en décider », « On ne peut ôter le droit de chacun de décider pour lui-même de sa fin de vie », « Chacun est libre de ses propres choix », « Cela ne concerne que ceux qui souhaitent y avoir accès », etc.), les soignants ne sont là que pour délivrer cette aide – voire pour injecter ou mettre à disposition le produit létal. Dit autrement, il y a d'un côté une *demande*, et de l'autre, le soignant légalement invité à *répondre* à cette demande, sous forme de prestation de service en quelque sorte (si ce n'est que le service en question n'est pas vendu à un client mais financièrement pris en charge par le système de soin) : *je* demande et *vous* exécutez. En fait, pour être là *en tant que soignant* dans cette situation, il faudrait que le soignant ne soit pas seulement amené à répondre à une demande, mais qu'il dispense un *soin*, ce soin répondant alors à un *besoin clinique* d'un *patient*. Ce n'est plus la même perspective. Faisons une comparaison avec un traitement curatif : je ne délivre pas une chimiothérapie à une personne qui en fait la demande, je la prescris à un patient dont la situation clinique le requiert. Nous pourrions en dire de même d'un antibiotique, d'un antalgique, ou même d'une sédation profonde et continue : il faut que le patient en éprouve le besoin et l'accepte, mais il faut aussi que le besoin en soin soit médicalement reconnu par un professionnel de santé. Qu'est-ce qui ferait alors reconnaître médicalement le besoin d'une AAM qui la fasse percevoir comme un soin par les professionnels de santé ?

En outre, dans cette relation de soin, et dans mon éprouvé de la situation, je ne suis pas *seulement* là en tant que professionnel : il y a autant de moi dans la relation qu'il y en a dans mon émotion (ce que j'ai appelé « le point de vue soignant dans l'affect »). Quand bien

même j'ai les compétences professionnelles pour analyser la situation, quand bien même je m'inscris dans un cadre légal qui me protège (ou m'oblige, c'est selon...), c'est toujours moi qui y suis, *existentiellement* aussi. Et moi, c'est certes un soignant ayant reçu une certaine formation et m'étant forgé une certaine expérience professionnelle, mais c'est aussi un être humain qui incarne cette activité professionnelle et qui est confronté à un autre être humain, le patient, en situation difficile et, en l'occurrence, demandant une aide active à mourir. Confronté à un autre être humain manifestement dans une certaine détresse existentielle – expression particulièrement travaillée ces dernières années –, et qui se tourne vers moi en me demandant, à sa façon, de répondre à cette détresse. Il s'agirait de venir panser à défaut de penser son manque d'être dans la situation qu'il vit, ou le sens qu'il n'y voit plus. Je peux aussi me sentir impuissant face à cette détresse qui ne saurait être soignée, en tout cas selon ce qu'en dit alors le patient, que par la mort.

Et puis je suis aussi un « vivant » qui accompagne ... mais alors qui ? Pas forcément un mourant, puisque celles et ceux qui défendent la légalisation d'une AAM disent justement que la mort ne devrait pas être accessible uniquement aux mourants... A priori, un « encore vivant » (comme l'est d'ailleurs aussi le mourant), mais qui a ceci de particulier qu'il ne veut plus vivre, qu'il veut que son « être-vivant » prenne fin. Je suis donc un vivant qui me trouve face à une personne qui ne veut plus vivre, qui me renvoie que, quoi que je puisse faire et proposer, cela ne fait plus sens pour elle de rester en vie. La mort fait partie de la vie, mais là, je suis avec une personne ni morte, ni tout à fait « en vie », et c'est aussi cela par quoi je suis affecté quand je fais face à cette demande.

L'étayage social et réflexif du soignant

En élargissant un peu le spectre, on peut se demander quels étayages nous pouvons penser pour les soignants face à la perspective d'une nouvelle loi sur la fin de vie, et face aux demandes devant lesquelles ils pourraient se retrouver. Il me semble en effet primordial, et peut-être plus encore dans cette situation que dans les autres situations de soins, de sortir du seul colloque *soignant-patient*, comme deux individus mis face à face. Contrairement à ce qui est mis en avant dans le « décider seul par soi-même », nous ne sommes jamais imperméables au monde qui nous entoure, nous sommes foncièrement des êtres de relation. Deux possibilités alors : soit nous faisons fi de cet être-en-relation et nous serons de fait passivement déterminés par des représentations, des enjeux, des préconceptions qui nous dépassent, soit nous assumons cet « être-en-relation » comme une ressource humaine et nous nous demandons comment l'étayer dans la situation de soin, et plus encore que jamais dans la situation d'une demande d'aide active à mourir.

Il y a d'abord la strate de l'équipe de soins. Ne pas être isolé face à une demande d'irréversible, pouvoir y réfléchir à plusieurs, pouvoir échanger sur ce que cela nous fait et nous donne à en penser, pouvoir en parler avant et en reparler après. Or, faire équipe ne se postule pas. Il faut de la confiance réciproque, pour pouvoir évoquer et travailler ensemble nos émotions, surtout lorsqu'elles sont suscitées par ce qui a été défini comme « le bien » en société, paralysant quelque peu les possibles émotions tristes dans ces situations... Pour cela, la présence d'équipes transversales est absolument primordiale, non pas pour dire ce qu'il faudrait faire ou penser, pas même parce que ces dernières seraient *toujours* réflexives, mais pour sortir de la seule perspective interne, qui masque parfois certains enjeux et certaines questions. Il faut pouvoir dire aussi, en contexte sécurisant, des choses qu'on n'oserait peut-être pas se dire sans la présence d'une personne extérieure, et qui sont pourtant importantes pour *faire équipe*. Là aussi, il en faut de la confiance pour s'ouvrir à des personnes extérieures ... et parfois de la patience de la part des équipes transversales pour pouvoir entrer dans certains services, se faire adopter par les soignants, commencer à réfléchir avec eux à ce qu'ils vivent.

Et puis, il y a aussi je crois la nécessité de s'ouvrir au-delà du milieu soignant, pour pouvoir ne serait-ce qu'entendre – ce qui ne veut pas forcément dire adopter – d'autres approches, d'autres façons de penser le monde et la société, d'autres repères dans la réflexion. Accroître sa capacité à être affecté de différentes manières (en termes spinozistes), pour être moins dépendant des habitudes pratiques que l'on a prises, mais aussi de ce qui nous advient fortuitement. Pour cela, je crois que les sciences humaines et sociales sont importantes. Non pas qu'elles soient toujours nuancées et réflexives, de même que les équipes transversales ! Et encore moins qu'elles aient *réponse* aux questions qui se posent : ce n'est pas leur rôle et il faut s'en méfier lorsqu'elles le prétendent. Mais parce que, pour la philosophie en tout cas, elles pensent depuis des siècles des enjeux humains fondamentaux qui nous traversent encore aujourd'hui. Il n'a pas fallu attendre le XXI^e siècle pour mettre en tension liberté individuelle et bien commun, pour questionner la place de la souffrance dans la vie ou pour envisager les conditions d'une réflexion et d'une pratique éthiques. Mais les chercheurs d'aujourd'hui y reviennent depuis des situations contemporaines, et je ne peux que voir avec inquiétude certaines équipes fermer aujourd'hui leurs portes (et leur esprit ?) aux sciences humaines et sociales, signe que cela devient trop inquiétant et déstabilisant d'oser penser et aborder les situations depuis ce qu'elles nous font vivre, signe que l'on se plie un peu trop vite au caractère opératoire que l'on veut parfois donner aux pratiques de soins.

En cela, pour conclure, nous avons toutes et tous, en tant que membres de la société, un rôle à jouer dans l'étayage réflexif et social des soignants, dans ce qui se joue dans les situations de soins et dans ce que cela fait vivre aux différents acteurs. Les émotions ne sont pas une affaire individuelle : elles se vivent en première personne mais elles sont aussi l'expression de ce que nous sommes collectivement, en tant que groupe humain vivant et responsable à l'égard de ses membres – de tous ses membres, soignants compris.

Bibliographie :

Brugère Fabienne et Moreau Pierre-François (dir), *Spinoza et les affects*. Paris, Presses de l'Université Paris Sorbonne, 1999

Carvallo Sarah, « Suicide assisté, autonomie et compassion », *Esprit*, 2023, p. 8-10

Garrau Marie, *Politiques de la vulnérabilité*, Paris, CNRS Editions, 2018

Henry Julie et Marmilloud Laure, « Dignité et fin de vie : enjeux sociétaux d'une expérience singulière », in Valérie Aubourg, Hugues Fulchiron, Bernard Meunier et Fabrice Toulieux (dir.), *Enfant, famille, justice: une femme à l'écoute de son siècle : mélanges en l'honneur de Emma Gounot*, Mare & Martin, 2022, p. 279-291

Lordon Frédéric, *La Société des affects*. Paris, Seuil, 2013

Laure Marmilloud, « Face à la maladie grave et à la mort, comment durer dans l'expérience du soin et rester vivant ? Esquisse sur la résilience des soignants », article dans le présent numéro.

Pierron Jean-Philippe, *Philosophie du soin*, Paris, Hermann, 2021